

Monica Canalis

Aprire Strade

La non autosufficienza è la nuova frontiera della sanità

Deborah Severini · Monday, February 6th, 2023

La non autosufficienza è la nuova frontiera della sanità

Monica Canalis

6.2.2023

In un paese sempre più anziano come l'Italia, in cui la Regione Piemonte è seconda forse solo alla Liguria per numero di anziani sul totale della popolazione, le politiche per gli anziani sono un settore strategico per garantire la sostenibilità della sanità e del welfare, essendo gli anziani i principali fruitori di questi servizi.

Tuttavia, oggi buona parte delle cure alle persone non autosufficienti è delegata ai pazienti e ai loro cari. La sanità dovrebbe essere vicina a queste solitudini, rendendo le politiche per la non autosufficienza un diritto di cittadinanza, che riguarda non solo gli anziani ma anche i disabili non autosufficienti.

L'insufficienza di interventi pubblici di sostegno alle persone non autosufficienti sta producendo effetti drammatici sulla popolazione italiana, e nello specifico piemontese: dall'impoverimento dei nuclei familiari che devono farsi carico dell'assistenza familiare a domicilio o dei posti letto nelle RSA, alle gravi problematiche che colpiscono le dinamiche familiari quando l'impegno di assistenza diventa insostenibile, con la rinuncia alla dimensione lavorativa per chi non può fare a meno di dare assistenza ma non può usufruire dei congedi retribuiti, fino ai gravissimi rischi di solitudine e abbandono per i malati che non dispongono di solide relazioni sociali e di reti familiari. La convinzione diffusa che l'assistenza alle persone non autosufficienti sia esclusivamente a carico dei nuclei famigliari, in ragione dell'assenza o debolezza dei servizi pubblici di supporto, costituisce un serio problema culturale, che alimenta nelle famiglie un lacerante senso di abbandono. Il rischio più grande è quello di un vero e proprio fenomeno di "eutanasia da abbandono": pazienti cronici anziani che non ricevono più le cure necessarie.

Oggi esiste l'urgenza di aggiornare i modelli di cura, di evitare la cristallizzazione di procedure non più adeguate ai bisogni e di smettere di considerare il malato come un "cliente" o come un "oggetto di cure", ma come una persona a cui va sempre riconosciuta dignità, anche quando non c'è speranza di guarigione. Si deve infatti curare con amore anche chi non è guaribile. Per questo le cure domiciliari e residenziali rivolte alle persone non autosufficienti, croniche, psichiatriche e con malattie neurodegenerative rappresentano la nuova frontiera non solo del sociale, ma soprattutto della sanità italiana.

Se da un lato l'offerta di posti letto residenziali deve essere in una misura congrua alla richiesta e ai bisogni della popolazione, soprattutto per determinate patologie e per le situazioni abitative e familiari inadeguate, dall'altro è necessario prestare altrettanta attenzione alla garanzia di cure e assistenza presso il domicilio, considerando che le cure domiciliari garantiscono maggiore qualità di vita per gli utenti e per le loro famiglie, interventi più personalizzati, costi più bassi per la collettività, riduzione dei ricoveri ospedalieri inappropriati e degli intasamenti del pronto soccorso. Queste cure sono più appropriate, meno costose e più rispettose dei legami affettivi e comunitari, che sono parte dell'identità della persona e concorrono al suo benessere non solo relazionale, ma anche sanitario.

Purtroppo il Piemonte sconta l'assenza di una rete di servizi che mettano in contatto l'ospedale, il territorio e le residenzialità in modo fluido. La famiglia non può essere un succedaneo del SSN, eppure oggi il carico di cura delle persone non autosufficienti è in gran parte sulle spalle delle famiglie piemontesi.

In questa situazione il Sistema Sanitario Nazionale, la più grande conquista degli anni '70, rischia di sfiorire o di essere a poco a poco sgretolato.

Le criticità piemontesi

- **Le liste d'attesa** per un progetto residenziale o domiciliare. Al 31.10.2021 in Piemonte le persone con certificazione UVG di non autosufficienza in lista d'attesa per progetti domiciliari erano 11.121, mentre quelle in lista d'attesa per progetti residenziali erano 4.848.
- **L'erosione dei fondi regionali sociali per cure domiciliari.** Negli ultimi quattro anni abbiamo assistito ad una progressiva erosione della spesa sociale regionale per le cure domiciliari, solo in parte compensata da maggiori trasferimenti statali tramite il Fondo nazionale per la Non Autosufficienza. C'è stata infatti una riduzione di 10 milioni di euro sui progetti domiciliari nella città di Torino rispetto alla spesa storica di 55 milioni di euro.
- **L'aleatorietà e variabilità dei fondi sanitari per cure residenziali.** Nel corso degli ultimi anni la spesa sanitaria annuale per convenzioni in RSA è stata molto variabile e non soggetta a vincoli, mettendo a rischio la sostenibilità delle strutture. Non basta alzare le tariffe o finanziare periodi bimestrali di ricovero transitorio in Rsa dopo le dimissioni ospedaliere (cosiddette "dimissioni protette"). Se la spesa sanitaria non è elevata e stabile, i pochi fondi se ne vanno per finanziare l'innalzamento delle tariffe e il numero di posti letto finanziati dalla sanità resta basso.
- **La carenza di personale sanitario e sociosanitario.** I nuovi inserimenti in RSA e le nuove prestazioni domiciliari sono rallentati anche dalle carenze di organico, ormai introvabile. Questa carenza è stata aggravata dai concorsi pubblici banditi durante la pandemia, che hanno drenato personale dal settore privato.
- **Il mancato aggiornamento degli standards di cura.** Le Dgr 45/2012 e Dgr 85/2013 prevedono standards ormai superati e non adeguati all'attuale tipologia di beneficiari, rappresentati quasi completamente da persone non autosufficienti.
- **La difficoltà di coordinamento tra domanda e offerta di posti letto residenziali.**

Gli errori della Giunta Cirio

Nel corso degli ultimi quattro anni abbiamo più volte sottolineato le carenze della Giunta Cirio sul tema della non autosufficienza, con liste d'attesa di più di 15.000 persone finanziate in modo insufficiente dalla sanità, con conseguenti ricadute sulle ospedalizzazioni inappropriate.

Occorre con urgenza una revisione organica e strutturale del modello di cure per la post acuzie, che coinvolga tutta la sanità territoriale, dalle RSA alla domiciliarità agli ambulatori e case di comunità.

Invece la destra ha proposto misure ingannevoli e tampone: dalle dimissioni protette in RSA per soli 60 giorni, al bonus Scelta sociale con scadenza 2024, ai ristori gonfiati per i consumi elettrici delle strutture, all'aumento delle tariffe residenziali di cui i Comuni non riescono a farsi carico e che quindi porterà ad una riduzione del numero di utenti.

Vediamo nel dettaglio gli errori della Giunta a danno delle persone non autosufficienti:

- Questa Giunta ha dimenticato le Rsa durante la prima ondata della pandemia nel 2020
- Ha consentito che il tasso di occupazione dei posti letto nelle Rsa piemontesi fosse solo il 77% a giugno 2021 e l'81% al 13.12.2021
- Non ha ridotto le liste d'attesa per progetti domiciliari e residenziali per persone non autosufficienti
- Non ha incrementato la spesa sanitaria per la compartecipazione alle rette di ricovero in RSA
- Ha ridotto le prestazioni sociali domiciliari in lungo assistenza
- A marzo 2022 ha promosso e patrocinato, insieme al Direttore dell'Asl Cn1, una raccolta di fondi privati per salvare le Rsa cuneesi. Un'operazione assurda, visto che le Rsa non sono enti privati, ma concessionari di pubblico servizio, autorizzati ad operare proprio dalle Asl e con metà dei posti letto in convenzione, cioè finanziati dal Sistema Sanitario Regionale.
- A maggio 2022 ha siglato un Protocollo d'Intesa sulla gestione post emergenza delle Rsa con Confindustria Piemonte, Legacoop Piemonte, Confcooperative, AGCI Piemonte, ANSDIPP, AG e SPI e API Torino, eludendo la formalizzazione di un impegno della Giunta ad aumentare la spesa regionale sanitaria per gli inserimenti in Rsa, non coinvolgendo alcune delle sigle datoriali più rappresentative delle Rsa piemontesi (ad esempio UNEBA) ed omettendo che i datoriali non sono la figura giuridica che firma il contratto d'inserimento, per cui il Protocollo non ha carattere giuridicamente vincolante. Le 600 RSA piemontesi hanno singolarmente un contratto con la Regione.
- La Dgr sulle cosiddette dimissioni protette in RSA vale solo per 60 giorni di permanenza,
- i ristori per i consumi elettrici delle strutture residenziali sono stati inferiori alle promesse;
- l'aumento delle tariffe residenziali è tale che i Comuni non riescono a farsene carico portando ad una riduzione del numero di utenti;
- A gennaio 2023 ha lanciato la nuova misura Bonus "Scelta sociale", rivolta alle persone non autosufficienti, ultra sessantacinquenni o disabili, e finanziata con 90 milioni di euro di Fondo Sociale Europeo.

Il bonus "Scelta Sociale" della Regione Piemonte costituisce un sollievo immediato per le persone non autosufficienti e per le loro famiglie, ma è una grave distorsione sul medio periodo.

Ecco perché:

- si tratta di fondi europei sociali e non di fondi sanitari Lea. Siamo quindi di fronte ad un contributo una tantum e non ad un diritto esigibile;
- si tratta di fondi temporanei con scadenza 2024;
- chi non ha pronti 1) la certificazione Uvg, 2) l'Isce e 3) lo Spid, non può fare domanda. Oltretutto la Giunta Cirio non ha attivato una convenzione con la rete dei CAF che avrebbe potuto accompagnare le famiglie nelle complesse pratiche burocratiche;

- l'accesso a questa misura è incompatibile con altre misure (ad esempio la retta Rsa pagata dalla sanità). Si tratta di un contributo alternativo ad altri interventi di cui il cittadino fruisce;
- non sappiamo da cosa sono stati distolti questi 90 milioni di euro di Fondo Sociale Europeo.

Insomma, non ci pare la risposta corretta all'emergenza della non autosufficienza, di persone anziane o disabili. I fondi europei di carattere sociale dovrebbero essere aggiuntivi e non alternativi o sostitutivi dei fondi regionali, sia sanitari sia sociali. La Giunta Cirio, invece, ha tagliato negli ultimi tre anni ben 10 milioni di euro di fondi regionali sociali per cure domiciliari per persone non autosufficienti e sta riducendo la spesa sanitaria per Rsa. Un taglio su fondi regionali in vista di maggiori fondi europei è segno di un forte disimpegno e deresponsabilizzazione da parte della Regione. Invece di fare appello ai privati o di ricorrere ai fondi europei, il Presidente Cirio dovrebbe garantire i fondi sanitari per le convenzioni in Rsa e per le prestazioni domiciliari. E' questo il modo corretto per soccorrere le famiglie in difficoltà. Questa Giunta sta spostando la competenza delle Rsa verso l'ambito sociale, diminuendo la responsabilità in capo alla sanità. Da un lato riduce la spesa sanitaria per i posti letto convenzionati in Rsa e dall'altro mira a utilizzare i fondi europei del FSE per un Bonus che vada a coprire la retta, a cui non sempre le famiglie riescono a far fronte. Oggi le ASL piemontesi non spendono tutto quello che hanno per le convenzioni nelle RSA e usano il fondo convenzioni un po' come un salvadanaio per far fronte alle spese impreviste, lasciando in lista d'attesa per un progetto residenziale quasi 5.000 anziani non autosufficienti e lasciando vuoti molti posti letto accreditati in Rsa. Una cinica forma di risparmio, consumato sulla sofferenza delle persone non autosufficienti e delle loro famiglie. Non possiamo distogliere l'FSE da altre importanti destinazioni di spesa, solo per coprire la cattiva gestione dei fondi sanitari da parte delle ASL piemontesi! Prima dobbiamo alzare la spesa sanitaria per le Rsa e poi valutare il ricorso al Fondo Sociale Europeo. L'Assessore Icardi riconosca finalmente che le Rsa sono una competenza della sanità, oltre che del sociale, e non cerchi surrettiziamente e con la collaborazione dell'assessore Marrone di deresponsabilizzare la sanità!

Gli interventi necessari

È necessario evitare il collasso degli ospedali e potenziare la medicina di territorio, a monte degli ospedali (per non arrivare al ricovero ospedaliero se non nei casi gravi) e anche a valle (per riuscire a dimettere i pazienti dall'ospedale dopo la fase di acuzie).

- **La riforma delle RSA.** Le Residenze Sanitarie Assistite sono concessionarie di pubblico servizio ed erogano livelli essenziali di assistenza a titolarità sanitaria. Occorre favorire una maggiore integrazione sociosanitaria, dimensioni più contenute delle strutture, tariffazioni più eque, minore isolamento rispetto al territorio oltre a una maggiore presenza di personale sanitario. Inoltre è necessario aumentare e rendere obbligatoria la spesa sanitaria annuale regionale per convenzioni residenziali in RSA, innalzare la quota sanitaria delle rette in RSA, rivedere i criteri sociali di accesso ai posti letto in convenzione in RSA;
- **Il nodo dei Medici di Medicina Generale.** Occorre: aumentare il numero di Medici di Medicina Generale, prevedere una loro maggiore presenza nelle future Case di Comunità, migliorare il loro coordinamento con i SISP delle ASL, potenziare il rapporto ospedale e territorio, attraverso una maggiore strategia integrativa di collaborazione tra Medici di Medicina Generale, 118, specialisti territoriali ed ospedalieri.
- **La centralità della domiciliarità.** Al 31/12/2020 in Piemonte le persone non autosufficienti (gravi e gravissime) beneficiarie di prestazioni sociali domiciliari in lungo assistenza, finanziate dal Fondo Nazionale per la non autosufficienza, erano 21.548. Il Fondo Nazionale per la Non Autosufficienza è un fondo sociale erogato sulla base dell'ISEE. Occorre promuovere a livello

nazionale un potenziamento delle cure domiciliari per lasciare alle famiglie la libera scelta tra residenzialità e domiciliarità, finanziando con fondi sanitari anche le prestazioni domiciliari di assistenza tutelare professionale della persona (esempio cura ed igiene della persona), e non solo quelle residenziali.

- **La telemedicina.** Una risposta necessaria soprattutto nei territori più periferici ed isolati. Occorre rafforzare la telemedicina, la diagnostica domiciliare e gli infermieri di comunità. Organizzare il territorio con infermiere e professionista sanitario “di quartiere” o di valle (fisioterapista, dietista, tecnico di radiologia con strumenti trasportabili, ecc), con il medico di medicina generale come case manager.
- **I consultori familiari.** In Piemonte sono molto deboli nell’assistere le donne in menopausa e nella prevenzione oncologica.

Ospedale e medicina territoriale vanno integrati, sanità e sociale devono viaggiare insieme, cure residenziali e domiciliari sono due facce della stessa medaglia.

Se mancano le cure a domicilio, aumentano i ricoveri in ospedale, questo è un assioma che dovremo avere bene in mente.

Puntiamo su una riforma complessiva del modello di cura per le persone croniche non autosufficienti, per individuare, insieme alle famiglie, formule nuove e più flessibili di cura ed assistenza, senza arretramenti della sanità e con una migliore integrazione socio sanitaria.

Apriamo ad un finanziamento sanitario anche delle cure domiciliari e non solo di quelle residenziali, per una vera libertà di scelta delle famiglie tra ricovero residenziale e assistenza domiciliare. Diciotto ore annuali di ADI (Assistenza Domiciliare Integrata) sono ben poca cosa: la sanità deve prendere globalmente in carico la persona non autosufficiente nel suo domicilio, così come fa già nelle strutture residenziali.

In una regione anziana come il Piemonte, la cura della non autosufficienza è davvero la nuova frontiera della sanità e può davvero essere il nucleo centrale del nostro programma per riconquistare la Regione nel 2024.

Monica Canalis

This entry was posted on Monday, February 6th, 2023 at 1:35 pm and is filed under
You can follow any responses to this entry through the [Comments \(RSS\)](#) feed. Both comments and pings are currently closed.