

I bisogni dell'anziano

Tra assistenza domiciliare e residenziale la terza via si chiama integrazione

PAOLO VIANA

L'inadeguatezza delle risorse pubbliche investe entrambi i modelli. Ed ecco che molte strutture residenziali del privato sociale e commerciali iniziano a diversificare e a creare sinergie nelle prestazioni diventando "Centri multiservizi territoriali". Gli anziani aumentano, con tutti i loro acciacchi. I soldi sono sempre meno. Perciò si pone un problema: le Regioni devono finanziare l'assistenza domiciliare o le case di riposo?

Tutti dicono che non dovrebbero essere un'alternativa - l'assistenza a casa e il ricovero rispondono a bisogni diversi ma lo diventano nei bilanci pubblici.

Soprattutto, vi è l'idea, sbagliata, che all'amministrazione pubblica finanziare l'assistenza a casa costi meno che finanziare il ricovero dell'anziano. A parità di servizi, al contrario, rischia di costare il quadruplo, se si considera che normalmente le rette delle rsa sono coperte dalle Regioni per il 50% mentre il resto ricade sulle famiglie. Insomma, il tema è serissimo ma la discussione è infarcita di luoghi comuni. Al punto tale che persino un "tecnico" come Umberto Bertolaso, assessore in Lombardia, si è lasciato andare ad auspicare la "morte"

delle case di riposo, ovvero la sostituzione delle rsa con un sistema di assistenza domiciliare integrata che serva chiunque ne abbia bisogno. Il rischio è confondere i desideri con la realtà, lasciando le famiglie sole e magari risparmiando sul bilancio dell'assistenza.

La realtà è descritta dall'Annuario statistico del Servizio sanitario nazionale: in Italia nel 2021, gli over 65 erano 14 milioni, beneficiavano di assistenza domiciliare 878.887 mentre erano ospitati in una residenza 284.618 anziani. Due anni prima, sulla base dei dati Istat, gli over 65 erano 500 mila di meno e i ricoverati diciassettemila di meno. Ergo, la situazione è in evoluzione. Non fosse altro perché, essendo la materia di competenza regionale, non abbiamo uno ma molti e diversi sistemi di assistenza. I servizi domiciliari sono in genere quelli socio sanitari espletati dall'Assistenza domiciliare integrata (Adi), gestita direttamente dalle Aziende sanitarie o da privati attraverso l'accREDITAMENTO, e quelli sociali, espletati dai servizi di assistenza domiciliare (Sad), gestiti dai Comuni. In Lombardia dal 2013 si è deciso che anche le Rsa potessero fornire un contributo all'assistenza domiciliare attraverso la formula della Rsa aperta: vuol dire mandare a casa dell'anziano gli operatori, attuando una sorta di ricovero tra le pareti domestiche. Il busillis è il tempo del bisogno: la cosiddetta intensità assistenziale non dipende solo dal tipo di gravità che eventualmente presenta l'anziano non autosufficiente e quindi dalla continuità degli interventi che è richiesta dalle sue condizioni reali ma anche e soprattutto dalla presenza e dalle competenze del caregiver. Una cosa è l'igiene del mattino, che si può programmare nell'assistenza domiciliare, e un'altra



Avvenire

è la necessità di reiterare questa igiene più volte nella giornata e anche durante la notte, senza alcuna possibilità di programmazione. Idem per quei casi in cui la persona allettata deve essere sollevata e spostata nel letto per alleviarne le sofferenze.

In questi casi, il ricovero in una struttura residenziale diventa molto spesso ineludibile.

Ma il problema non è solo il dove, bensì anche il come. La legge 33/2023 presuppone che il bisogno della persona al domicilio è complessivo e quindi non può essere gestito da interlocutori diversi: questo approccio smonta l'impostazione prevalente nei servizi assistenziali, che è fondata sulla prestazione e non sulla presa in carico. Gestire i bisogni dell'anziano a pacchetti di prestazioni è più economico ma lascia scoperte molte esigenze dell'utenza: abbiamo già fatto l'esempio dell'igiene personale, con tutte le sue variabili non programmabili, ma si riscontrano problemi analoghi nelle altre fasi della cura della persona e dell'ambiente domestico.

Aggiungiamoci un altro dato: per legge, l'assistenza domiciliare dovrebbe essere integrativa delle funzioni del care giver ma non tutti i care giver sono in grado di coprire le stesse funzioni secondo i bisogni. La logica prestazionale porta inevitabilmente a colmare le lacune con servizi commerciali (sborsando per attività che non rientrano nelle prestazioni erogate dal servizio pubblico) o a far decadere la qualità dell'assistenza che riceve l'anziano. Insomma, c'è un bel divario tra quel che dice la norma e ciò che avviene nella realtà. Nel caso dei non autosufficienti che vivono soli, questi problemi raggiungono livelli preoccupanti e richiedono un intervento economico che non riesce a colmare neanche il contributo del Sistema nazionale assistenza anziani. Oggi, la presa in carico di un anziano con gravi infermità ha due sole risposte possibili: la Rsa e la badante (a conti fatti, almeno due per soggetto, onde coprire il totale dei bisogni nell'arco della settimana). L'inadeguatezza delle risorse pubbliche non attanaglia solo l'assistenza domiciliare. Le Rsa ricevono un contributo pubblico del 50% del costo giornaliero di un ospite che varia da regione a regione: è parametrato in base ai livelli essenziali di assistenza che, in larga misura dipendono dal numero di minuti di assistenza per anziano e che sono diversi per le diverse regioni. In Lombardia, ad esempio, per gli anziani non autosufficienti sono 901, ma la maggior parte delle Rsa, per rispondere ai bisogni degli ospiti ne garantiscono molti di più. La situazione si complica se l'anziano ricoverato in una struttura residenziale è affetto dalla sindrome di Alzheimer o si trova in condizione di "fine vita": due situazioni per cui, secondo molti, avrebbe diritto ad una accoglienza senza alcun onere a carico della persona stessa e, quindi, dovrebbe essere a totale carico del Fondo sanitario. È ciò che viene assicurato dagli hospice. Anche qui, però, c'è una certa distanza tra sogni e realtà: i dati ci dicono che, per quanto riguarda gli hospice, non ci sono un numero di servizi e un numero di posti letto sufficienti (si stima che l'80% degli aventi diritto non vi accedano) col risultato che, oggi, moltissimi sono accolti in Rsa come ospiti non autosufficienti, con una parte dell'onere a loro carico. Dovrebbe essere diverso, come per i malati di Alzheimer, è chiaro, ma le Regioni non hanno soldi e non pagano... La chiamano compartecipazione e invece è il gioco del cerino. Detto tutto questo, nei prossimi anni il "mercato" dell'assistenza agli anziani cambierà profondamente. L'invecchiamento della popolazione italiana e la cronicizzazione delle patologie imprimono una spinta irresistibile verso un modello di "presa in carico" capace di superare la rigida distinzione tra assistenza

Avvenire

domiciliare e assistenza residenziale. Un dato interessante è osservare come molte Rsa del privatosociale e commerciali stiano diversificando i propri servizi tra residenziali e domiciliari,diventando “Centri multiservizi territoriali”. In questa pagina segnaliamo due casi. Secondo i dati della Liuc che monitora l’andamento di un numero significativo di Rsa lombarde , il tasso di servizi domiciliari gestiti dallo stesso gestore della residenza è passato dal 10% circa a oltre il 24% tra il 2017 e il 2022. Conviene? Certamente permette di migliorare i servizi resi agli anziani non autosufficienti e di ottimizzare le risorse professionali, oggi assai scarse. RIPRODUZIONE RISERVATA L’interno di una Rsa nel periodo della pandemia/ Reuters.