Quale futuro per l'assistenza della popolazione anziana?

Prima parte del dibattito

L'articolo ragiona sulle "Linee d'indirizzo generali per la riforma dell'assistenza sanitaria e socio-sanitaria dedicata alla popolazione anziana" emanate dalla Commissione nazionale istituita dal Ministero della salute e presieduta da Mons. Paglia, e sul contributo fornito dalle Associazioni di settore.

a cura di Marco Noli - lunedì, Marzo 08, 2021

<http://www.lombardiasociale.it/2021/03/08/quale-futuro-per-lassistenza-sanitaria-e-socio-sanitaria-degli-anziani/>

Assistenza agli anziani: l'apertura di un dibattito

Nei primi mesi dell'anno, mentre la pandemia da Covid-19 non accenna a mitigarsi, a fianco delle riflessioni dominate dall'emergenza si è aperto un dibattito sul futuro dell'assistenza agli anziani. Il riflettore rimane puntato inevitabilmente sulle residenze, evidenziando la drammaticità delle morti avvenute, mentre poco si parla del grande sforzo di dedizione che le direzioni e gli operatori hanno profuso e ancora stanno approfondendo per tutelare il bene – essere e la dignità dei "vecchi".

In questo filone si collocano le "*Linee di indirizzo generali per la riforma dell'assistenza sanitaria e socio sanitaria dedicata alla popolazione anziana*" elaborate dalla Commissione nazionale voluta dal Ministro Speranza e presieduta da Mons. Vincenzo Paglia ([allegato 1](#)): ad esse sono seguiti i contributi dei gestori AGeSPI, ANASTE, ANSIDIPP, ARIS e UNEBA riassunti nel documento "*Contributo alle Linee di indirizzo per la riforma dell'assistenza Sanitaria e Socio-sanitaria della popolazione anziana*" ([allegato 2](#)).

Oltre a queste proposte, in questi ultimi due mesi ne sono state presentate altre:

- la Pontificia Accademia per la Vita in data 9 febbraio 2021 ha pubblicato il documento "La vecchiaia: il nostro futuro – La condizione degli anziani dopo la pandemia";
- l'Università Bocconi il 17 febbraio 2021 ha presentato il 3° Rapporto dell'Osservatorio LTC dal titolo "[Le prospettive per il settore socio-sanitario oltre la pandemia](#)";
- il Network Non Autosufficienza in data 27 gennaio 2021 e a seguire in data 6 marzo 2021, in una versione rivista e più approfondita, ha presentato la Proposta Aperta per il Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza dal titolo "[Costruire il futuro dell'assistenza agli anziani non autosufficienti](#)"[1].

Già dai titoli si può comprendere che il dibattito è aperto e orientato a proporre indicazioni per il futuro, secondo diversi punti di vista che Lombardia sociale proverà ad esplorare con approfondimenti specifici. Le tematiche comuni trattate nei documenti citati sono:

- la carenza e la disomogeneità dei dati del settore;
- la necessità di coordinare la filiera dei servizi e degli interventi rivolta agli anziani;
- la valorizzazione del ruolo delle famiglie, delle cure informali e formali;

- una riflessione sulla *mission* delle strutture residenziali esistenti e sullo sviluppo di altre risposte residenziali;
- le carenze quali – quantitativa dell'assistenza domiciliare e le prospettive di riforma;
- la formazione degli operatori del settore;
- il riconoscimento del “valore” dell'intero settore.

Se questi sono i temi, l'analisi e la visione con cui sono trattati sono per alcuni aspetti molto diverse tra loro.

Questa riflessione si concentrerà sul documento della Commissione “*Linee di indirizzo generali per la riforma dell'assistenza sanitaria e socio sanitaria dedicata alla popolazione anziana*” e sul contributo che le Associazioni del settore hanno fornito al lavoro della Commissione. *Questo primo articolo affronterà il tema dei dati e delle residenze e le loro tipologie, mentre un secondo si soffermerà sugli aspetti della presa in carico, del continuum assistenziale e sulla lezione del Covid.*

Riorganizzazione del modello assistenziale sanitario e sociosanitario proposto dalla Commissione Nazionale

L'operato della Commissione, che risponde all'ampio mandato ricevuto dal Ministro della salute Speranza, è vincolato a una precisa visione: quella di “*formulare proposte per la riorganizzazione del modello assistenziale sanitario e sociosanitario dedicato alla popolazione anziana al fine di favorire una transizione dalla residenzialità a servizi erogati sul territorio e di ridefinire il continuum assistenziale, suggerendo servizi, modalità, strumenti innovativi e digitali...*”. Il documento elaborato vuole quindi solo dare “*un indirizzo strategico su cui edificare la nuova costruzione ed attorno al quale raccogliere il consenso di tutte le parti*”.

Se il mandato è delineato chiaramente nella sua valenza politica, nel suo significato è un po' travisante perché **non esiste un solo modello assistenziale sanitario e sociosanitario ma diversi**: ogni regione ne ha uno proprio. Questo possibile travisamento sembra attraversare tutto il documento.

Carenza di informazioni e dati

La prima criticità analizzata dalla Commissione riguarda la mancanza di dati certi, sul versante sia della domanda che dell'offerta di servizi per gli anziani. Per superarla viene proposta un'indagine in collaborazione con l'ISTAT e la creazione di un'anagrafe nazionale delle residenze.

La carenza e la disomogeneità dai dati nel settore del LTC sono temi dibattuti da anni, più volte sottolineati da LombardiaSociale.it; le ragioni sono note e richiamate nel documento delle Associazioni del settore. Anzitutto, la condizione di non autosufficienza, così come declinate nei LEA, non è censita e valutata allo stesso modo dalle Regioni. **Non esiste una definizione univoca, né strumenti di valutazione multidimensionale validati e condivisi con e tra le Regioni**: questa è una grave lacuna per il confronto dei dati. Inoltre, nonostante l'utilità delle indagini campionarie condotte periodicamente dall'ISTAT e basate sulle dichiarazioni delle persone, è fondamentale per il settore della LTC valorizzare

le informazioni presenti nei diversi sistemi informativi nazionali e regionali, come evidenziano le Associazioni[2]. Questi database, oggi scarsamente comunicanti, potrebbero essere ricomposti in un'unica piattaforma nazionale per implementare anche una più puntuale analisi dei bisogni.

Quali residenze?

L'altro aspetto del mandato della Commissione che può generare fraintendimenti riguarda la “*transizione dalla residenzialità a servizi erogati sul territorio*”, che può essere intesa nel significato di superamento della residenzialità. Sul tema occorre considerare che non esiste un'univoca definizione delle residenze assistenziali per anziani; ogni regione ha denominato con tale termine realtà notevolmente diversificate. Si passa, come fanno notare le Associazioni, da case o comunità di accoglienza di 8 – 10 posti letto alle strutture residenziali per persone autosufficienti, persone parzialmente non autosufficienti o totalmente non autosufficienti: ovviamente le modalità organizzative e gestionali sono molto diverse. Occorre assumere, come indica anche il documento della Pontificia Accademia della vita, **che la condizione anziana non è riconducibile ad una condizione omogenea: conseguentemente, le risposte alle fragilità devono essere commisurate al reale bisogno dell'anziano**. Proprio per questo la Commissione ritiene che vadano previsti interventi di *Independent living*, *assisted living*, co-housing e di assistenza domiciliare; **essi, tuttavia, non possono essere contrapposti a quelli forniti in RSA**.

Come sottolineano le Associazioni, le RSA sono strutture sociosanitarie previste dai LEA, che erogano all'interno di specifici nuclei assistenziali, prestazioni di natura medica, infermieristica, di assistenza tutelare e riabilitativa, nonché attività di natura sociale educativa e di animazione rivolti a persone anziane non autosufficienti. Questo tipo di strutture accolgono persone molto anziane, con elevata fragilità e comorbilità, non autosufficienti e non assistibili a domicilio. Le stesse famiglie vedono nelle RSA una risposta molto clinica, quando la permanenza a domicilio non è più possibile, come rivela la *survey* effettuata dall'Osservatorio sulla LTC della Bocconi (3° Rapporto LTC – 3 capitolo).

In Italia i posti letto residenziali in proporzione al numero di anziani superiori a 65 anni si attestano a 1,9 contro l'Olanda con il 7,3, la Svizzera 6,4, la Germania 5,4, la Francia 5, l'Austria 4,6, e la Spagna 4,4. Considerando la tendenza demografica e le modificazioni della composizione delle famiglie, il sistema delle residenze italiano è fortemente sottodimensionato e sotto finanziato: occorrerà rimediare a questo gap rapidamente se si vuole garantire l'assistenza agli anziani gravemente non autosufficienti. Questo non toglie che andranno rivisitate le caratteristiche strutturali, gestionali e organizzative delle residenze per renderli sempre più in grado di rispondere ai bisogni di questi anziani.

È certo che il sistema dell'offerta dei servizi domiciliari, come rileva la Commissione, sia del tutto inadeguato ai bisogni degli anziani. Spesso non si tratta neppure di un sistema, ma di prestazioni slegate tra di loro e poco rispondenti alle necessità.

Lo stesso dicasi per le risposte semiresidenziali. L'indicazione vincolante che le risposte ai bisogni degli anziani devono essere collocate in una filiera di servizi unitaria è condivisibile, **ma le RSA devono essere un elemento imprescindibile di questa filiera**. Il punto non è quello di contrapporre servizi, ma di riflettere sulla *mission* di ognuno e conseguentemente definirne modalità organizzative e gestionali adeguate.

L'anagrafe nazionale delle residenze, precedentemente richiamata, si lega all'altra proposta della

Commissione che *“ottiene alla qualificazione dell’assistenza attraverso la specifica definizione di specifici requisiti di qualità dei servizi e dei percorsi di cura, e l’avvio di un sistema nazionale di accreditamento ... accompagnato da un messa a punto di un sistema di valutazione della qualità della vita”*

Questa proposta sembra non tenere conto che già esistono sistemi di autorizzazione, accreditamento e convenzionamento / contrattualizzazione, come fanno notare le Associazioni del settore, e che tali sistemi, sia pure con significative differenze, sono in capo alle regioni, come pure l’anagrafe delle strutture residenziali accreditate.

Si concorda sulla necessità di approfondire la qualità e l’appropriatezza dei servizi erogati considerato che i flussi informativi attuali sono più focalizzati su dati strutturali e gestionali (n. personale e n. utenti). Le Associazioni del settore auspicano un sistema di valutazione comparativo basato su indicatori di processo differenziati per setting assistenziale, validati dalla letteratura scientifica, nonché sull’equità, su sicurezza e appropriatezza dell’accoglienza alberghiera, delle cure, dell’assistenza erogata, sia in ambito domiciliare che residenziale. Un sistema di valutazione più puntuale e una vigilanza più stretta eviterebbero situazioni di attività abusive, segnalate nel documento della Commissione.

In un secondo articolo esamineremo gli altri temi affrontati dal documento della Commissione.

[1] Il documento sarà oggetto di un prossimo contributo che verrà pubblicato su LombardiaSociale.it

[2] I principali sistemi informativi sono: i flussi dati SIAD, la scheda FAR del NSIS e quelli del nuovo sistema di garanzia per il monitoraggio dell’assistenza , che sostituiscono le griglie LEA.