

ASSISTENZA ANZIANI

La "terza via" dei servizi a domicilio

Viana nel primopiano a pagina 6

Tra assistenza domiciliare e residenziale la "terza via" si chiama integrazione

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"

LO SCENARIO

L'Italia è un Paese ogni anno più "vecchio" e con sempre più malati cronici. Ma il quadro dell'assistenza è complicato dai troppi sistemi regionali e dalle anemiche casse dello Stato

PAOLO VIANA

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 co-

parte 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 500mila 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 bussillis 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 dalle presenza e dalle competenze del care giver. Una cosa è l'igiene del mattino, che si può programmare nell'assistenza domiciliare, e un'altra 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'utente: 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.

cupanti 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 i 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 domiciliare e assistenza residenziale. Un dato interessante è osservare come molte Rsa del privato sociale 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

Maruotti: spallata Covid ma meno casi rispetto al 2022

«A livello nazionale, i posti letto per Covid-19 occupati crescono in modo significativo, ma su valori più bassi dello scorso anno. Negli ultimi trenta giorni siamo passati da circa 3.600 posti letto ordinari occupati a 6.668; mentre per le terapie intensive da 113 a 219. C'è un risalita dei dati ma con tempi di raddoppio e sempre su numeri bassi, una sorta di "spallata" del virus ma i numeri ci dicono che il sistema tiene. Cosa succederà a Natale? Il picco di ospedalizzazioni del dicembre 2022, registrato il 12

dicembre, fu di 9.764 posti letto ordinari occupati; quest'anno dovremmo restare sotto 9.000, comunque sotto il picco di dicembre 2022». Così Antonello Maruotti, ordinario di Statistica dell'Università Lumsa e co-fondatore dello StatGroup19, gruppo interaccademico di studi statistici sulla pandemia di Covid-19, fa il punto della situazione in Italia. «Allo stesso modo, per le terapie intensive, il picco, sempre raggiunto il 12 dicembre 2022, fu di 347; quest'anno dovremmo vederlo intorno a 300, spero più intorno a 250», aggiunge. L'analisi di

Maruotti si sposta sulle regioni. «C'è molta eterogeneità. Lombardia bene, con contagi in discesa, vicini al picco di ospedalizzazioni su livelli che sono la metà dello scorso anno; terapie intensive cresciute velocemente, su numeri simili allo scorso anno – precisa l'esperto -. Nel Lazio, invece, le infezioni dono di nuovo in crescita, dopo un breve e contenuto rallentamento della velocità di salita; i posti letto ordinari e quelli in terapia intensiva risultano in crescita, difficile dire quando e di quanto sarà il picco, al momento».

© RIPRODUZIONE RISERVATA

QUI TORINO

Al Cottolengo si testa su sessanta utenti la “badante a tempo multiprofessionale”

04811

Il Piemonte attende che l'assistenza domiciliare - Adi e Sad - si apra al mondo delle Rsa. Sono stati creati dei tavoli con la Regione ma al momento questi servizi sono svolti solo da cooperative attraverso bandi locali, o in proprio dai servizi sociali territoriali. Una dicotomia che limita fortemente l'offerta, a tutto svantaggio degli anziani. Lo riconosce Amedeo Prevete, direttore generale delle opere sociosanitarie del Cottolengo di Torino, che ha una lunga esperienza in questo campo e offre assistenza domiciliare in proprio, finanziando il servizio ai meno abbienti con donazioni. «Offriamo un supporto nell'alimentazione e nella gestione delle terapie a soggetti autosufficienti, in pratica offriamo un servizio di

badante multiprofessionale a tempo, con una competenza sociale e sanitaria che la badante tradizionale non può assicurare. Al momento questo servizio non è ancora accreditato ma si procede privatamente», precisa.

«Il nostro approccio si misura in ore non a prestazione, perché solo così possiamo tenere alto il livello qualitativo del servizio»

Attività ancora sperimentale, che punta a 60 utenti quotidiani laddove le tre strutture torinesi per non autosufficienti prendono in carico 420 pazienti. Considerato il livello molto alto dei servizi offerti dal Cottolengo, il costo di quest'assistenza do-

miciliare si aggira tra i 23 e i 35 euro all'ora secondo il tipo di operatore coinvolto. «Il nostro approccio non è a prestazione ma a tempo, perché solo così possiamo tenere alto il livello qualitativo del servizio offerto alla persona - precisa Prevete -. Purtroppo non c'è ancora un quadro normativo a livello regionale che permetta di organizzare una vera assistenza domiciliare che, a parità di servizio, costa comunque il doppio della stessa assistenza fornita in una struttura residenziale, a meno, naturalmente, di non voler standardizzare tutto, e quindi tagliare i tempi e fornire all'anziano non la risposta ai suoi bisogni reali ma ciò che il sistema pubblico decide che debbano essere». (P. V.)

© RIPRODUZIONE RISERVATA

QUI VERONA

Dall'Opera Ciccarelli servizi innovativi a casa «Ma non c'è integrazione con il Terzo settore»

La Pia Opera Ciccarelli di San Giovanni Lupatoto svolge servizi di assistenza domiciliare di tipo sociale nell'area veronese dal 1983. In Veneto l'assistenza domiciliare integrata è gestita dai distretti sociosanitari delle Uls, attraverso le équipe di infermieri professionali che vengono attivati dai medici di famiglia allorquando occorre, ma non vi è ancora un'integrazione con il Terzo settore, per quanto se ne parli da tempo. «Sarebbe auspicabile e saremmo attrezzati - commenta Stefano Cacciatori, direttore della fondazione onlus che gestisce cinque residenze con 700 ospiti e due centri diurni che servono 40 utenti al giorno -, in quanto le nostre realtà sono capillarmente presenti su un territorio che ha un crescente bisogno di questi servizi». Al mo-

mento, però, ci si limita al Sad, senza sconfinare in attività sanitarie. Sul piano organizzativo, realtà come la Ciccarelli sono all'avanguardia, e non solo perché assistono 360 persone ogni giorno (60.000 ore annue) e consegnano 500 pasti (157.000 pasti annui) nel

«Operiamo attraverso i bandi comunali ma serviamo anche 80 privati, in regime di solvenza su un territorio con bisogni crescenti»

Veronese.

«Le nostre residenze sono già centri multiservizi» conferma il vicedirettore Domenico Marte. Da questi centri partono i team dell'assistenza domiciliare che si occupano prevalentemente di igiene e pasti per 280 utenti individuati dai

Comuni: «Operiamo attraverso i bandi comunali ma serviamo anche 80 privati, in regime di solvenza» precisa Marte. Il servizio che questo privato sociale è in grado di offrire agli anziani è all'avanguardia e lo dimostrano le strumentazioni come la doccia idromolecolare, un brevetto che permette di lavare la persona allettata con acqua atomizzata e precisione centimetrica, senza dispersioni e ristagni. «Abbiamo attivato anche un percorso di riabilitazione cognitiva e motoria da remoto e quindi sempre a domicilio in collaborazione con l'Irccs San Raffaele», racconta Cacciatori. Si sta lavorando a due progetti con la Fondazione Cariverona: fisioterapia a domicilio e una piattaforma per gestire le domande di aiuto. (P. V.)

© RIPRODUZIONE RISERVATA