

MARCO IMPAGLIAZZO

Anziani: Assistenza e cure domiciliari possono evitare l'isolamento

Pubblicato su Avvenire il 22 settembre 2020



Mentre viviamo la seconda ondata della pandemia ciò che di drammatico è avvenuto negli istituti per gli anziani e più in generale per le persone fragili, ci fa capire che non si tratta solo di mettere qualche toppa al sistema di assistenza e cura esistente o, meno che mai, di attendere che passi la bufera per tornare alla "normalità".

Il Covid-19 al contrario è l'occasione per una riflessione più generale su come considerare la presenza degli anziani nella nostra società e su come rispondere al meglio alle loro necessità. Nelle cosiddette Long Term Care Facilities - siano esse le anglosassoni nursing home, le nostre Rsa, le case di riposo più o meno registrate e controllate - si è registrato oltre il 50% delle morti, a livello planetario. Mi sembra un punto di partenza adeguato da cui iniziare una riflessione per un profondo cambiamento. Molti istituti sono luoghi dove in diversi casi la fragilità dell'anziano viene privata delle protezioni offerte dalla casa, dai ricordi e dalla rete umana che si è sedimentata negli anni attorno a essa. L'isolamento ulteriore rappresentato dalle misure anti-Covid non ha certamente giovato. Ha anzi aggravato, trasformandola in vera e propria sindrome da abbandono la condizione di molti over70. Dovremo purtroppo constatare anche numerosi decessi legati all'abbandono. Di questo abbondano già diverse evidenze.

È davvero impossibile evitare che gli anziani istituzionalizzati restino isolati, senza

alcuna possibilità non solo di visite ma spesso anche di comunicazione con video-immagini, così come è accaduto?

Occorre al più presto intervenire - lo si doveva fare già nei mesi passati! - per favorire, una comunicazione che rompa l'isolamento, anche perché la condizione di chiusura de facto, che perdura da mesi nelle strutture per anziani, continuerà anche nei prossimi. Tenerne conto è necessario per introdurre una serie di interventi urgenti, forse complessi ma certamente possibili, così come altre realtà (la scuola tra tutte), hanno dimostrato. Il recente intervento del presidente dell'Emilia Romagna a favore di visite di parenti, se con tampone effettuato nelle ore precedenti, è un ulteriore stimolo a trovare soluzioni che coniughino sicurezza e umanità. Associando a questa possibilità i volontari di tutte quelle comunità e associazioni, che già conoscono e hanno rapporti con gli anziani residenti, in particolare con quelli che sono rimasti senza famiglia. Il tutto in un rigoroso rispetto delle misure di prevenzione.

Si tratta però anche di non insistere solo sull'istituzionalizzazione, come fosse l'unica risposta praticabile, in alcuni casi giudicata "inevitabile". La sanità pubblica e la geriatria internazionali spingono da anni per un esteso continuum assistenziale, di cui le residenze rappresentano solo un tassello di un più ampio mosaico, che non può e non deve essere in alcun modo perno del sistema. **L'assistenza domiciliare integrata rappresenta in Italia una quota irrisoria della assistenza:** si stima mediamente 16 ore all'anno per anziano bisognoso. Questo impressionante squilibrio è sotto gli occhi di tutti. Fingiamo insomma di avere una assistenza territoriale, presso le dimore degli anziani, dimenticando che senza il milione (e più) di badanti che si occupano oggi degli over70 nel nostro Paese, tutto il sistema entrerebbe in una grave crisi di sostenibilità. A questo si deve aggiungere la mancanza di centri diurni, di estese soluzioni di telemedicina, di servizi di lotta alla solitudine e all'isolamento sociale, insomma di quella articolazione di servizi che ci permette di uscire dalla logica dell'istituzionalizzazione per mera mancanza di alternative. È a questa condanna che ci si vuole opporre, serenamente ma fermamente.

La lunga esperienza nel campo della Comunità di Sant'Egidio, dimostra che è possibile puntare sulla domiciliarità dell'assistenza e delle cure, come punto di arrivo per giungere a una migliore protezione della vita degli anziani evitando più agevolmente la "patologia" dell'isolamento. La creazione di reti umane e sociali attorno agli anziani, il cohousing e le case-famiglia, con il contributo degli stessi interessati, hanno creato modelli percorribili dimostrando che è possibile restare a casa propria anche in età avanzata e anche se si è rimasti soli.

Occorre quindi approfittare di quella che è un'emergenza trasformandola in occasione per ripensare tutto il sistema di assistenza, vicinanza, cura e la considerazione che dobbiamo agli anziani. Siamo ancora in tempo. Non perdiamolo perché sono in gioco non solo vite umane, ma anche un tesoro di umanità che non può essere sprecato o peggio "scartato", come ha ripetuto più volte papa Francesco.

GIUSEPPE LIOTTA

Il problema non è migliorare le Rsa ma come vogliamo assistere gli anziani

Pubblicato su Domani il 28 ottobre 2020



- **Quando si parla di Rsa il punto in discussione non è semplicemente Rsa sì, Rsa no o Rsa da migliorare.** Il nodo semmai è quale visione abbiamo dei servizi territoriali per i prossimi anni e su quali elementi puntare.
- **Non è un caso se il fenomeno delle assistenti a pagamento riguarda oggi un numero di anziani tre o quattro volte superiore a quello degli anziani ospitati nelle Rsa:** la preferenza dei diretti interessati per rimanere in casa sembra piuttosto evidente.
- **Ripensare l'assistenza territoriale significa oggi mettere in campo un modello fortemente inclusivo orientato al domicilio** (o forse sarebbe meglio dire alle diverse tipologie di domicilio da sviluppare).

Se si parla di Rsa il punto in discussione non è semplicemente Rsa sì, Rsa no o Rsa da migliorare. Si tratta infatti di un complesso insieme di strutture molto diverse, all'interno del quale troviamo delle eccellenze e in generale un personale professionalmente impegnato a dare il meglio di sé. Il nodo semmai è quale visione abbiamo dei servizi territoriali per i prossimi anni e su quali elementi puntare.

Migliorare le Rsa è sempre possibile, ma siamo sicuri che siano decisive nel modello verso il quale orientarsi? Un primo elemento da prendere in considerazione sono gli anziani stessi. La medicina in Europa (e l'assistenza) sempre più si orientano su un approccio estremamente personalizzato alle cure, basato sulle preferenze del paziente che vengono confrontate con le proposte del curante allo scopo di trovare una sintesi virtuosa e per questo spesso maggiormente efficace.

È tutto il processo di decisione sulle cure che va verso un approccio sempre più condiviso che tenga conto di elementi scientifico-terapeutico-assistenziali e di elementi espressione della qualità della vita che ognuno desidera per sé.

Non è un mistero per nessuno che abbandonare la propria casa per andare a vivere in uno spazio ristretto, con poche dotazioni personali, insieme a gente sconosciuta fino a un momento prima, dovendo assoggettarsi a norme di comportamento collettivo che inevitabilmente sacrificano le preferenze personali sia una scelta invisibile alla stragrande maggioranza degli anziani, che vi si sottopongono solo quando non c'è altra soluzione.

Ed è altrettanto indubbio che la risposta non istituzionalizzante alla domanda di cure (assistenza domiciliare, centri diurni, condomini solidali, case famiglia, telemedicina per fare solo qualche esempio che necessariamente "confonde" sociale e sanitario) **è stata fino a oggi sotto finanziata in Italia e poco sviluppata**, rendendo l'alternativa al ricovero in Rsa irrealistica in presenza di un declino fisico rilevante.

Il modello domiciliare

Non è un caso se il fenomeno delle assistenti a pagamento riguarda oggi un numero di anziani tre o quattro volte superiore a quello degli anziani ospitati nelle Rsa: la preferenza dei diretti interessati per rimanere in casa sembra piuttosto evidente.

Aggiungiamo che il costo del modello residenziale è significativamente più elevato di quello domiciliare-territoriale: oggi investiamo in strutture residenziali circa tre volte quello che investiamo in servizi domiciliari. Fino a che il livello di investimenti non verrà almeno riequilibrato sarà difficile affermare che dobbiamo investire nel miglioramento delle Rsa.

Infine, se è vero che abbiamo una percentuale bassa di posti letto in Rsa rispetto alla popolazione anziana in confronto al resto dell'Europa, è anche vero che la stessa situazione si osserva per l'assistenza domiciliare: il 3,5 per cento riportato da Eurostat ci colloca ben al di sotto dei maggiori paesi europei.

La risposta all'emergenza

Un secondo elemento di riflessione attiene all'efficacia delle Rsa in situazioni emergenziali quali una pandemia come quella che stiamo affrontando o, ad esempio, le ondate di calore che dal 2003 si susseguono in Italia a ritmo crescente. In queste occasioni le Rsa non hanno protetto gli anziani, anzi, soprattutto nel caso della pandemia da Covid-19, hanno moltiplicato l'impatto dell'emergenza.

Questo non è avvenuto "per colpa" delle Rsa ma perché si tratta di un modello strutturalmente inadeguato a prendersi cura di persone molto fragili. La spiegazione relativa alla gravità delle condizioni mediche dell'ospite è probabilmente uno dei fattori, ma non l'unico.

Ha contribuito anche l'impreparazione delle Rsa ad affrontare un'epidemia, perché queste strutture sono pensate principalmente per una cura quotidiana di un gran numero di individui parzialmente o totalmente non autosufficienti che necessitano di cure personali, più volte al giorno. In questo caso le precauzioni per prevenire la diffusione di una malattia infettiva, che è asintomatica nella maggior parte dei casi, richiedono un livello molto alto di formazione specifica per il personale e un buon rapporto tra staff e ospiti per evitare la rotazione del personale tra reparti diversi e, all'interno dello stesso reparto, tra ospiti diversi.

Tutte queste condizioni non sono usuali nelle Rsa. Tanto è vero che, a sei mesi dalla prima ondata, avendo avuto il tempo di adeguarsi al quadro della pandemia, nulla è cambiato e stiamo purtroppo assistendo proprio in questi giorni all'insorgere ripetuto di focolai infettivi all'interno delle strutture residenziali. Si dirà che si tratta di situazioni eccezionali, ma in realtà lo sono sempre meno: la frequenza delle ondate di calore cresce, e l'avvento di una pandemia, come abbiamo imparato nei mesi scorsi, era stato ampiamente previsto.

Se si aggiunge a questo la segregazione in atto ormai da diversi mesi nei confronti degli ospiti delle Rsa, (a scopo preventivo ovviamente, ma fino a quando?) si compone un quadro che solleva più di un interrogativo sul futuro di queste strutture.

D'altra parte un'analisi condotta da Giunco nel 2016 sulle Rsa della Lombardia riportava un minutaggio medio di assistenza medico-infermieristica-fisioterapica settimanale per persona di circa 30 minuti per figura professionale «tempo in gran parte assorbito dalla complessa burocrazia imposta dalle normative più recenti» come riportato dall'autore. Qualche progresso si è fatto negli anni successivi, ma è stato frustrato dalla carenza di finanziamenti.

Ripensare l'assistenza territoriale significa oggi mettere in campo un modello fortemente inclusivo orientato al domicilio (o forse sarebbe meglio dire alle diverse tipologie di domicilio da sviluppare): il patrimonio di professionalità imprenditoriale, clinica, assistenziale che è racchiuso nelle Rsa può essere ri-orientato alla ricerca un nuovo modello che tenga conto della necessità di risposte personalizzate alla domanda di assistenza di una popolazione molto fragile. In questo quadro è fondamentale il coinvolgimento delle famiglie perché questo processo non si trasformi in uno scarico di responsabilità e compiti su di loro, ma vengano coinvolte pienamente in processi di cura e di assistenza, efficaci verso gli anziani e rispettosi delle dinamiche familiari.

Si tratta di una prospettiva entusiasmante ma molto esigente, che richiede l'impegno di tutti gli attori in campo, siano essi pubblici o privati, a cambiare una parte delle proprie convinzioni e a remare tutti nello stesso senso.

GIANCARLO PENZA

Nelle case di riposo "chiuse" gli anziani si lasciano morire

Pubblicato su Il Cittadino il 28 ottobre 2020



Basterebbero le parole dei diretti interessati. Renata, 94 anni, in casa di riposo a Cuneo: «Ci vuole coraggio a non credere più che qualcuno ti aspetti. Noi vecchi siamo agli arresti domiciliari». Un nonno in istituto, morto per coronavirus nell'ultima lettera ai nipoti: «Certo, non potevo mai immaginare di finire in un luogo del genere. Apparentemente tutto pulito e in ordine ma noi siamo solo dei numeri». Anna, nipote di Alan, 91 anni, ricoverato in casa di riposo a Norfolk prima che questi si spegnesse. «Ci è stata concessa una visita di mezz'ora da parte di un membro della famiglia per salutarci; a mio zio non è stato permesso di toccargli la mano, anche dopo aver disinfettato». Si potrebbe continuare...

Mentre in tutta Europa la pandemia torna a colpire duro e si ricomincia a parlare di lockdown completo, c'è una fascia non piccola della popolazione per cui il lockdown non si è mai interrotto e alla fase 1 non è mai seguita la 2 o la 3: sono gli anziani in istituto.

Lo sappiamo, nelle Rsa e nelle case di riposo sono morti in tanti. In troppi. Più del 60 per cento delle morti da Covid-19 in Europa. Ciò è avvenuto non per caso né per circostanze imprevedibili: impreparazione organizzativa e del personale (non in discussione il loro comportamento); scelte gravi e irresponsabili dei decisori politici e delle direzioni; disattenzioni e sottovalutazioni. Ma la scelta più scellerata è stata non attivare il distanziamento fisico all'interno e cancellare ogni comunicazione con l'esterno. Isolati, soli... e pure contagiati!

Ci si è dimenticati che gli anziani, tanto più se sradicati dal loro contesto di vita o dal loro quartiere, senza visite, sguardi amorevoli di parenti o amici, parole o gesti di conforto, muoiono o si lasciano morire. La solitudine non è un virus altrettanto letale? Lo ha scritto anche il Garante nazionale dei diritti delle persone private della libertà nel

suo ultimo rapporto al Parlamento: "Gli eventi recenti nelle Residenze sanitarie assistenziali proprio nel periodo della chiusura per il contagio le hanno configurate solo come potenziali cluster, quasi a dimenticare che erano luoghi dove si realizzava la forzata interruzione dei legami e ci si avviava ad esiti nefasti in un contesto, spesso, di vuoto e di percezione di solitudine assoluta". Più chiaro di così!

Certo, bisognava proteggerli, gli anziani. Peccato che il contagio - così è stato dimostrato - lo avessero portato nella maggior parte dei casi gli operatori, certo non i parenti. Ma per molte strutture forse il lockdown è stato anche l'occasione per non avere troppi intrusi, che vuol dire segnalazioni, controlli, critiche: la reclusione ha fatto comodo. In molti istituti ad esempio si è registrato un peggioramento delle condizioni di salute degli anziani, a causa di una più scarsa alimentazione e nutrizione. L'interruzione delle visite di parenti ha inoltre prodotto una serie di problemi concreti come l'impossibilità da parte dei ricoverati di accedere ai propri risparmi, facendo venir loro a mancare la possibilità di acquistare beni necessari (giornali, sigarette, generi legati alla cosmesi o alla pulizia personale, ecc.).

Nella maggior parte delle strutture non è stato predisposto alcuno spazio protetto per le visite da fuori; in altre non è stato adeguatamente messo a disposizione l'ampio spazio anche all'esterno (parchi, giardini, cortili) di cui sono dotate per permettere ai visitatori un contatto sicuro e prolungato con i propri cari. Nei rari casi in cui i sigilli sono stati allentati, il contingentamento dei tempi di visita è stato davvero ristretto e, considerato il numero elevato di ospiti nelle residenze, si può immaginare quanto tempo ciascun anziano abbia dovuto aspettare per incontrare un figlio, una figlia, un nipote. O anche solo per rivederlo.

Per non parlare dell'interdizione a visite mediche specialistiche all'esterno dell'istituto, con grave danno per la salute degli anziani, che spesso soffrono di pluripatologie, alcune delle quali necessitano di trattamenti urgenti, non differibili e non eseguibili in strutture a bassa intensità di cura. Dopo l'introduzione alla fine di agosto di nuove linee guida da parte dell'ISS per le Rsa, che avrebbero voluto essere più "morbide" per l'accesso esterno, ma che nella sostanza hanno confermato un approccio molto rigido,

Marco Impagliazzo, presidente della Comunità di Sant'Egidio aveva scritto sul «Corriere della Sera»: "Tali restrizioni non garantiscono una protezione efficace per i più fragili, mentre è accertato che sono le relazioni personali a costituire un'indispensabile fattore di protezione per la salute fisica, mentale e psichica di ogni individuo". Qualche giorno prima, su questo giornale, Costantino Bolis, un medico sensibile, aveva scritto al direttore: «È molto difficile comprendere come non si possano coniugare sicurezza e diritto del paziente di ricevere visite e conforto durante la malattia, perlomeno di un solo familiare con tutti i dispositivi di protezione, una volta al giorno e per un tempo limitato. I danni che tutto ciò sta provocando sono enormi e gli psichiatri, con molta più competenza di me, stanno esprimendosi in tal senso, pubblicando dati che devono farci riflettere seriamente».

È necessario fare emergere dal silenzio voci come queste. Ce ne sono tantissime, ne sono sicuro. Se taceranno i proprietari di strutture con le quali oggi in Italia si fanno tanti soldi, grideranno gli uomini e le donne di buon senso che non vogliono abbandonare ad un destino infame una generazione a cui questo paese deve molto.

MARCO IMPAGLIAZZO

Il manifesto della Comunità di Sant'Egidio: Anziani più protetti e spese sanitarie ridotte

Pubblicato su Il Corriere della Sera il 18 luglio 2020

IL MANIFESTO DELLA COMUNITÀ DI SANT'EGIDIO

ANZIANI PIÙ PROTETTI E SPESE SANITARIE RIDOTTE

di Marco Impagliazzo

Caro direttore, la crisi scatenata dalla pandemia non ha avuto uguali conseguenze per tutti. Una categoria di persone ha sofferto più di altre in termini di vittime e di isolamento: gli anziani. Un «pianeta» che ha in comune l'età ma attraversa, in modo democratico, tutti gli strati sociali. È stato, per tanti aspetti, il dramma nel dramma del coronavirus nel Nord del mondo e in Italia, dove — rileva l'Istat

superiore della Sanità, che segnala il numero elevatissimo di morti tra gli anziani istituzionalizzati nelle Rsa e nelle case di riposo, il doppio rispetto a quelli che vivevano nelle loro abitazioni.

Ciò che è successo non può lasciarci indifferenti né attendisti. È proprio ora, quando il nostro Paese ha preso le misure della pandemia e risulta più equipaggiato ad affrontare eventuali nuove emergenze sanitarie, che occorre intervenire. Ora, che le ferite di questa moderna strage degli innocenti sono ancora aperte e

per i più vulnerabili. È anche questo il motivo che ha spinto, il 20 maggio scorso, la Comunità di Sant'Egidio a promuovere un appello internazionale — partito proprio dalle pagine di questo giornale — che ha già raccolto decine di migliaia di firme, tra cui quelle di alcuni autorevoli rappresentanti delle istituzioni e del mondo della cultura. «Senza anziani non c'è futuro. Per riumanizzare le nostre società, no a una società selettiva» (vedi www.santegidio.org) è un manifesto per rinviare, dopo la crisi, con una

— e tutti sperano di diventare in futuro — anziani, quindi bisognosi, come in ogni altra fase della vita, di relazioni umane e di vicinanza.

A uccidere o a rendere comunque più difficile la cura degli anziani durante la pandemia è stato infatti anche un altro virus, quello della solitudine, per il quale però abbiamo già un vaccino efficace: l'attenzione che noi tutti e le istituzioni dovrebbero avere per i cittadini più fragili. L'appello ha proprio l'obiettivo di tenere alta questa attenzione. In primo luogo, evitando che si ripponga in futuro l'inaffrontabile dilemma del «dover» scegliere chi curare perché è contrario a ogni principio umano e costituzionale,

Dopo il Covid-19

La crisi scatenata dalla pandemia non ha avuto uguali conseguenze per tutti. Una categoria di persone ha sofferto più di altre in termini di vittime e di isolamento: gli anziani.

Un «pianeta» che ha in comune l'età ma attraversa, in modo democratico, tutti gli strati sociali. È stato, per tanti aspetti, il dramma nel dramma del coronavirus nel Nord del mondo e in Italia, dove - rileva l'Istat - ben l'85 per cento dei decessi per effetto del Covid-19 si sono manifestati nella popolazione ultrasessantenne. Un dato che colpisce, insieme a un altro, fornito dall'Istituto superiore della Sanità, che segnala il numero elevatissimo di morti tra gli anziani istituzionalizzati nelle Rsa e nelle case di riposo, il doppio rispetto a quelli che vivevano nelle loro abitazioni.

Ciò che è successo non può lasciarci indifferenti né attendisti. E proprio ora, quando il nostro Paese ha preso le misure della pandemia e risulta più equipaggiato ad affrontare eventuali nuove emergenze sanitarie, che occorre intervenire. Ora, che le ferite di questa moderna strage degli innocenti sono ancora aperte e hanno lasciato un segno in tante famiglie, è il momento per ripensare la nostra società con una rinnovata solidarietà intergenerazionale e nuovi modelli di assistenza e cura per i più vulnerabili.

È anche questo il motivo che ha spinto, il 20 maggio scorso, la Comunità di Sant'Egidio a promuovere un appello internazionale - partito proprio dalle pagine di questo giornale - che ha già raccolto decine di migliaia di firme, tra cui quelle di alcuni autorevoli rappresentanti delle istituzioni e del mondo della cultura.

«Senza anziani non c'è futuro. Per riumanizzare le nostre società, non a una società selettiva» è un manifesto per ripartire, dopo la crisi, con una visione diversa dell'Europa, in cui gli anziani non siano più considerati, come ha detto papa Francesco il 29 giugno scorso, «materiale di scarto». Anche perché molti sono già - e tutti sperano di diventare in futuro - anziani, quindi bisognosi, come in ogni altra fase della vita, di relazioni umane e di vicinanza. **A uccidere o a rendere comunque più difficile la cura degli anziani durante la pandemia è stato infatti anche un altro virus, quello della solitudine, per il quale però abbiamo già un vaccino efficace: l'attenzione che noi tutti e le istituzioni dovrebbero avere per i cittadini più fragili.**

L'appello ha proprio l'obiettivo di tenere alta questa attenzione. In primo luogo, evitando che si riproponga in futuro l'inaccettabile dilemma del «dover» scegliere chi curare perché è contrario a ogni principio umano e costituzionale, nonché alla Dichiarazione universale dei diritti dell'uomo: «Ogni individuo ha diritto alla vita, alla libertà e alla sicurezza della propria persona». In secondo luogo, il manifesto promuove un ripensamento radicale dei nostri sistemi sanitari, che si basi su una prevalenza della domiciliarità delle cure insieme alla costruzione di reti di prossimità attorno agli anziani, a partire dai soggetti che rappresentano la vita quotidiana, fino al monitoraggio attivo di chi abita da solo.

Le istituzioni dovrebbero farsene carico favorendo nuove soluzioni già sperimentate con successo da Sant'Egidio - come il cohousing e i condomini protetti che consentono di evitare l'istituzionalizzazione continuando a vivere in una casa, con tutti i vantaggi che comporta, in età avanzata e anche in presenza di serie patologie. La crisi vissuta può aiutare a realizzare una svolta innovativa che offrirebbe maggiore protezione per gli anziani e, al tempo stesso, spese sanitarie più contenute. Ma occorre intervenire subito, prima che un tema così centrale per la società torni nuovamente - e colpevolmente - in secondo piano.

Diceva il cardinal Martini nel 1990: «Sulla dignità della vita offerta agli anziani si misura il profilo etico di ogni società e dell'Europa: è un test che mostra l'eticità della convivenza umana». Si tratta di parole che non risultano solo attuali, a distanza di trent'anni, ma in qualche modo profetiche perché ci indicano la strada da percorrere se vogliamo che le nostre società conservino quell'impasto di civiltà e di umanesimo senza il quale non esisterebbe il nostro continente così come lo conosciamo, cioè solidale con tutti i suoi cittadini, senza esclusioni.

LAURA BARBUSCIA

Niente ospizio: è il cohousing per gli anziani

Publicato su La Repubblica (Ed. Roma) il 3 giugno 2020

Ospizio? No grazie, meglio una casa condivisa. Nato tra studenti e giovani coppie per abbattere i costi e sostenere la propria indipendenza, il cohousing diventa un fenomeno anche tra gli anziani, atterriti dall'idea di un ospizio, ma ugualmente preoccupati della solitudine. Con un occhio alle tasche, tra pensioni sempre troppo basse e costi crescenti per le cure, e l'altro alla compagnia, ecco la soluzione di mettere su casa insieme tra persone in là con gli anni.

La veterana della formula è Laura Lanciotti, di Subiaco, che nella "sua" casa condivisa ha spento le 100 candeline. Laura vive con altri 5 anziani e due badanti. Da sei anni coabita con loro in un appartamento di 150 metri quadri, in via delle Gondole, a Ostia, donato ai volontari della comunità di Sant'Egidio da un'altra anziana che viveva in un cohousing.

Nel 2010, Laura, niente figli e vedova, entra in una Rsa, in provincia di Roma. Ci rimane quasi 4 anni desiderando solo di tornare a casa: «Trascorreva gran parte delle giornate, come gli altri anziani, a letto - ricordano i volontari di Sant'Egidio - le sue condizioni di salute andavano peggiorando, abbiamo sentito il dovere di fare qualcosa per aiutarla: portarla via da lì».

Soluzione non semplice, c'erano anche da considerare gli acciacchi. E Laura, a casa, non aveva nessuno che potesse prendersi cura di lei. «Così - continuano i volontari - abbiamo pensato a questo modello di cohousing. Che intreccia assistenza medica tradizionale e ricerca di autosufficienza». Nonostante un problema di deambulazione che la costringe a passare più tempo seduta su una sedia a rotelle che in piedi sulle sue gambe, la centenaria non si arrende. La fatica, lei, la conosce bene. Abituata a lavorare nei campi, ora lotta ogni giorno per raggiungere la camera da letto dal salotto di casa in autonomia. Un traguardo, però, lo ha già superato: arrivare al compleanno a tre cifre in salute, vincendo l'isolamento e mantenendo una vita di relazione, fuori e dentro casa.

Gli altri appartamenti sociali un centinaio a Roma, che annoverano tra gli utenti anche persone disabili - sono di proprietà o in affitto degli anziani che abitano in cohousing: non c'è una tariffa fissa, il prezzo varia in base alle dimensioni della casa, al numero e alle possibilità economiche degli inquilini, che dividono le spese equamente. **Ogni anziano contribuisce al ménage familiare in base al proprio reddito, che spesso gravita intorno alla pensione sociale.** «Stare a casa in cohousing - spiegano dalla comunità - ha dei vantaggi: i prezzi sono più ridotti rispetto alla retta mensile di un'istituto, e gli anziani continuano a vivere come desiderano». I 100 anni di Laura sono la dimostrazione che si può tornare a casa, sconfiggere l'isolamento e riprendere in mano la propria vita, condividendo spazi abitativi e spese giornaliere con altri anziani.

GIUSEPPE LIOTTA, LEONARDO PALOMBI, MARIA CRISTINA MARAZZI

Oltre le RSA: come colmare gap tra domanda e risposta assistenziale

Publicato su Quotidiano Sanità il 22 maggio 2020

L'esperienza del programma "Viva gli Anziani" della Comunità di Sant'Egidio che segue in Italia oltre 20.000 anziani. La novità è anzitutto nell'approccio universalistico e pro-attivo: tutti gli anziani ultra80enni residenti nell'area nella quale il programma sceglie di operare, in accordo con l'amministrazione municipale di riferimento, vengono contattati per sapere se desiderino essere coinvolti.

L'epidemia da COVID-19 ha messo in luce le difficoltà del nostro sistema assistenziale ancora troppo centrato sulle strutture residenziali o ospedaliere e poco incline a sviluppare interventi territoriali. Emerge infatti in maniera sempre più circostanziata che le strutture territoriali per eccellenza, le Residenze Sanitarie Assistenziali, hanno mostrato una allarmante inadeguatezza a fronteggiare la crisi, favorendo, invece di contrastare, la diffusione dell'epidemia sia tra gli ospiti che tra il personale.

Il Ministro Speranza ha annunciato l'assunzione di poco meno di 10.000 infermieri di comunità per sviluppare un intervento di monitoraggio territoriale, un provvedimento realmente innovativo che si propone di riportare il contrasto all'epidemia più vicino ai luoghi della vita quotidiana. E' fortemente auspicabile che questo gruppo di infermieri di comunità, una volta conclusa l'emergenza, trovi collocazione definitiva negli organici ed avvii una riforma dell'assistenza territoriale dal basso, incidendo sulla valutazione ed il controllo dei principali fattori di rischio per la crescita della domanda assistenziale quali la fragilità, la malnutrizione, la polifarmacoterapia, il rischio di incidenti domestici, il declino funzionale. Tuttavia, proprio nella prospettiva di dare incisività a questa presenza **è necessario chiarire che anche la figura dell'infermiere di comunità, pur essendo profondamente innovativa, può non essere sufficiente a colmare il gap tra domanda e risposta assistenziale.**

In particolare va tenuto presente il rischio di isolamento sociale che grava su una percentuale non indifferente della popolazione anziana del nostro paese. Nel 2018 oltre il 25% degli ultra65enni ha dichiarato di non avere nessuno su cui contare in caso di necessità (1). E' evidente che in questi casi qualsiasi supporto rischia di essere vanificato da questo vuoto di reti che rende difficile qualsiasi processo assistenziale, che non sia accompagnato dalla presa in carico del paziente, cioè dal farsi carico in toto dei suoi problemi assistenziali, senza sostituirsi al paziente stesso, ma assicurandosi che si trovi per ogni problema una risposta, o almeno una proposta di risposta.

La carenza di risorse sociali si accompagna ad un aumento di circa 12 volte del rischio di ricorrere ai servizi ospedalieri (ricovero o accesso al Pronto Soccorso) a parità di condizioni cliniche (2). La carenza di risorse economiche e l'isolamento

sociale negli anziani sono stati associati ad un aumento della mortalità in particolare durante le ondate di calore (3). Anche in questa ultima crisi legata alla pandemia da COVID-19 la frammentazione sociale è stata associata ad una maggiore diffusione dell'infezione tra gli ultra80enni (4) e ad una più alta mortalità.

Molto opportunamente il Ministero della salute ha previsto di integrare gli infermieri di comunità con un gruppo di assistenti sociali. Anche in questo caso è auspicabile una stabilizzazione di questi inserimenti che prefigurano una collaborazione sul territorio opportuna e necessaria. L'approccio contiene in sé ottime possibilità di successo: di integrazione socio-sanitaria si parla da decenni senza che se ne sia vista una realizzazione efficace, fatte salve poche, lodevoli quanto isolate, eccezioni. Partire dal basso, dalla collaborazione sul campo nella speranza di poter estendere tale approccio oltre l'emergenza appare una via ragionevolmente percorribile.

Tuttavia si vuole qui porre l'attenzione sulla necessità di sviluppare un modello replicabile, appunto, al di là della crisi epidemica, che abbia in sé le potenzialità per generare, quando ve ne sia bisogno, o semplicemente sostenere, reti sociali intorno agli individui più fragili ed alle loro famiglie.

In particolare si desidera fare riferimento al modello di integrazione socio-sanitaria territoriale portato avanti dal **Programma "Viva gli Anziani!"** della Comunità di Sant'Egidio. Si tratta di un programma di monitoraggio attivo della popolazione ultra80enne residente al proprio domicilio, che è attualmente operante a Roma, Novara, Genova, Napoli, Brindisi, Sassari, Amatrice e Civitavecchia. Il programma segue in Italia oltre 20.000 anziani e rappresenta dal 2003 una consolidata quanto innovativa realtà del panorama assistenziale italiano. La novità è anzitutto nell'approccio universalistico e pro-attivo: tutti gli anziani ultra80enni residenti nell'area nella quale il programma sceglie di operare, in accordo con l'amministrazione municipale di riferimento, vengono contattati per sapere se desiderino essere coinvolti.

Si riesce così a raggiungere tutti, prevenendo quelle problematiche degli anziani che per anni non si rivolgono ai servizi pur avendone necessità e che poi improvvisamente manifestano un bisogno di assistenza così complesso e profondo da non poter essere risolto in pochi giorni. Ad esempio questo succede quando un anziano ricoverato in ospedale deve essere dimesso e non può tornare a casa a causa di difficoltà nelle attività della vita quotidiana e contemporanea scarsità di supporto sociale. Si apre così la strada ad un'istituzionalizzazione costosa per il sistema pubblico quanto sgradita al cittadino.

L'approccio pro-attivo permette di avere notizia di queste situazioni quando sono ancora in equilibrio, seppur precario, in modo da poter creare le condizioni che rafforzino l'equilibrio stesso, prevenendone la perdita. Al primo contatto, in caso di accettazione, fanno seguito:

1. la valutazione multidimensionale della fragilità che stabilisce la frequenza dei successivi contatti
3. la stesura di un piano di assistenza individualizzato per trovare soluzioni sia ai problemi più urgenti che a quelli a lungo termine, siano essi sanitari, sociali, economici o di altro genere.
4. l'implementazione del suddetto piano accompagnata dalla misurazione dell'efficacia dei risultati

5. la rivalutazione periodica della domanda e della risposta assistenziale che permette di modificare con flessibilità l'impegno del programma nei confronti del singolo cittadino.

In ognuna di queste 4 fasi è previsto l'intervento dell'infermiere di comunità se appropriato, come pure dei servizi di telemedicina supportati da un programma informatico che facilita la gestione delle attività quotidiane.

Il programma inoltre svolge altre due funzioni: la prima è quella che riguarda le reti sociali che vengono generate intorno agli individui più fragili ed isolati attraverso l'attivazione di tutte le risorse disponibili: si tratta di negozianti o vicini di casa che danno la loro disponibilità a collaborare con il programma in modo volontario e che si affiancano agli operatori del programma avviando relazioni amicali e talvolta intervenendo in emergenza (una febbre che non permette all'anziano di uscire, di cucinare, di rispettare una scadenza di pagamento etc).

Si riesce così in molti casi a creare una rete di protezione anche intorno a soggetti definibili 'hard to reach' perché profondamente isolati ed invisibili ai servizi tradizionali. La seconda è quella che si svolge nel quartiere dove opera il programma: gli operatori sono riconoscibili nella loro attività attraverso un tesserino, sono conosciuti e conoscono le risorse ed i servizi disponibili per gli anziani e spesso suscitano ulteriori disponibilità nell'incontro con gli abitanti ed i commercianti del quartiere. Nel periodo dell'emergenza covid-19 gli interventi si sono moltiplicati e adattati proprio per venire incontro alla necessità di tanti anziani di rimanere a casa per proteggersi meglio dall'infezione (ad esempio la spesa a domicilio).

D'altra parte "Viva gli Anziani!" è un programma particolarmente efficace proprio nelle emergenze essendo nato in risposta alle ondate di calore estive per contrastare l'isolamento sociale, ed avendo esteso poi la propria azione a tutto l'anno in modo da accompagnare le situazioni di fragilità, per ridurre i fattori di rischio di eventi negativi. Ancora oggi durante le ondate di calore vengono contattati tutti gli anziani proprio per poter intercettare chi ha maggiormente bisogno, con un modello di intervento durante le emergenze che ha mostrato efficacia nell'assorbire l'impatto dovuto alle crisi di varia origine.

Infatti "Viva gli Anziani!" ha dimostrato di ottenere risultati significativi in termini di contenimento degli incrementi di mortalità in corso di ondata di calore (5); riduzione dei ricoveri ospedalieri siano essi singoli o multipli (6); riduzione dei ricoveri in RSA/ casa di riposo (7), riduzione della mortalità da COVID (8). Proprio la sinergia tra sociale e sanitario rappresenta la chiave per l'efficacia del programma garantendo a qualsiasi intervento una matrice fatta di rapporti sociali che incrementa la resilienza dell'anziano e dei curatori formali ed informali. La sua adattabilità a contesti diversi (inclusa l'esperienza post-terremoto ad Amatrice) è stata testata in città di diverse dimensioni con risultati analoghi.

Oggi il bisogno di un modello nuovo di gestione dell'assistenza territoriale è particolarmente sentito dopo la dolorosa esperienza dell'epidemia COVID-19. La sinergia tra sociale e sanitario si propone come un asse portante di questo nuovo modello a patto che esso sia sviluppato a partire dall'esperienza sul campo prima che da complessi accordi normativi spesso privi di aderenza alla realtà.

Il programma "Viva gli Anziani!" ne propone uno, che ha già mostrato efficacia a costi particolarmente contenuti: **81 euro per persona per anno, cioè poco più di 20**

centesimi al giorno (7). Ve ne sono sicuramente altri, si tratta di implementarli allo scopo di migliorare la qualità della vita dei cittadini e la sostenibilità del sistema dell'assistenza nel medio-lungo termine. La questione emersa drammaticamente in questi mesi a causa dell'infezione COVID-19 offre una possibilità di cambiamento del modello di assistenza territoriale che può coinvolgere pubblico e privato in uno sviluppo anche economicamente promettente per l'impiego di nuova occupazione e tecnologia nei servizi di sostegno alla fragilità.

Giuseppe Liotta¹, Leonardo Palombi², Maria Cristina Marazzi³

¹Programma "Viva gli Anziani! – Comunità di Sant'Egidio

²Dipartimento di Biomedicina e Prevenzione, Università degli Studi di Roma "Tor Vergata"

³Università LUMSA, Roma

Bibliografia

1. ISTAT. Rapporto annuale 2018 - La situazione del paese. disponibile all'indirizzo:

<https://www.istat.it/it/archivio/214230>

2. F Gilardi, P Scarcella, MG Proietti et al. Frailty as a predictor of mortality and hospital services use in older adults: a cluster analysis in a cohort study. *European journal of public health* 28 (5), 842-846

3. DEP-Lazio. Effetti sulla salute della temperatura e delle ondate di calore. Disponibile all'indirizzo <file:///D:/Users/Giovani/Downloads/>

[Piano_Operativo_Regionale_caldo_e_salute_Regione_Lazio_2008.pdf](#)

4. Liotta G, Marazzi MC, Orlando S, Palombi L (2020) Is social connectedness a risk factor for the spreading of COVID-19 among older adults? The Italian paradox. *PLoS ONE* 15(5): e0233329. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0233329>

5. Liotta, G.; Inzerilli, M.C.; Palombi, L.; Madaro, O.; Orlando, S.; Scarcella, P.; Betti, D.; Marazzi M.C. Social Interventions to Prevent Heat-Related Mortality in the Older Adult in Rome, Italy: A Quasi-Experimental Study. *Int. J. Environ. Res. Public Health* 2018, 15, E715.

6. G Liotta, MC Inzerilli, L Palombi, A Bianchini, L Di Gennaro, O Madaro, et al Impact of social care on Hospital Admissions in a sample of community-dwelling older adults: Results of a quasi-experimental study. *Ann. Ig* 30, 378-386

7. MC Marazzi, MC Inzerilli, O Madaro, L Palombi, P Scarcella, Orlando S, Maurici M, Liotta G. Impact of the Community-Based Active Monitoring Program on the Long Term Care Services Use and In-Patient Admissions of the Over-74 Population. *Advances in Aging Research* 2015, 4, 187-194

8. Palombi L, Liotta G, Emberti Gialloreti L, Marazzi MC. Does the COVID-19 pandemic call for a new model of elderly care? *Frontiers*, in corso di pubblicazione.

MARIO GIRO

Contro la cultura dello scarto e la strage degli anziani

Publicato su Il manifesto il 22 maggio 2020

L'appello internazionale "Senza anziani non c'è futuro" uscito in questi giorni in tutta Europa, richiama le morti degli anziani e una sanità per tutti. Le polemiche su lockdown, immunità di gregge e Fasel, si sono risolte in una strage mai vista di anziani in istituto in tutto il continente. In Italia la magistratura è al lavoro sullo scandaloso "metodo" di mescolare anziani malati e sani negli istituti e nelle Rsa.

Voluto da Andrea Riccardi, l'appello è stato firmato da personalità tra cui Prodi, Jeffrey Sachs, Manuel Castells, Aleksandra Dulkiewicz (sindaca di Danzica), Felipe Gonzalez, Pöttering, Irina Bokova, Card. Zuppi, Adam Michnik, Wiewiorka, De Rita, Habermas, Navi Pillay ecc.

Alla base della strage degli anziani nelle Rsa c'è un'aberrazione culturale:

l'utilitarismo applicato alla sanità. Una sanità privatizzata o gestita con logiche privatistiche si basa sull'utile non sulla cura. I posti di terapia intensiva sono cari e per essere remunerativi devono essere occupati al massimo. Per questo meglio non avere nessuna riserva strategica precauzionale: sarebbe uno «spreco» secondo il mantra neoliberista. Oggi vediamo quanto, di fronte ad un'emergenza sanitaria, tale sistema non sia né efficace né efficiente. Il sistema pubblico crolla e le autorità preferiscono affidarsi a una forma di selezione: se il cittadino è anziano (o è ammalato di altre patologie) curarlo anche per il Covid non conviene.

La società non può permettersi troppi anziani, costosi e improduttivi. Il sistema privatistico seleziona dividendo in sanità di serie A e di serie B (o peggio). È la cultura dello «scarto». In nome del risparmio (falso: c'è solo guadagno per i privati) e dell'efficienza (falso: lo vediamo ora col crollo del «modello Lombardia») si è distrutta la sanità territoriale ed è venuto progressivamente meno l'accesso alle cure per tutti. Si dirà che costa: è vero ma l'alternativa è contro la Costituzione e la civiltà del diritto occidentale. Siamo pronti a tale cultura di morte che può decidere di fare a meno dei propri anziani o delle vite più fragili, spingendoli addirittura a rinunciarvi da sé stessi? Il principio di salvare la vita sempre è costoso.

In Gran Bretagna un sistema a punti induce il servizio sanitario a non ammettere in ospedale pazienti di Covid con più di 60 anni o con altre patologie. In Spagna il governo ha addirittura dovuto mandare l'esercito nelle case di riposo a contare i morti. In Francia si è autorizzato fuori dagli ospedali (leggi: nelle Rsa) l'uso di farmaci speciali che accompagnano la morte. Dovunque in Europa si falsificano le cifre dei deceduti. Si è generalizzato un costume secondo il quale i malati e gli anziani stessi chiedono di non essere messi in terapia intensiva (e dunque lasciati morire), spinti da una mentalità efficientista che li fa sentire in colpa rispetto al loro «costo» sulla comunità.

In altre parole: non esiste più una sanità per tutti, come diritto. Al suo posto c'è una sanità che, se non salva lo straniero si prepara a non salvare nemmeno il proprio

concittadino. Malgrado l'eccellenza della ricerca medica e la qualità del suo personale, l'Europa sembra sul punto di rinunciare alla democrazia sanitaria. Passata l'emergenza, in Italia si aprirà il dibattito sulla sanità. Si dovrà discutere anche di questo. Speriamo che gli italiani nella loro maggioranza appoggino risolutamente il sistema pubblico, quello per cui ci devono essere molti posti, molti medici e infermieri, molta territorialità e tutte le riserve atte a parare ogni colpo. Insomma che prevalga la logica della vita. Per tutti senza esclusioni.

GIUSEPPE LIOTTA, LEONARDO PALOMBI, MARIA CRISTINA MARAZZI

Ora basta Rsa, si punti decisamente sull'assistenza domiciliare

Publicato su Quotidiano Sanità il 30 aprile 2020



Invece che investire sui servizi di sostegno alla domiciliarità ci troviamo ancora una volta di fronte a programmi che puntano ulteriormente ad incrementare il numero dei posti in RSA. La crisi Covid offre una chance di trasformazione per far maturare una svolta e dare finalmente sbocco ad una ricca riflessione sulla domiciliarità come luogo della cura e della protezione che matura da anni.

La pandemia da COVID-19 ha messo in moto un'approfondita riflessione sul modello di cure extraospedaliere offerto soprattutto a soggetti anziani, per lo più con compromissioni più o meno gravi dell'autosufficienza. Il modello, come è noto, è articolato su un mix di assistenza domiciliare ed assistenza residenziale (Residenze Sanitarie Assistenziali e Case di Riposo) che varia da regione a regione, con una costante rappresentata dall'impressione di non riuscire a rispondere a tutte le persone che avrebbero bisogno di assistenza.

D'altra parte la diffusione del fenomeno delle "badanti" (che aiutano al loro domicilio un numero di anziani quasi quattro volte superiore a quello assistito nelle RSA) risponde sia ad una domanda di cura altrimenti inevasa che al diffuso desiderio, da tenere in attenta considerazione, di rimanere a casa propria anche quando si è non autosufficienti, conservando così un margine di gestione della propria vita che nelle istituzioni inevitabilmente si assottiglia con conseguenze spesso spiacevoli per la qualità della vita.

La gestione del modello è affidata un ulteriore mix di pubblico e privato, anch'esso molto differente da regione a regione, che rende tutto il panorama dell'assistenza socio-sanitaria extra-ospedaliera estremamente frammentata, ed aumenta le difficoltà di una gestione comune di un fenomeno quale un'epidemia, che richiede risposte pronte ed omogenee sul territorio.

Il dibattito di questi giorni nasce dal fatto che tali strutture, pensate per offrire una vita protetta a persone fragili, si sono rivelate contesti che hanno favorito la diffusione dell'epidemia tra le persone da proteggere come pure tra il personale dedicato alla loro all'assistenza. Le motivazioni per cui questo è successo sono ormai note: mancanza di protocolli atti a fronteggiare la diffusione di un virus quale il SARS-CoV-2 associata alla mancanza di Dispositivi di Protezione Personale.

Inoltre è molto difficile garantire il distanziamento fisico in luoghi dove vi sono tante persone che hanno bisogno di assistenza personale ripetutamente durante la giornata. Si aggiunga a questo la rotazione del personale (inevitabile se non con un aggravio di costi per le strutture) che agisce come potente fattore di rischio per la diffusione di un'epidemia. Infine luoghi pensati nella maggior parte dei casi per avere almeno due persone per stanza difficilmente possono rapidamente riconvertirsi in strutture che garantiscano un'efficace isolamento in caso di necessità.

L'inadeguatezza "strutturale" delle RSA a gestire pazienti altamente infettivi è stata accompagnata da provvedimenti che si sono rivelati altrettanto inadeguati. Ad esempio, la tempestiva chiusura agli esterni di queste strutture (avvenuta in molti casi già alla fine di febbraio) non ha avuto alcun effetto positivo, anzi ha aumentato la sofferenza di molti anziani (si pensi a quelli con compromissione cognitiva) che da due mesi non vedono nessuno dei propri cari e, in molti casi, non è neanche facile spiegare loro perché. Si moltiplicano racconti drammatici di morti in solitudine, di ultimi saluti mediati da un tablet, di attese che si trasformano in meste comunicazioni. Un fenomeno nazionale (ed internazionale) espressivo di uno dei peggiori aspetti della globalizzazione che ci saremmo potuti aspettare[i].

In questo quadro gli interventi di questi giorni tesi a proporre un ripensamento del sistema delle cure extraospedaliere centrato sul coniugare domiciliarità ed intensità di cura flessibili appare una più che opportuna boccata di ossigeno che permette di intravedere un futuro migliore. Crediamo che per ottenere il risultato di scendere rapidamente su un piano concreto sia necessario identificare i più rilevanti elementi di contesto

Il primo è che in Italia una famiglia su tre è costituita da una persona sola[ii] e più del 50% degli ultraottantenni a Roma ed a Milano vive solo. Si tratta di una popolazione che esprime già oggi una domanda di assistenza mentre si trova in una condizione di rarefazione delle relazioni sociali. La carenza di risorse sociali, dal vivere soli fino all'isolamento sociale vero e proprio, sono un fattore di rischio sia per la mortalità sia per l'uso dei servizi ospedalieri, dal ricovero all'accesso al Pronto Soccorso.

Un intervento in grado di sostenere le famiglie ed i singoli nel desiderio di rimanere a casa deve porsi come obiettivo il mantenimento e la generazione di reti sociali che rinforzino le appartenenze e l'attenzione agli isolati. I network di questo tipo hanno un fortissimo significato nell'ostacolare il dilagante fenomeno della trasformazione di una domanda sociale in sanitaria, con tutte le conseguenze del caso. Si pensi ad esempio

al crescente problema dei frequent users[iii] presso i Dipartimenti di Emergenza degli ospedali, rappresentati spesso da anziani poveri privi di qualunque sostegno a livello territoriale, senza famiglia, con redditi inadeguati.

La risibile quota di ore in assistenza domiciliare in Italia – poco più di 20 ore anno per utente - esemplifica meglio di ogni discorso la scarsa presenza sul territorio e l'ancor più esiguo impegno sociale e sanitario per i soggetti fragili.

Il secondo elemento è la separazione tra sociale e sanitario che ancora caratterizza il nostro sistema dell'assistenza. Ne è testimonianza l'abitudine ad affrontare i problemi di assistenza socio-sanitaria partendo dalle patologie: l'assistenza per le persone affette da demenza senile; l'assistenza per le persone colpite da stroke e potremmo continuare.

Se è vero che esiste una specificità della clinica per ogni patologia, ed è bene che sia così, non è altrettanto vero che questa specificità si riverberi immediatamente in una particolarità assistenziale, soprattutto quando si tratta di persone anziane nella stragrande maggioranza dei casi affette da complesse multimorbidità. La domanda assistenziale si genera nel complesso interagire di condizioni psico-fisiche con la disponibilità o meno di risorse sociali ed economiche che possono permettere di fare fronte alle necessità assistenziali.

La possibilità di rimanere al proprio domicilio è sempre il frutto di un equilibrio individuale tra deficit psico-fisici e risorse socio-economiche; tale possibilità si è rivelata ancora una volta durante l'epidemia attuale un potente fattore di protezione se si considera che, a detta dell'ISS, nel mese di aprile il 44% dei contagi si è verificato nelle RSA e solo il 24% in ambito familiare[iv].

Il drammatico aumento del rischio è evidenziato dal fatto che solo il 3% circa degli ultrasessantacinquenni italiani è ospite di tali strutture ma ha generato quasi la metà di tutti i casi di malattia. Per sostenere la domiciliarità è necessaria una fortissima integrazione tra sociale e sanitario a livello territoriale che individui nelle varie forme dell'abitare e della aggregazione (incluso il co-housing, i condomini protetti, le case famiglia, i centri diurni) il luogo, fisico ed umano allo stesso tempo, all'interno del quale fornire servizi con l'intensità necessaria alle condizioni individuali, come peraltro già spiegato con chiarezza almeno da due interventi proprio su questa rivista[v],[vi].

Per superare la separazione tra sociale e sanitario è necessario partire dal basso, dalle esperienze che hanno dimostrato di funzionare.

La letteratura internazionale indica 4 elementi che le compongono:

- l'infermiere di comunità,
- un robusto servizio sociale che provveda a garantire lo svolgimento delle attività della vita quotidiana,
- un servizio di telemedicina in grado di limitare l'accesso ai servizi ospedalieri senza compromettere la qualità delle cure,
- un sostegno informatico in grado di facilitare i processi di integrazione tra diversi servizi ed il dialogo tra i diversi attori come pure con gli utenti stessi.

L'atteggiamento dei servizi deve essere un atteggiamento pro-attivo per andare a cercare le persone e valutare il loro grado di fragilità e proporre attività di prevenzione. Esistono diversi esempi di questa tipologia di servizi tra i quali quelli messi a punto dal progetto europeo CONSENSO in Piemonte (infermiere di Comunità in ambiente rurale) [vii], il programma 'Viva gli Anziani!' condotto dal 2004 dalla Comunità di Sant'Egidio in

diverse città italiane che coniuga la lotta all'isolamento sociale con i servizi di telemedicina e l'infermieristica di comunità[viii], i programmi di infermieristica di comunità condotti dalle ASL di Rieti (in ambiente cittadino e rurale), Trieste[ix] e Bologna[x] (in ambiente cittadino), caratterizzati da una forte integrazione con i servizi sociali.

Probabilmente ne esistono altri, ma va sottolineato che in alcuni casi si è già avuta evidenza dell'impatto positivo di questi interventi sulla mortalità e sui tassi di ospedalizzazione e di accesso al pronto soccorso. Un ruolo non secondario lo giocano i caregiver informali, siano essi familiari o altro, che anche in questi giorni stanno mostrando su quale patrimonio di disponibilità al sostegno vicendevole può contare la nostra società in un momento di grande necessità.

Tale patrimonio esiste anche al di fuori di questi momenti: si tratta di creare le condizioni perché possa dispiegare la sua azione anche accompagnandola con adeguata formazione o semplicemente essendo i servizi formali aperti alla collaborazione. Si tratta di investire sui servizi di sostegno alla domiciliarità mentre in realtà ci troviamo ancora una volta di fronte a programmi che puntano ulteriormente ad incrementare il numero dei posti in RSA[xi].

L'inadeguatezza di questa soluzione, anche sul piano economico, in termini di costi per le Regioni, gli utenti ed i Comuni, è sotto gli occhi di tutti e pensare di rispondere con le residenze alla vertiginosa crescita delle cronicità (si pensi solo all'incremento del burden of disease dell'Alzheimer, cresciuto del 79% negli ultimi 20 anni) significa costruire un futuro insostenibile per la nostra sanità.

Viviamo, in questa crisi, una chance di trasformazione, per far maturare una svolta e dare finalmente sbocco ad una ricca riflessione sulla domiciliarità come luogo della cura e della protezione che matura da anni. C'è bisogno di decidere un orientamento e perseguirlo per il bene dei più anziani e di tutti noi che anziani speriamo di diventare.

Giuseppe Liotta¹, Leonardo Palombi², Maria Cristina Marazzi³

¹ Comunità di Sant'Egidio - Programma "Viva gli Anziani!"

² Università degli Studi di Roma "Tor Vergata" – Dipartimento di Biomedicina e Prevenzione

³ Università LUMSA, Roma

Note

[i]Comas-Herrera A, Zalakain J, Litwin C, Hsu AT and Fernandez-Plotka J-L (2020) Mortality associated with COVID-19 outbreaks in care homes: early international evidence, 17 April 2020. Article in LTCcovid.org, International Long-Term Care Policy Network, CPEC-LSE.

[iii] Legramante JM, Morciano L, Lucaroni F, et al. Frequent Use of Emergency Departments by the Elderly Population When Continuing Care Is Not Well Established. PLoS One. 2016;11(12):e0165939. Published 2016 Dec 14. doi:10.1371/journal.pone.0165939

[viii]Liotta, G.; Inzerilli, M.C.; Palombi, L.; Madaro, O.; Orlando, S.; Scarcella, P.; Betti, D.; Marazzi, M.C. Social Interventions to Prevent Heat-Related Mortality in the Older Adult in Rome, Italy:

A Quasi-Experimental Study. Int. J. Environ. Res. Public Health 2018, 15, E715.

[ix]Redazione. Infermieri news. L'infermiere di comunità, dal Friuli un modello di assistenza per il resto d'Italia. disponibile all'indirizzo: <http://www.infermierinews.it/>

2019/07/15/linfermiere-di-comunita-dal-friuli-un-modello-di-assistenza-per-il-resto-ditalia/

[x]OPI Bologna. Piacere, Sonia – Ecco l'équipe di promotori della salute per gli abitanti di Piazza dei Colori a Bologna disponibile all'indirizzo: <https://www.ordineinfermieribologna.it/2019/piacere-sonia-ecco-lequipe-di-promotori-della-salute-per-gli-abitanti-di-piazza-dei-colori-a-bologna.html>dal 28.04.2020

ANDREA RICCARDI

Non dimentichiamo più chi è avanti negli anni

Pubblicato su Famiglia Cristiana il 26 aprile 2020



La società ha dimostrato di ignorare gli anziani. Dobbiamo cambiare mentalità e politiche

Queste settimane segnate dal coronavirus sono un'esperienza particolare per la nostra generazione. Impareremo qualcosa per il domani? C'è il rischio di continuare come in passato. Così le nostre società andranno incontro a pericoli seri, perché si sono rivelate fragili per tanti aspetti, non preveggenti, basate sulla priorità dell'interesse economico. Bisogna ricostruire una società a dimensione umana. Non si può tornare alla vita di prima passivamente. C'è bisogno di cambiamenti. Vorrei sollevare una questione.

Sono rimasto colpito dalla strage degli anziani negli istituti durante la pandemia. Il nostro giornale, la settimana scorsa, ne ha parlato come di "grande strage silenziosa". È avvenuto un groviglio di errori e di irresponsabilità. La magistratura sta indagando e la sua attenzione si allargherà a istituti per anziani, talvolta irregolari, dove sono avvenute vicende drammatiche.

La realtà è che gli anziani in istituto muoiono di più di quelli a casa. Secondo un gruppo di ricerca della London School of Economics, è un fenomeno europeo. In Italia, i deceduti ricoverati nelle case di riposo per coronavirus sono il 53% dei morti totali; in Spagna il 57%. Nella crisi della pandemia, gli anziani negli istituti hanno pagato un tributo davvero grave.

Questo rivela, con grande evidenza, l'inadeguatezza dell'istituto in sé: è una questione sanitaria, ma anche umana. Vogliamo continuare a negare questa evidenza? Queste

dolorose vicende insegnano come l'istituzionalizzazione non possa essere la normalità per le persone non più autosufficienti, ma solo un'eccezione. Ce l'insegna anche la triste vita degli anziani istituzionalizzati, allontanati dal contesto umano in cui sono vissuti per la vita.

Anche laddove gli standard delle Rsa sono buoni, non è questo il giusto approdo finale per la vita di un uomo o di una donna. Bisogna aiutare l'anziano a restare a casa, creando attorno a lui una rete di solidarietà. C'è qui il problema delle difficoltà di tante famiglie, che si ritrovano sole e senza aiuto nel gestire i propri cari a casa. La nostra società non è "amichevole" verso gli anziani a casa o le famiglie con uno o più anziani: non li ha presenti, non li sostiene o li accompagna. In Italia va rafforzata l'assistenza domiciliare, molto meno costosa dei ricoveri, tra l'altro, e poi esiste la figura della "badante", in genere una donna che aiuta l'anziano o la persona in difficoltà a gestire la vita quotidiana.

È in questo spirito - aiutare gli anziani a casa e la famiglia - che ho proposto la regolarizzazione delle badanti, colf e baby-sitter che vivono irregolarmente in Italia. Bisogna aiutare l'anziano a vivere nel suo ambiente. Di fronte alle prime difficoltà, viene subito suggerita la via dell'istituto o della casa di riposo. E questo talvolta non sa difendere la sua permanenza a casa, non vuole essere di peso, non si sente sostenuto. Dalla crisi del coronavirus esco ancor più rafforzato in quella convinzione che don Oreste Benzi, fondatore della Comunità Papa Giovanni XXIII, esprimeva con fulminante chiarezza: «**Dio ha creato la famiglia, gli uomini gli istituti**».