

# Proposta per una nuova politica della Non Autosufficienza degli anziani

*Le proposte di questo documento sono il frutto di un lungo lavoro del Sindacato pensionati in Piemonte che, nel contesto dell'attività e della documentazione nazionale, ha raccolto in regione buone pratiche, esperienze, contributi accademici, suggerimenti delle associazioni di volontariato e delle aziende del Terzo Settore.*

*Il Documento di SPI, FNP e UILP del Piemonte, oltre a contribuire al dibattito all'interno delle Confederazioni regionali, intende partecipare al dibattito di categoria ed essere di contributo alla elaborazione della Proposta Nazionale, una discussione particolarmente complessa sia per le vicende della pandemia che per le differenze tra le regioni.*

SPI CGIL                      FNP CISL                      UILP UIL  
Graziella Rogolino      Francesco Guidotti      Lorenzo Cestari

## Superare il modello delle RSA cura, territorio, domiciliarità

### Considerazioni generali

La **curva demografica** è inesorabile, tra qualche anno le persone con più di 65 anni di età saranno un terzo della popolazione italiana. Già adesso il Piemonte ha superato la media nazionale ed è, dopo la Liguria che presenta comunque aspetti peculiari, la più anziana regione d'Italia

Dal punto di vista sanitario, gli anziani presentano per lo più malattie croniche, degenerative, neoplastiche, cardiocircolatorie e metaboliche. La presenza di più patologie origina in molti casi uno stato di non autosufficienza, anche grave

La pandemia ha dimostrato che le infezioni, in particolare virali, sono letali per il fragile equilibrio degli anziani pluripatologici. Oggi sappiamo che nelle RSA piemontesi, nella prima ondata, sono morte almeno 1200 persone.

E'ormai evidente che **un'adeguata rete di cura e assistenza sul territorio** rappresenta il principale strumento di difesa per affrontare il dilagare delle patologie croniche e contenere con rapidità i fenomeni epidemici.

**Il mancato riassetto della sanità del territorio**, non dovuto solo all'insufficienza delle risorse destinate ma anche alla sottovalutazione politica<sup>1</sup> ha fatto trovare disarmato il primo fronte che doveva opporsi al dilagare della epidemia travolgendo gli Ospedali. E gli Ospedali, nella situazione in cui erano, hanno dovuto scegliere chi ricoverare. La strage nelle RSA, che potrebbe incredibilmente ripetersi, ha molte responsabilità.

---

<sup>1</sup> Nonché ad alcune difese corporative delle varie professioni sanitarie, soprattutto i MMG

Nella DGR 29 novembre 2016, n. 3-4287 novembre 2016<sup>2</sup>, tuttora vigente anche se largamente inapplicata, la Regione sancisce gli interventi regionali e le linee di indirizzo per lo sviluppo del nuovo modello organizzativo dell'Assistenza Primaria, con i seguenti obiettivi strategici:

- una medicina di territorio sempre più accessibile, facilmente fruibile e visibile, con la stessa autorevolezza dell'ospedale
- l'articolazione delle forme organizzative dell'Assistenza Primaria in una rete capillarmente diffusa sul territorio
- il coordinamento con l'area socio-sanitaria per intercettare e rispondere appropriatamente ai bisogni della popolazione con particolare riferimento alle patologie croniche a maggior impatto sociale
- rimarcare il ruolo del Distretto Sociosanitario, come “struttura forte”, baricentro dell'assistenza territoriale e reale luogo di incontro tra le politiche sanitarie e quelle socio-assistenziali.

Bisogna costruire un sistema articolato che coniughi nel concetto di sostenibilità le risposte migliori sul piano sanitario e affettivo per i pazienti e per le famiglie, **potenziando da subito le cure di prossimità**. Queste rispondono al prioritario bisogno di sicurezza e relazione, contrastando la solitudine e l'isolamento vissuto in modo diverso sia nelle grandi aree urbane che nei luoghi a minore densità abitativa.

**Perseguire questi obiettivi, anche adattando il modello**, avrebbe rafforzato l'Assistenza territoriale, in questo senso la task force guidata dall'ex ministro Fazio ha fatto a fine giugno una proposta snella che avrebbe potuto essere applicata in non più di un mese; *ma non si è fatto nulla*.

Molte delle proposte che sono illustrate in questo documento sono attuabili già a livello regionale tuttavia è chiaro che **la partita dell'innovazione del modello e dell'integrazione socio sanitaria non si vince senza interventi legislativi**.

Il primo obiettivo da raggiungere, da sempre baluardo dei Sindacati dei Pensionati Confederali, è una **legge quadro sulla non autosufficienza**. Si tratta di uno strumento indispensabile affinché su tutto il territorio nazionale vengano erogate cure omogenee e di valore.

Allo stesso modo, è necessario battersi perché vengano definiti dei livelli essenziali di prestazioni sociali che debbano essere garantiti a tutti i cittadini, i cosiddetti **LEP Sociali (Livelli Essenziali delle Prestazioni)**.

## **Cancellare un modello inadeguato e inefficace e investire su forme innovative di domiciliarità e residenzialità**

**L'anziano non autosufficiente o che comunque necessita di assistenza, ha diritto di invecchiare a casa propria**, e malgrado le sue limitazioni, va considerato portatore di un progetto di vita.

Oggi che i grandi anziani costituiscono una parte così cospicua della popolazione, per dimensioni e complessità **la non autosufficienza è un fenomeno sociale e sanitario** che va affrontato in termini di sistema. Per questo nei LEA va rafforzata l'esigibilità di un nucleo essenziale di tutele per la vita quotidiana dei malati non autosufficienti.

**Ciò non vuol dire accantonare le RSA ma renderle coerenti** con questo diritto, sapendo che ci sono persone che per la gravità delle loro patologie o per difficoltà o inesistenza di familiari, non possono essere assistiti a domicilio.

---

<sup>2</sup> Oggetto di intesa Sindacale con CGIL CISL UIL

In Piemonte ci sono almeno 50mila anziani che necessitano di assistenza e che non ricevono adeguato supporto sociosanitario, con costi enormi a carico delle famiglie. Il nostro paese ha il più alto numero di "badanti" d'Europa; sono solitamente donne straniere, svolgono attività prevalentemente in nero per un valore economico complessivo che supera i 12 miliardi all'anno.

**Le persone non autosufficienti devono essere prese in carico dal Sistema sociosanitario<sup>3</sup> ed hanno diritto ad un progetto personalizzato** che, mantenendo attivi i livelli di autonomia possibili, somministri interventi di cura adeguati e gradualità:

- **La domiciliarità assistita deve essere la prima scelta** nella presa in carico dell'anziano non autosufficiente
- **Le RSA vanno riviste completamente** diventando anche centri di servizi sul territorio, potenziandone le competenze sanitarie e migliorandone la funzione di residenza

## Superare le attuali RSA

Attualmente le RSA sono nella stragrande maggioranza dei casi organizzate come luoghi di assistenza a lungo termine. Gli anziani continuano le cure già prescritte dai loro medici di famiglia o dagli specialisti, vengono puliti e nutriti, se stanno particolarmente male vengono ricoverati in ospedale per tornare, spesso a morire, quando finisce la crisi acuta.

In Piemonte<sup>4</sup> i Direttori sanitari ci sono solo nelle RSA più grandi e in ogni caso, anche se medici, è a loro inibito qualunque ruolo clinico. I pazienti mantengono il loro medico di famiglia, anche a numerosi chilometri di distanza. Quindi non ci sono medici presenti in RSA se non sporadicamente, le urgenze vengono gestite con il pronto soccorso e le consulenze per telefono.

Ci sono anche pochi infermieri, **il personale costante è fatto da OSS e altre figure che potremo definire ausiliarie.**

Nell'ultima fase della Amministrazione Regionale precedente l'Assessorato aveva raggiunto con i MMG un accordo per garantire la presenza costante nelle RSA dei medici di medicina generale e per l'estensione a tutte le strutture della figura del Direttore sanitario. La presenza dei MMG sarebbe stata garantita dagli studi associati delle vicinanze, che avrebbero preso in carico, extra numero, i pazienti delle RSA e avrebbero gestito a turno la presenza in struttura.

*Era un'intesa già fatta. Non è stata attivata neppure sperimentalmente.*

La Task Force Fazio ha presentato un piano a luglio per garantire il direttore sanitario a tutte le strutture. *Nulla è stato fatto*

## Come rendere le RSA funzionali ad un nuovo progetto di vita degli anziani non autosufficienti?

### RSA come "Centri Servizi"

Occorre superare l'attuale drastica frattura tra servizi domiciliari e residenziali al fine di offrire alle persone opportunità che possano fondarsi su un continuum di interventi:

---

<sup>3</sup> "Un nuovo sistema in cui i servizi siano veramente integrati con la presa in carico e dove l'ingresso in una RSA possa essere una soluzione transitoria e non definitiva nel percorso di cura degli anziani. Bisogna riqualificare prioritariamente le strutture esistenti, costruirne di nuove. Luoghi ispirati al bello, confortevoli ma soprattutto integrati con il sistema dei servizi sanitari e socio sanitari presenti nel territorio ed integrato nel tessuto sociale. Luoghi di lavoro "normali" dove vengono rispettati gli standard organizzativi, i lavoratori smettano di essere precari e vengano remunerati come gli altri operatori del SSR, dove a regime operi il sistema dei controlli e le cui attività ispettive attuali vengano implementate. Strutture in cui siano realmente esigibili nuovi strumenti di partecipazione e vigilanza da parte degli utenti e degli operatori. Servono scelte coraggiose per porre rimedio ai troppi errori del passato" (30 settembre 2016 Accordo CGILCISL UIL, Categorie dei dipendenti e dei Pensionati con la Regione Lazio)

<sup>4</sup>In Lombardia vige il modello opposto, il direttore è equiparato a quello di una struttura sanitaria e ci sono i medici interni. Questo non ha impedito le migliaia di morti per Covid

- La persona che è assistita al domicilio può usufruire delle prestazioni che le RSA dovrebbero offrire agli ospiti; accompagnata, con mezzi di servizio o privatamente, in struttura può beneficiare di prestazioni sociali e parasanitarie, per esempio: bagno assistito, pasto, fisioterapia, palestra, camminate terapeutiche e momenti di animazione collettiva, anche organizzati in rapporto con il territorio.
- Le RSA possono fornire personale per l'assistenza a domicilio e provvedere ad alcuni servizi, a cominciare dal pasto. La cornice giuridica e contrattuale va cercata, ma certo non può essere considerata un ostacolo al far meglio e in modo più appropriato. Anche se a suo tempo non ebbe troppa popolarità, la Delibera della precedente giunta regionale delle "RSA aperte" può essere utile in quanto già prevedeva la somministrazione di personale e servizi per l'assistenza domiciliare.
- Le RSA possono offrire alle famiglie "ricoveri di sollievo" in certi periodi dell'anno o "di necessità" nel caso di problemi di salute, fatti luttuosi ecc...

## Strutture con adeguati e appropriati livelli di cura

Le RSA oggi **sono di fatto solo luoghi di custodia**, non hanno funzioni mediche appropriate e non sono neppure i luoghi in cui l'anziano possa recuperare, anche solo parzialmente, autonomia di vita personale e di relazione.

Perciò le RSA devono simultaneamente:

1. **non essere mini ospedali** in cui si riproduce la routine tipica della vita in ospedale
2. **avere un'adeguata componente sanitaria** ai fini anche di una buona riabilitazione (tenendo conto che si accolgono sempre più soggetti con gravi patologie in atto e facili alla riacutizzazione)

## Costruire luoghi di riconquista di autonomia di vita e di relazione

**Offrire "vita di relazione" implica un'organizzazione dedicata:** presenza di animazione, palestra, attività motorie, ingresso di associazioni e volontari, promuovere e sostenere il rapporto con i familiari (coltivare gli affetti), formare adeguatamente gli operatori.

Chi è costantemente allettato non deve essere a priori escluso da offerte per potenziare le relazioni. Così come per i non pochi pazienti con gravi forme di demenza presenti nelle RSA, per i quali andranno organizzate modalità che consentano di "accettare" e gestire i loro comportamenti: anche questa è una forma di cura.

**Il rischio della spersonalizzazione** è quanto mai presente nelle strutture residenziali collettive, perché si subordinano i comportamenti dei singoli ai ritmi organizzativi. Continuare a "far sentire persona" l'anziano deve essere l'obiettivo centrale della vita in RSA ed è attenzione che implica azioni molto concrete e spesso anche semplici

## Flessibilità ed articolazione dell'offerta

E' fondamentale in questo nuovo modello residenziale la possibilità di articolare l'offerta in modo flessibile: minialloggi per anziani fragili ma ancora autosufficienti, nuclei per diversi gradi di non autosufficienza per evitare che in caso di aggravamento il ricoverato debba cambiare struttura, cosa che oggi invece avviene.

La gestibilità di questa articolazione dipende da molti fattori: il contesto ambientale, i limiti strutturali e logistici, le capacità di investimento del gestore. Potrebbe però essere incentivata, anche valorizzandola come elemento di qualità nelle procedure di autorizzazione e di accreditamento.

## **Revisione del sistema di accreditamento e delle modalità di accesso**

Alla luce delle modifiche proposte, va sicuramente rivisto il sistema di accreditamento delle strutture con il SSN: solo quelle capaci di **garantire una reale centralità della persona** dovrebbero avere la possibilità di avere posti letto convenzionati.

Poiché la metà della spesa è sostenuta con denaro pubblico, è necessaria inoltre **la massima trasparenza** (non è tollerabile, per esempio, una situazione come quella evidenziata nell'Osservatorio RSA istituito per l'emergenza Covid, con centinaia di strutture che non aggiornano la Regione sul numero di persone contagiate presenti al loro interno).

La permanenza delle strutture nel sistema di accreditamento deve essere subordinata a verifiche dei locali e delle condizioni di vita di chi vi risiede, operate da organismi di controllo esterni e imparziali.

Al loro interno dovrebbero essere presenti rappresentanti delle associazioni degli utenti e/o delle organizzazioni sindacali, a garanzia della correttezza e rigosità del loro operato.

Anche **le modalità di accesso alle RSA vanno rinnovate**. Il sistema attuale ha generato lunghe liste d'attesa, piene di persone a cui è stato riconosciuto il diritto di accesso in struttura, senza che però questo diritto possa diventare effettivo fino al momento in cui si liberano dei posti.

Chi ha realmente bisogno di accedere a una struttura deve poterlo fare in breve tempo, dopo una stima obbiettiva delle sue necessità di cura e assistenza.

**Il ruolo delle UVG** va rivisto alla luce dei nuovi bisogni e della valutazione della cura, dell'assistenza e dei soggetti e la situazione reddituale familiare può solo essere, in caso di indisponibilità di posti, una misura di partecipazione alla spesa e di accesso ai "letti convenzionati" non un criterio di valutazione dei bisogni legati allo stato di salute, come oggi avviene.

## **Assunzione di responsabilità riabilitative o di lungo degenza**

In questa prospettiva si può per le RSA più grandi favorire l'assunzione di funzioni oggi gestite dalle cd "case di cura" (degenze post ospedaliere) e dagli "hospice" (cure palliative residenziali). Soprattutto per evitare reiterate movimentazioni dei pazienti, oppure nei territori con insufficienti posti di hospice.

Favorire la continuità delle cure in RSA dopo un ricovero in ospedale o in caso di necessità di cure palliative, da un lato renderebbe le strutture veramente "aperte" (superando la concezione dell'"ospizio"), dall'altro favorirebbe la permanenza dell'anziano nel suo territorio (le RSA sono una risorsa ormai diffusa), cosa che attualmente spesso non accade, essendo le case di cura poche e dislocate spesso lontano.

## **Una nuova domiciliarità più appropriata, più umana, più compatibile con la spesa pubblica in salute**

L'assistenza domiciliare non può essere circoscritta all'attuale assistenza medico/infermieristica di poche ore settimanali: per le persone non autosufficienti occorre intervenire nei bisogni quotidiani,

che in ospedale e nelle RSA vengono eseguiti da personale sanitario e in casa da familiari e/o badanti: usare il bagno, lavarsi, vestirsi, muoversi, alimentarsi...

Il supporto alla domiciliarità è la scelta più auspicata dalle persone, quella più desiderata, ed è anche la più economica per il sistema. Già i LEA prevedono di privilegiare “gli interventi che favoriscono la permanenza delle persone assistite al proprio domicilio, attraverso l'attivazione delle risorse disponibili, formali e informali”

**Dobbiamo strutturare un organico sistema sociosanitario con un modello di cure domiciliari comprendente l'assistenza tutelare (assistenti familiari e famigliari coinvolti nel lavoro di cura), che potrebbe implicare una spesa nuova, almeno nell'immediato, ma risparmi in prospettiva per il SSN.**

Già oggi i L.E.A prevedono che il costo in RSA sia metà a carico del SSN; costo che copre non le spese sanitarie o di professioni sanitarie ma tutte le prestazioni di tutela della vita in RSA (inclusi pasti, pulizie, ecc).

Le tariffe per l'assistenza domiciliare “completa” devono essere rimodulate, ed essere equiparate nella parte a carico del soggetto, come quelle delle RSA, con metà di pertinenza della Sanità. Le famiglie possono così provvedere più facilmente alle spese residue.

**L'assistenza domiciliare ai malati non autosufficienti deve prevedere criteri di spesa e compartecipazione del cittadino non diversi dalla residenzialità**

Questa modalità consentirebbe nel tempo un risparmio considerevole al SSN e regionale: oggi la Sanità spende tra 150-270 euro al giorno per un posto in case di cura post acuzie per “posteggi” in attesa di un posto in RSA o in assistenza domiciliare. E il SSN spende almeno 45 euro al giorno per la parte sanitaria della retta in RSA (il 50% del costo totale).

## **Modelli diversi di domiciliarità**

Non ci si può limitare ad intendere il domicilio come la propria casa, sia perché l'assistito può essere solo o la famiglia non disponibile a prendersene cura, sia perché l'alloggio può essere inadeguato.

Nella prospettiva di un aumento e di un miglioramento dell'assistenza sanitaria e sociale al domicilio si deve pensare a forme diverse di abitazione che possano consentire un ambiente più personale e nello stesso tempo migliorare la efficienza degli interventi di cura: gruppi appartamento, cohousing, condomini solidali nelle città e nei quartieri, alloggi in comunità anche come rivitalizzazione di borghi, miniappartamenti in Case di cura e anche in RSA.

*Ringraziamo per il loro prezioso apporto di idee e proposte:*

- *Le segreterie SPI FNP UILP di Torino*
- *Il prof. Motta (docente Uni. To) e il dott. Fornero (già Vicedirettore alle Molinette) che hanno attivamente collaborato con i Pensionati di Torino; dai loro documenti è tratta buona parte della proposta sulla domiciliarità*
- *La prof.ssa Nerina Dirindin (ordinario Uni. To) componente della Commissione tecnica “per la riforma dell'assistenza sanitaria e sociosanitaria della popolazione anziana” istituita dal Ministero della Salute*
- *Il dott. Rao della Bottega del Possibile, protagonista della RSA Aperta di Piossasco (prov. TO) considerata una delle migliori “Buone Pratiche” in campo Europeo*
- *Il dott. Landra (Specialista in Geriatria) che con il dott. Motta ha pubblicato su Welforum.it un articolo con proposte molto innovative*