

Position paper

Residenze Sanitarie Assistenziali

325.000 posti letto in strutture residenziali per persone anziane. Una cifra indubbiamente notevole se si considera la loro destinazione d'uso istituzionale: accoglienza di anziani soli o parzialmente autosufficienti o non autosufficienti. La parte preponderante di tali strutture è orientata ad accogliere persone anziane affette da pluripatologie croniche e, quindi, bisognose di cure per rispondere a bisogni di natura sanitaria e di supporto alle funzioni vitali ma anche non autosufficienti e quindi bisognose di una risposta assistenziale di aiuto per espletare le più elementari funzioni di cura personale alle quali deve comunque essere assicurata la possibilità di mantenere vive la capacità di socializzare e la vita di relazioni. Questi posti letto sono oggi garantiti attraverso strutture la cui sigla è balzata agli onori della cronaca solo recentemente, con l'esplosione dell'emergenza Covid19: si parla delle RSA. Servizi sociosanitari spesso prima ignorati e oggi finiti, troppe volte ingiustamente, nel mirino mediatico.

Contesto

La popolazione italiana sta progressivamente invecchiando. L'età media ormai è vicina ai 48 anni. E' un dato di fatto. Da una parte la vita, per fortuna, si sta allungando, dall'altra la denatalità è compensata solo parzialmente dall'immigrazione.

L'allungamento della vita spesso però contempla una lunga fase di progressiva perdita di autonomia e di cronicità.

L'Istat dice che nel prossimo futuro la popolazione anziana crescerà ulteriormente (+54% degli over 75, +62% degli over 85).

A fronte di una minore tenuta delle reti primarie, le famiglie, è prevedibile altresì un allargamento delle persone sole e delle famiglie c.d. monopersonali. Molte persone, in sintesi, si troveranno nel prossimo futuro a vivere da sole la fascia di età successiva ai 75 anni.

Le stime, come anticipato, indicano anche una crescita delle persone ultrasessantacinquenni con limiti funzionali o patologie che necessitano di qualche forma di cura e di assistenza.

E' dunque evidente che l'intero sistema di protezione sociale (non solo quello sanitario, ma anche quello socio-assistenziale e, nel limite del possibile, certamente, anche le famiglie) dovrà prepararsi a questo cambiamento.

Il tutto in un contesto in cui il modello delle cure sanitarie per acuti tende sempre più a ridurre la presa in carico della cronicità e dei bisogni assistenziali di lungo termine.

E' dunque certamente necessario un investimento culturale e finanziario a beneficio dei c.d. bisogni da long term care (LTC).

I numeri

Per affrontare il tema non emotivamente ma con qualche dato, è utile richiamare l'attenzione sui numeri nei paesi europei. I posti letto per over 65 per ogni 100 abitanti nelle residenze protette sono: Olanda 7,3, Svizzera 6,4, Germania 5,4, Francia 5, Austria 4,6, Spagna 4,4, Italia 1,9, Grecia 1,8. Dati simili li troviamo per le varie forme di assistenza domiciliare. Ciò dimostra non realistico e poco lungimirante il messaggio, amplificato a dismisura, contro le strutture residenziali per anziani e persone con disabilità. Purtroppo assistiamo ad informazioni imprecise: spesso vengono chiamate RSA anche case di accoglienza con 8-10 posti letto o strutture per autosufficienti o persone parzialmente non autosufficienti che hanno caratteristiche gestionali assai differenti dalle RSA. Le RSA (Residenze Sanitarie Assistenziali) sono invece strutture sociosanitarie, richiamate nei L.E.A. (Livelli Essenziali d'Assistenza) che erogano, all'interno di specifici nuclei assistenziali, prestazioni di natura medica, infermieristica, di assistenza tutelare e riabilitativa nonché attività di natura sociale ed educativo/animativa. Tali strutture sono indirizzate a persone anziane non autosufficienti impossibilitate a rimanere presso il loro domicilio. Delle RSA, come strutture capaci di farsi carico degli anziani con complesse cronicità e gravi non autosufficienze, ci sarà sempre bisogno. Forse ci si dimentica che in Italia i posti letto per acuti negli ospedali pubblici e privati sono 215.000 a cui si aggiungono altri 35.000 posti letto di riabilitazione. I posti letto nelle RSA sono 285.000 e 40.000 nelle residenze per disabili.

Politiche e misure

Premesso che ci si auspica di poter mantenere l'anziano, anche non autosufficiente, nel proprio contesto abitativo, familiare e sociale, in quanto non solo una delle strategie più efficaci, ma anche e soprattutto laddove si consideri gli elementi di natura affettiva e relazionale.

Noi sappiamo che questo non è sempre possibile soprattutto nelle situazioni di maggior fragilità in quanto talora la famiglia fatica a farsi carico del complesso dei bisogni di cura che la persona non autosufficiente presenta o a reggere la modifica dei "ritmi di vita" che nelle situazioni più complesse è necessario sostenere. Queste situazioni sono quelle che la nostra legislazione (dalla Costituzione ai LEA) individua tra i beneficiari dei servizi residenziali per anziani non autosufficienti o con disabilità. Il primo bisogno delle famiglie quando si trovano a gestire necessità legate alla perdita di autonomia dei loro anziani, è quella di poter disporre di un continuum di risposte e di opzioni che vada dal sostegno alla domiciliarità fino alla risposta residenziale sostitutiva.

In questo quadro emerge come evidente e non secondario come la definizione dei servizi, delle loro dimensioni quanti-qualitative e della loro distribuzione territoriale, sono definiti da ciascuna regione. E' nostra convinzione che, in questo contesto la non autosufficienza manca anzitutto di un progetto legislativo unitario strutturale.

La risposta pubblica si suddivide sostanzialmente in due filoni: erogazioni monetarie e servizi.

Le prestazioni monetarie sono erogate da una pluralità di soggetti: Comuni, Regioni, INPS, ecc.. e si caratterizzano, fondamentalmente, per due tipologie fondamentali di sostegni:

- Interventi di "sostegno al reddito" intesi come erogazioni monetarie non orientate a sostenere specifici servizi o attività assicurate alla persona non autosufficiente;
- Interventi di "sostegno finalizzati" intesi come erogazioni monetarie volte a sostenere specifici costi che la persona o la sua famiglia sostengono per assicurare le risposte di cui la persona non autosufficiente necessita.

I servizi, che si sovrappongono talora alle prestazioni monetarie, sono sostanzialmente suddivisi – in un crescendo di riduzione del carico assistenziale delle famiglie -, in tre ambiti:

- servizi domiciliari (ADI, SAD, voucher, telemedicina e simili);
- servizi semiresidenziali (centri diurni);
- servizi residenziali: RSA, residenzialità assistita, cohousing, case di riposo e simili), secondo le diverse programmazioni regionali e locali.

Normalmente i servizi domiciliari e quelli semi residenziali sostengono gli anziani in condizioni di parziale autosufficienza e/o di ridotto decadimento cognitivo in supporto alla famiglia o presso il loro domicilio, integrando e supportando il compito di quello che possiamo definire come l'accudente primario – familiare o assistente personale (badante).

I servizi residenziali in linea di principio possono essere distinti in servizi che:

- rispondono al bisogno dell'anziano "solo" che presenta un modico grado di autosufficienza;
- nel caso di persone anziane con una grave compromissione della non autosufficienza (determinata su una pluralità di indicatori) sollevano integralmente la famiglia da attività di natura assistenziale che la stessa famiglia non è in grado di assolvere;

sono di fatto strutture all'interno delle quali sono assicurate specifiche risposte di natura alberghiera, servizi sociali e di supporto alle relazioni sociali ed interpersonali cui si sommano servizi sociosanitari, sanitari e riabilitativi - modulati sul bisogno degli ospiti accolti e nel rispetto delle specifiche normative regionali - e che ne determinano le caratteristiche e la tipologia degli ospiti accolti.

La situazione contingente

Nella maggior parte dei nostri territori – pur con differenze storiche e culturali - la domanda di servizi residenziali è di fatto in crescita.

I servizi sociosanitari a livello quantitativo si appoggiano per lo più ad un sistema di strutture “private” (comprese le ex Ipab) qui intesa come tipologia che ricomprende sia gestori religiosi che organismi del Terzo settore e fondazioni che nel tempo hanno sviluppato, anche in relazione alle diverse normative regionali, modelli diversi organizzativi e gestionali talora significativamente diversi tra loro.

Ci sono strutture “di prossimità” con una vocazione fortemente territoriale spesso di medio piccole dimensioni e strutture “sovra territoriali” che si rivolgono a territori diversi di più ampie dimensioni e che spesso si rivolgono a specifici target d’utenza (demenze gravi/precoci, alzheimer, Stati vegetativi, patologie neurodegenerative ecc.).

L’equilibrio economico (in molti casi oggi precario) allo stato è garantito dalla programmazione regionale (in termini di definizione delle rette a carico del Fondo sanitario, dalle condizioni economiche delle famiglie e degli stessi anziani assistiti (attraverso le pensioni e le indennità di accompagnamento ricevute, oltre che da quote di risparmio privato) nonché dall’intervento dei comuni spesso volto ad integrare le criticità economiche delle famiglie.

L’analisi dei dati delle RSA, in particolare quelli relativi al rapporto tra la domanda e l’offerta, quello relativo all’età media degli ospiti all’ingresso e le loro compromissioni clinico-funzionali, sono degli elementi cardine per valutare:

- il complesso delle “policy” territoriali, ovvero l’efficacia e l’efficienza delle reti “a valle” del sistema residenziale;
- le “necessità” del sistema familiare inteso come capacità di “presa in carico” dello stesso;
- le condizioni socio economiche della platea delle persone che ricorrono al sistema residenziale;
- la percezione nelle persone della RSA come servizio.

Come noto il percorso istituzionale di adesione al sistema vede una prima fase di abilitazione/autorizzazione al servizio e una fase successiva di accreditamento e convenzionamento. Ferma la presenza di un numero relativamente elevato di posti autorizzati per solventi.

E’ dunque in ogni caso prevista – anche per le strutture convenzionate – una compartecipazione alla spesa corrispondente alla parte della retta a carico dell’ospite e/o della sua famiglia (normalmente la parte definita “alberghiera”, in alcune regioni calmierata o comunque soggetta a limiti).

L’entità della compartecipazione è sicuramente un punto centrale della negoziazione politica e istituzionale.

La nostra visione del futuro

Delle RSA non si può certo fare a meno. Ma è altrettanto certo che sia assolutamente necessario ripensarne il ruolo istituzionale partendo dal tema della "qualità della vita" degli ospiti che spesso si coniuga col tema dell'appropriatezza nella loro accoglienza. Evitare i ricoveri impropri significa sviluppare il contesto organizzativo e territoriale in cui le RSA sono chiamate ad operare, rimodernare l'organizzazione dei servizi in una logica di continuità nella "presa in carico" per inserirle in un modello complessivo nel quale la "prossimità" – ovvero la vicinanza territoriale e l'appartenenza ad una rete di servizi - le renda più rispondenti alle nuove realtà, ai nuovi problemi e ai nuovi bisogni delle persone anziane fragili e delle loro famiglie. In questo senso è da prevederne di conseguenza l'ammodernamento strutturale e tecnologico e una revisione degli standard di assistenza per renderle capaci di farsi carico di non più di 100/120 persone, stabilizzarne il radicamento sul territorio anche facilitando o rendendo più agibile il percorso per renderle fruibili, avviare piani di formazione del personale per metterlo in grado di affrontare ogni tipo di emergenza, preventivare un serio piano di finanziamento perché possano effettivamente essere di supporto al mantenimento della qualità di vita di una popolazione che, dati ISTAT alla mano, invecchia inesorabilmente.

Dovrebbero in sostanza trasformarsi in "centri multiservizi" territoriali in stretto collegamento con la rete ospedaliera e i medici di base.

Il sogno è quello di poter trasformare le RSA in centri multiservizi territoriali, in servizi "aperti" cioè capaci di assicurare interventi al domicilio delle persone anziani fragili insieme a risposte residenziali protette, in collegamento con le altre realtà assistenziali.

E dovrebbe trattarsi di una rete ampia: dall'assistenza domiciliare (non di poche ore all'anno), ai centri diurni, ai mini alloggi protetti, alle comunità alloggio, alla teleassistenza e alle RSA. Servizi non alternativi fra loro ma complementari, capaci di rispondere in maniera differenziata a bisogni differenti avendo al centro la persona fragile nel suo continuo mutare ed il suo contesto familiare nelle sue differenze e evoluzioni. E per scegliere quale servizio indicare alla persona anziana o disabile si deve partire dal loro progetto di vita, dalle capacità residue, dai bisogni, dalle relazioni, dal contesto familiare, dalle condizioni economiche. Quindi partire dal bisogno, dalla domanda, dalla richiesta di aiuto e di assistenza.

Dovremo riflettere a lungo sulle carenze e sulle mancate risposte rilevate durante la pandemia. Per troppi anni il Servizio Sanitario Nazionale, di cui il sociosanitario fa parte a pieno titolo, non ha trovato nei bilanci pubblici la dovuta attenzione. Poco si è fatto anche per la prevenzione nelle scuole, nei luoghi di lavoro e per le persone a rischio per età o per patologie croniche.

Profit e no profit

La prima precisazione da fare è che non tutte le RSA hanno la stessa matrice: ve ne sono di pubbliche e di private, siano queste "for profit" o "no profit", la cui sostanziale differenza è ben nota.

Le Istituzioni di cui ci occupiamo in questo nostro report, sono quelle "private no profit" aderenti all'UNEBA e all'ARIS, associazioni gestite da enti con ispirazione cristiana e congregazioni religiose che hanno come riferimento la Conferenza Episcopale Italiana.

Vale la pena forse ricordare che il no profit (dal latino no lucrum) è nato dalla percezione di inadeguatezza dei sistemi di solidarietà sociale provveduti dai grandi Stati nazionali o dal riscontro dell'assenza o dell'impraticabilità di strumenti di assistenza e solidarietà in paesi meno fortunati.

Una situazione questa che ha indotto molti a perseguire operativamente obiettivi di soluzione, o più realisticamente di attenuazione, di situazioni di bisogno di altri individui o categorie o gruppi sociali diversi in genere dal proprio. Ciò ha dato luogo allo spontaneo e copioso proliferare di organizzazioni di natura originariamente privata che in genere perseguono obiettivi di solidarietà rivolti a soddisfare bisogni di estrema specialità.

In materia di diritto il problema affrontato dalla dottrina si è fondamentalmente incentrato sulla corretta definizione dell'ente *non profit*. Rispetto al tradizionale concetto di assenza di fini di lucro, già in rodato uso nell'accezione più comune, in Italia la locuzione sottintende che l'organizzazione abbia finalità vocatamente solidaristiche, che non vi sia distribuzione di utili ai soci, che anzi qualsiasi utilità prodotta, anche nella forma di beni o servizi, sia destinata con carattere di esclusività al reinvestimento nell'attività svolta in favore di terzi o comunque al conseguimento degli scopi sociali. E' evidente che l'identità cristiana che contraddistingue gli enti gestori delle strutture associate, votate come sono all'accoglienza e all'assistenza di ogni forma di fragilità umana, non poteva che sposarsi con questo *modus operandi*. Naturalmente questa scelta non esclude la necessità di un'organizzazione gestionale il cui fine però non è seguire logiche di mercato quanto piuttosto trovare il modo di restare nel mercato per poter adempiere alla propria missione.

Portare avanti opere di questo tipo significa comunque dover mantenere l'efficienza delle strutture e della tecnologia di servizio; significa dover assicurare ai lavoratori equa retribuzione, significa dover provvedere ai necessari approvvigionamenti e a tutta quella serie di iniziative atte a far sì che i propri ospiti possano godere di ogni possibile benessere per lo spirito e il corpo. E le fonti di finanziamento, a cui si è fatto cenno poc'anzi, non consentono certo alle istituzioni "no profit" di poter spiccare voli pindarici nel conseguimento degli obiettivi prefissati; solo grazie ad una gestione accorta, secondo il modello del buon padre di famiglia, riescono restare comunque in campo per offrire i propri servizi. Rendersi conto della necessità di questo tipo di presenza nella cura della fragilità umana, aiuterebbe certamente a svilupparne la potenzialità, nell'ottica di quel principio, di tanto in tanto speso dagli oratori di turno, che recita così: "Non è tanto importante la quantità di vita da vivere, quanto piuttosto la sua qualità".

Noi ci siamo

Aris e Uneba aprono ed aspirano ad ogni forma di collaborazione affinché – pur nella consapevolezza che la realtà che rappresentano si mostra come un insieme molto eterogeneo, sia a livello nazionale che locale – possa trovare una risposta l'appello del Presidente Sergio Mattarella il quale, nel denunciare che “il mondo dell’anziano è a rischio” ha esortato tutti noi ad “avviare dei percorsi di diagnosi e cura per chi è fragile o rischia di diventarlo”. Preservare e curare al meglio gli anziani è cruciale per il futuro di una comunità che si fregia del titolo di “civile e democratica”.

Roma, 16 novembre 2020

Il Presidente UNEBA
(Dr. Franco Massi)



Il Presidente ARIS
(P. Virginio Bebbber)

