

ANZIANI CRONICI NON AUTOSUFFICIENTI E MALATI DI ALZHEIMER: CHE COSA È EMERSO NEL CONVEGNO DI TORINO

Presentazione

Il 22 ottobre 2010 ha avuto luogo a Torino, presso l'aula magna "Dogliotti Molinette incontra" (g.c.), il convegno "Anziani cronici non autosufficienti e malati di Alzheimer. Il modello Piemonte: situazione attuale e prospettive, con particolare riguardo al Fondo sulle non autosufficienze e all'attuazione dei Lea (Livelli essenziali di assistenza)".

L'iniziativa è stata organizzata dalla Fondazione promozione sociale onlus in collaborazione con la rivista *Prospettive assistenziali* ed ha ottenuto il patrocinio della Regione Piemonte e dell'Ordine dei medici della Provincia di Torino.

Base del confronto è stata la normativa della Regione Piemonte, proposta dagli organizzatori perché, a differenza di quasi tutte le disposizioni delle altre Regioni, garantisce agli utenti il rispetto dei Livelli essenziali di assistenza socio-sanitaria stabiliti dal decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri del 29 novembre 2001, le cui norme sono cogenti in base all'articolo 54 della legge 289/2002.

Il modello Piemonte prevede infatti che il Servizio sanitario regionale assicuri ai succitati soggetti le prestazioni sanitarie stabilite dalle leggi vigenti ed eroghi una quota sanitaria erogata in misura non inferiore al 50% della retta totale (e in alcuni casi la supera) (1), sia per le prestazioni socio-sanitarie (cure domiciliari, semiresidenziali e residenziali).

Per quanto riguarda le Rsa, Residenze sanitarie assistenziali, si registrano anche numerosi casi di Rsa gestite direttamente dalle Asl, con vantaggi indubbi per gli utenti ricoverati che possono beneficiare di migliori prestazioni, come verrà illustrato nel corso del convegno. Infine le delibere regionali che regolamentano l'attuazione dei Lea prevedono risorse per il settore socio-assistenziale tramite il Fondo sociale per la non autosufficienza istituito con la delibera della Giunta regionale n. 17/2005.

In sintesi gli oneri riguardanti le cure socio-sanitarie degli anziani cronici non autosufficienti e dei malati di Alzheimer sono ripartiti come segue:

- almeno il 50% del costo complessivo delle prestazioni è a carico del Servizio sanitario regionale per le cure domiciliari e la residenzialità e nella misura del 70% per i centri diurni dei dementi senili;
- il pagamento della retta alberghiera (mai superiore al 50% del costo complessivo) è a carico dell'utente nei limiti delle sue personali risorse economi-

(1) Per i centri diurni per dementi la quota sanitaria stabilita dalla Regione Piemonte è del 70%.

che, com'è previsto dall'art. 25 della legge 328/2000 e dai decreti legislativi 109/1998 e 130/2000. Quando l'utente non è in grado di versare l'intera retta alberghiera interviene, su richiesta, il Comune singolo o associato. Questo aspetto è stato normato con la Dgr 37/2007 (2), che tutela anche le situazioni monoreddito in caso di ricovero del coniuge titolare dell'unica fonte di reddito. Ai familiari (quasi sempre le mogli casalinghe), che vivono con la pensione del coniuge ricoverato, viene in primo luogo assicurato il mantenimento del livello di vita abituale in base alle norme del Codice civile che regolano gli aspetti economici derivanti dal matrimonio; le eventuali somme rimanenti vengono utilizzate per il pagamento della retta alberghiera. In tutti i casi viene richiesto ai familiari conviventi o non conviventi nel rispetto della normativa nazionale vigente. Il rispetto delle percentuali di spesa a carico della sanità garantisce la sostenibilità delle rette alberghiere sia per i cittadini, sia per gli Enti gestori dei servizi socio-assistenziali, laddove sono chiamati a integrare le rette non coperte dalle risorse degli interessati;

- l'utente non deve più sottoscrivere contratti di ospitalità con i gestori privati delle strutture di ricovero accreditate; le tariffe sono stabilite dalla Regione e le prestazioni, comprese quelle extra, devono essere indicate in forma scritta all'utente e, comunque, non sono obbligatorie (3).

Questa situazione è il risultato di un confronto serrato, avviato nel 2000, con un tavolo di lavoro sui Lea, a cui hanno partecipato Regione, Asl, Enti locali, Organizzazioni sindacali e, per la prima volta, anche le associazioni di volontariato che si erano battute contro l'attuazione dei Lea con una petizione popolare regionale (4), sottoscritta da oltre 45mila cittadini.

Le norme regionali – oggetto dell'analisi da parte dei relatori – sono state approvate nel periodo 2000-2005 (Giunta Ghigo, Centro-destra) e in quello 2005-2010 (Giunta Bresso, Centro-sinistra) e non riguardano pertanto l'attuale amministrazione (Giunta Cota, Lega-Partito della libertà).

(2) Cfr. "Delibera della Regione Piemonte per l'esenzione dei parenti dalla compartecipazione alle spese di ricovero degli anziani non autosufficienti", *Prospettive assistenziali*, n. 159, 2007.

(3) Cfr. Maria Grazia Breda, "Aboliti in Piemonte i contratti di ospitalità per il ricovero presso le Rsa e sostituiti da un regolamento regionale", *Ibidem*, n. 171, 2010.

(4) Cfr. "Petizione popolare indirizzata alla Regione Piemonte", *Ibidem*, n. 133, 2001.

Tuttavia, benché la normativa della Regione Piemonte sia sicuramente tra le più rispettose dei diritti degli anziani cronici non autosufficienti, le risorse stanziare sono del tutto inadeguate al fabbisogno.

Anche in Piemonte c'è una lunga lista d'attesa e mediamente trascorrono dai due ai tre anni prima di ottenere la prestazione richiesta a cui si ha diritto. In base ai dati regionali (settembre 2009) risultavano più di 8mila gli anziani cronici non autosufficienti in attesa di un posto letto convenzionato in Rsa e almeno 11mila le famiglie che avevano richiesto le cure domiciliari e i relativi contributi.

Va precisato che ottengono il rispetto del diritto alle cure sanitarie e socio-sanitarie tutti coloro che si oppongono alle dimissioni dei loro congiunti colpiti da patologie invalidanti e da non autosufficienza, che si avvalgono dell'attività di consulenza gratuita svolta dal Sindacato dei pensionati della Cgil di Torino e provincia, oltre che del Comitato per la difesa dei diritti degli assistiti della Fondazione promozione sociale.

Questo è stato dunque il quadro generale a cui si sono riferiti i relatori nei loro interventi. Oltre a illustrare i lati positivi delle norme regionali succitate, hanno infatti evidenziato anche i punti critici e suggerito, per quanto possibile in base alla loro esperienza, alcune proposte per superarle.

Chi ha partecipato

La partecipazione al convegno è stata altissima: oltre cinquecento persone tra medici, infermieri, personale di assistenza, amministratori di enti locali, rappresentanti di associazioni di tutela e del volontariato, della cooperazione sociale, del sindacato, cittadini con familiari anziani non autosufficienti. Numerosi sono stati i contributi nel corso del dibattito, che è stato assicurato sia al mattino che al pomeriggio. Purtroppo non sono intervenuti né il Presidente della Giunta, On. Roberto Cota, che ha però inviato una lettera (5), né Caterina Ferrero, Assessore all'assistenza e sanità della Regione Piemonte.

Il Difensore civico regionale, avv. Antonio Caputo, ha garantito il suo appoggio con una lettera che è stata letta ai partecipanti, con la quale ha confermato che *«il suo Ufficio regionale si mantiene a disposizione al fine di tutelare i cittadini che versino nell'infelice e grave condizione della non autosufficienza e affetti dal morbo di Alzheimer, sostenendo le*

(5) Il 13 settembre 2010 la segreteria ha inviato per conto della Presidenza la seguente lettera: *«Il Presidente Roberto Cota ringrazia per il gradito invito al convegno "Anziani cronici non autosufficienti e malati di Alzheimer". Pur desiderando molto prendere parte il più possibile a tali iniziative, precedenti inderogabili impegni istituzionali non gli permetteranno di essere presente».*

loro legittime rivendicazioni così come tutelate dalla vigente legislazione di riferimento ai fini dell'attuazione dei livelli essenziali di assistenza».

Maria Grazia Breda, presidente della Fondazione promozione sociale, che ha coordinato i lavori, ha ricordato che più volte il Difensore civico regionale è stato al fianco della Fondazione nella difesa nel diritto alle cure sanitarie e socio-sanitarie degli anziani cronici non autosufficienti, in particolare per contrastare la dimissione da ospedali e case di cura convenzionate di anziani non autosufficienti per i quali era impraticabile il rientro a domicilio e veniva richiesta, quindi, dai familiari la continuità terapeutica e assistenziale garantita dalle leggi vigenti.

Segnala inoltre che, dal 2002, la Fondazione, in collaborazione con altre associazioni di volontariato, ha promosso una campagna informativa con la diffusione dell'opuscolo informativo *"Tutti hanno diritto alle cure sanitarie, compresi gli anziani ammalati cronici non autosufficienti, i malati di Alzheimer, i malati psichiatrici, le persone handicappate con gravi patologie"* (6).

Si tratta di un'iniziativa avviata in attesa – e nella speranza – che sia assunta direttamente dalle istituzioni (Regione, Asl, enti locali). L'opuscolo, infatti, non fa altro che riportare le norme vigenti e informare il cittadino sui suoi doveri/diritti e su come esigerli quando le Asl e i Comuni non forniscono le prestazioni socio-sanitarie previste dai Lea, ovvero cure domiciliari, centri diurni per le persone affette da demenza senile, posti letto convenzionati nelle Rsa. Anche se, come è stato detto, la Regione Piemonte ha correttamente recepito la normativa sui Lea, permangono molte criticità, in primo luogo le lunghe liste d'attesa per ottenere le prestazioni socio-sanitarie a cui si ha diritto, proprio in base ai Lea, per le quali sono indispensabili stanziamenti di risorse adeguate.

Il contributo dei relatori è stato prezioso sia perché hanno illustrato buone prassi realizzate in Piemonte, sia perché hanno avanzato proposte e suggerimenti per superare le criticità, che ancora ostacolano il pieno soddisfacimento dei bisogni sanitari e socio-sanitari degli anziani cronici non autosufficienti, dei malati di Alzheimer e delle persone affette da altre forme di demenza senile.

(6) L'opuscolo è stato promosso da Alzheimer Piemonte; Auser; Avo, Associazione volontari ospedalieri; Cpd, Consulta per le persone in difficoltà; Csa, Comitato per la difesa dei diritti degli assistiti; Diapsi, Difesa ammalati psichici; Gvv, Gruppi di volontariato vincenziano; Sea Italia, Servizio emergenza anziani; Società S. Vincenzo de Paoli; Utim, Unione tutela insufficienti mentali. L'opuscolo è distribuito gratuitamente grazie ai Centri di servizio del volontariato Idea Solidale e Vssp di Torino, che hanno sostenuto gli oneri di stampa. È scaricabile dal sito della Fondazione promozione sociale www.fondazionepromozionesociale.it oppure può essere richiesto telefonando al n. 011-812.44.69.

L'ospedale deve modificarsi, perché i bisogni dei malati sono cambiati

Ha aperto i lavori Giuseppe Galanzino, Direttore generale dell'Azienda ospedaliero-universitaria San Giovanni Battista della Città di Torino, denominata "Molinette", sede del convegno. Il suo non è stato un saluto formale ma, come ha tenuto a precisare, il tema della continuità terapeutica e assistenziale degli anziani affetti da patologie croniche invalidanti e non autosufficienza è da tempo il problema principale con cui si devono misurare tutti gli ospedali, compresi quelli ad alta specializzazione com'è il caso dell'ospedale "Molinette" di Torino.

I pazienti sono sempre più grandi anziani; al pronto soccorso l'età media supera gli 80 anni; sono malati cronici con infermità acute, che richiedono assistenza sanitaria complessa. Il primo scoglio lo si trova quando, superata la fase acuta, sorge il problema di come assicurare le cure intermedie e la continuità terapeutica assistenziale di cui questi pazienti hanno bisogno e, nel contempo, ridurre i costi del ricovero ospedaliero. C'è inoltre la necessità di superare l'intasamento del pronto soccorso, sempre più spesso occupato da anziani malati cronici non autosufficienti non dimissibili.

L'ospedale Molinette – ricorda Galanzino – ha attivato dal 1984 anche una importante e positiva esperienza: l'ospedalizzazione a domicilio, di cui verrà relazionato più avanti. È un servizio in grado di rispondere in modo appropriato, anche in termini di riduzione della spesa sanitaria, ai bisogni sanitari di questi anziani che, ricorda ancora una volta, sono malati cronici con frequenti eventi acuti. Certamente, questo servizio pur importante, da solo non è sufficiente.

Anche per queste ragioni, conclude Galanzino, l'ospedale Molinette, d'intesa con la Regione Piemonte e il Comune di Torino, ha cercato una risposta nell'ambito delle strutture extra ospedaliere della Città. Entro la fine dell'anno (2010), saranno disponibili 120 posti letto per la dimissione protetta, in modo da poter garantire cure intermedie adeguate a soddisfare i bisogni di questi pazienti, ma meno onerose per il Servizio sanitario regionale.

Principi per la formazione del personale medico e infermieristico

Giancarlo Isaia, Ordinario di geriatria dell'Azienda ospedaliero-universitaria San Giovanni Battista della Città di Torino, conferma che la medicina moderna, in particolare la geriatria, è chiamata sempre più non solo a curare le persone colpite da malattie acute, ma anche e soprattutto per fornire le necessarie prestazioni ad anziani affetti da patologie invalidanti e da non autosufficienza, sovente

associate alla malattia di Alzheimer o ad altre forme di demenza senile.

«La gestione dei pazienti non autosufficienti», secondo Isaia, «presuppone anzitutto una stretta integrazione fra i medici, gli infermieri, le assistenti sociali, i familiari e più in generale di tutti coloro che sono chiamati a risolvere i loro problemi. Le patologie oggetto del convegno presentano come comune caratteristica quella di svilupparsi nell'ambito di una lunga cronicità, nel corso della quale sono possibili ed anche frequenti episodi di acuzie, essenzialmente per l'intrinseca fragilità di questi pazienti. L'atteggiamento del medico e del geriatra, in particolare nei confronti di questi pazienti fragili, deve pertanto essere improntato anzitutto ad un'adeguata conoscenza dei meccanismi fisiopatologici, delle indagini diagnostiche da richiedere nelle patologie croniche, degli effetti (positivi o negativi) dei farmaci, delle interrelazioni fra varie comorbidità spesso presenti, delle potenziali opzioni riabilitative specifiche».

«Occorre inoltre», sottolinea Isaia, «che i medici abbiano ben presente alcune necessità:

- considerare il paziente come principale attore del sistema;
- rispettare sostanzialmente la sua persona intesa non solo come complesso di organi ed apparati, ma anche di spirito, pensiero, sentimenti, ansie ed aspirazioni;
- assumere un atteggiamento il più possibile olistico;
- scegliere per il paziente il "setting" assistenziale più adeguato».

Per il Prof. Isaia è questo il punto cruciale del problema. Egli ritiene che «il ricovero in ospedale per questi pazienti non può essere l'unica opzione, sia per i costi sociali enormi, ma soprattutto per i riflessi sul piano sanitario. È noto infatti che il paziente anziano ricoverato in ospedale presenta maggiori rischi di ulteriori morbidità, spesso si scompensa dal punto di vista neurologico e psichico e non di rado riduce ulteriormente le sue già scarse capacità di ripresa».

Assumere un atteggiamento olistico significa quindi, a suo parere, scegliere i percorsi di cura adeguati ai bisogni dei pazienti, considerando tutti gli aspetti che ruotano intorno al malato (esigenze di cura, grado di autosufficienza, rete familiare) e non soltanto l'esigenza del reparto «di far posto ad un altro malato». Tuttavia capita, sempre più spesso, che il paziente resti in ospedale, perché non ci sono alternative idonee di continuità terapeutica a casa o in una Rsa.

Per questo la geriatria si è organizzata, precisa Isaia, grazie innanzitutto all'impulso del Professor Fabrizio Fabris, per cercare di costruire le alternati-

ve al ricovero in ospedale: il già ricordato servizio di ospedalizzazione a domicilio, la telemedicina, la creazione – nelle Rsa – di strutture per le dimissioni protette.

Anche Valerio Di Monte, Professore di Scienze infermieristiche dell'Università di Torino, conferma che la formazione deve tenere conto che, negli ultimi anni, i malati sono diventati molto complessi a causa dell'aumento della cronicità e delle invalidità.

All'infermiere oggi non viene richiesto solo una buona tecnica, ma anche competenze relazionali e sono aumentate considerevolmente le sue responsabilità. La gestione di un malato demente o, comunque, con più patologie invalidanti, richiede una formazione specialistica in geriatria: questi malati non possono essere affrontati solo con una preparazione base generica. Purtroppo in questo momento le istituzioni, che organizzano le cure per i malati cronici non autosufficienti, non hanno ancora compreso che si tratta di malati con esigenze complesse, per i quali sarebbero necessarie competenze specifiche e, quindi, non c'è ancora il riconoscimento di una specializzazione in geriatria dell'infermiere professionale.

Le carenze su questo aspetto sono in parte superate con l'incentivazione delle ore di tirocinio pratico presso l'abitazione degli anziani, dove si tiene in attenta considerazione l'ascolto dei bisogni della persona e del familiare che lo ha in carico e ci si impegna per promuovere il mantenimento dei livelli di autonomia anche minimi, per favorire la permanenza al domicilio.

Tuttavia sono ancora numerosi gli ostacoli per la diffusione di queste competenze, anche perché fino a quando non saranno ufficialmente riconosciute, continueranno ad essere poco frequentati i corsi specialistici avviati dall'Università. È indispensabile far comprendere a chi ha responsabilità nelle decisioni che i malati sono complessi e, quindi, più alte devono essere le competenze del personale che li cura e li assiste.

Aspetti etici inderogabili nella cura dei malati in guarigione

Nel filone della cura olistica e dell'umanizzazione delle cure si pone il principio in base al quale *«i malati in guarigione sono sempre curabili e non si può addurre il pretesto della scarsità di risorse per negare un diritto riconosciuto dalla legge»*. Questo principio, per don Brunetti, Responsabile regionale della Conferenza episcopale piemontese e Direttore dell'Ufficio per la pastorale della salute della Diocesi di Torino, è la condizione etica imprescindibile a cui ci si deve riferire nella cura dei malati cronici non autosufficienti. Se il guarire, osserva don Brunetti, chiama in causa l'aspetto puramente sanitario, il

curare assume una valenza più ampia che comprende: i medici, la famiglia, la comunità, il volontariato. Diventa "prendersi cura" e coinvolge tutta la società e le istituzioni.

Secondo don Brunetti è innegabile che il prolungamento della vita umana ci spinga a dover pensare sempre più a una continuità delle cure. Ovviamente *«in primo luogo ci si deve adoperare per il guarire, quando questo è possibile, nella fase acuta della malattia; ma, in seguito, si deve giungere al "prendersi cura del malato" nelle fasi della cronicità e dell'età avanzata, con piani socio-sanitari che siano adeguati alle esigenze e ai bisogni che la nostra società oggi richiede»*.

Per don Brunetti *«se è vero che la persona è al centro del sistema, il guarire e il curare sono due aspetti che non si possono disgiungere. Le inevitabili ricadute sulle scelte quotidiane di chi amministra dovrebbero essere l'organizzazione di servizi adeguati per tutta la durata della vita, riconoscendo a tutti il diritto a morire accompagnati da cure idonee, senza accanimento terapeutico, ma in maniera dignitosa»*.

«I principi che vanno bene per un'azienda», precisa don Brunetti, *«non sono estendibili a una persona umana. Il suo valore non dipende dalla produttività e dall'efficienza, ma dall'essere persona in quanto tale, non importa il suo stato, se è anziano o handicappato, se è presente o assente (demente), se è vivo o vegeta; tutti i medici dovrebbero ricordare che, quando non si può guarire, resta il dovere di curare, dando il sollievo che non è solo terapia, ma anche uno sguardo, un'attenzione che faccia sentire al malato la dimensione umana, che dovrebbe sempre essere alla base del rapporto medico-paziente»*.

L'approccio geriatrico: condizione imprescindibile delle cure

A Luigi Maria Pernigotti, geriatra, Direttore del Dipartimento integrato di lungoassistenza dell'Asl To 1, è stata chiesta una riflessione sull'approccio geriatrico nella cura dei malati anziani non autosufficienti. Nell'affermare che il Piemonte rappresenta un'eccellenza per come ha impostato la gestione della non autosufficienza degli anziani e delle persone dementi, Pernigotti sottolinea come questo risultato sia stato possibile grazie soprattutto al contributo della geriatria piemontese che, da sempre, punta a far emergere, con un certo ottimismo, gli aspetti positivi delle condizioni dell'anziano non autosufficiente.

Sgombera subito il campo dai falsi allarmismi. La non autosufficienza, a suo avviso, non è un dramma ingovernabile. Il miglioramento generale delle condizioni di vita e i progressi della medicina ci fanno

vivere più a lungo e meglio. Ovviamente aumenta la sopravvivenza e, quindi, aumentano le persone che, ad una certa età, presentano malattie croniche. Tuttavia questo non significa, ancora, che vi sia un aumento del numero delle persone non autosufficienti.

A titolo di esempio cita la situazione dell'Asl To 1 di cui è responsabile per l'area anziani. Il 30% della popolazione è anziana: all'Unità di valutazione geriatrica (Uvg) arrivano però, con bisogni legati alla non autosufficienza, anziani che hanno più di 90-95 anni. Nonostante l'età, molti di questi continuano a restare a casa propria, in condizioni di discreta autonomia, con l'erogazione di prestazioni socio-sanitarie di basso livello. Un'altra parte di essi necessita di ricovero in Rsa; il 30% resta escluso da qualunque intervento, ovvero, non ottiene al momento una risposta da parte dei servizi socio-sanitari. È su questa percentuale di popolazione che bisogna impegnarsi.

Ciononostante, continua Pernigotti, il modello Piemonte resta il più valido. Infatti, mentre le Regioni Emilia, Toscana e Veneto si sono poste l'obiettivo di assistere almeno il 30% della popolazione anziana non autosufficiente, il Piemonte ha "solo" il 30% ancora senza risposta.

Tornando alla questione generale, per Pernigotti, si può tranquillamente affermare che, a fronte di un aumento della speranza di vita, vi è un invecchiamento prevalentemente positivo.

È innegabile che la conclusione della vita preveda il peggioramento fisiologico delle funzioni, fino a quando si raggiunge una soglia in cui si precipita nella totale non autosufficienza e, quindi, nel bisogno di aiuto. Non si può però parlare di tragedie neppure nei confronti della demenza.

Secondo Pernigotti non ci sono studi che confermino il dato che, siccome si invecchia molto, si avranno molti dementi. Anche in questo campo sono notevoli i progressi della medicina. Ad esempio curare lo scompenso cardiaco o la malnutrizione incide in modo positivo sul rallentamento del declino cognitivo di questi pazienti.

È chiaro, ribadisce Pernigotti, che i malati non autosufficienti e dementi che si trovano in queste condizioni possono trarre benefici significativi grazie a interventi medici e non sono certamente sufficienti gli interventi socio-assistenziali di badanza. Sottolinea inoltre che, anche gli anziani non autosufficienti o dementi, hanno il diritto di ricevere cure idonee, fatto che non determina necessariamente aumento della spesa sanitaria, come cerca di spiegare nella seconda parte del suo intervento.

Governare la spesa per curare e assistere gli anziani non autosufficienti

In primo luogo, com'è già stato detto, il dottor

Pernigotti ha insistito sulla necessità di non creare inutili allarmismi con dati esagerati relativi ai vecchi non autosufficienti. Secondariamente, a suo avviso, bisogna sgomberare il campo dai moltissimi soggetti in situazione di handicap, che nulla hanno a che vedere con i bisogni di un anziano malato cronico non autosufficiente e che necessitano invece di interventi sociali finalizzati alla loro piena integrazione sociale.

Fatto questo, secondo Pernigotti, la non autosufficienza delle persone anziane e/o dementi va definita in relazione al bisogno espresso dal singolo, attività che richiede la partecipazione di più attori: medici, infermieri, operatori sociali, congiunti. Gli interventi devono essere correlati ai bisogni della non autosufficienza e riguardare innanzitutto le cure sanitarie.

Quest'ultime sono infatti indispensabili per limitare o ridurre la perdita dell'autosufficienza e per prevenire le conseguenze che determinerebbero costose prestazioni di assistenza alla persona. Operando come sopra indicato si risparmiano risorse economiche.

Infine è necessario collegare gli interventi ospedalieri con il territorio. È noto che circa l'80% delle persone ricoverate è affetto da malattie croniche e, come è stato ricordato da tutti gli altri relatori, le condizioni di salute dei malati anziani sono sempre più complesse.

La geriatria, allora, può – secondo Pernigotti – prendersi carico del governo di una filiera che, partendo dall'ospedale, conduca, ogni volta che ciò è possibile, il malato al domicilio con il coinvolgimento del medico di medicina generale.

Per contenere la spesa è anche necessario, secondo il geriatra, allargare le competenze ospedaliere alle Rsa, con la riduzione della degenza in ospedale. Si possono assicurare livelli eccellenti di cura a casa o in Rsa, con l'abbattimento dei costi, allargando la competenza geriatrica alle prestazioni extraospedaliere, ottenendo anche migliori cure per gli anziani stessi.

Ovviamente questo comporta scelte anche da parte di chi amministra. È indispensabile spostare le risorse dall'ospedale ai servizi sul territorio, ma nel contempo occorre assegnare alla geriatria la responsabilità dei percorsi di cura (domicilio o residenzialità) nell'interesse del malato. «*La geriatria*», Pernigotti ne è convinto, «*può svolgere un ruolo fondamentale, perché punta a sviluppare i piccoli successi, anche in un malato non autosufficiente. La geriatria dà "forza medica" alla protezione sociale, perché la diagnosi medica è il presupposto per garantire le cure sanitarie. Dopo è però necessario lo sviluppo dei servizi per assicurare al malato il supporto sociale altrettanto importante*».

L'ospedalizzazione a domicilio: un ponte tra l'ospedale e la casa

La riflessione sui servizi alternativi al ricovero in ospedale inizia con l'intervento della geriatra Renata Marinello, che presenta il servizio di Oad, Ospedalizzazione a domicilio (7). Ci tiene a ricordare che è stato avviato nel 1985, dall'Azienda ospedaliero-universitaria San Giovanni Battista, grazie al professor Fabrizio Fabris, ma anche al prezioso e costante sostegno delle associazioni di volontariato aderenti al Csa (Coordinamento sanità e assistenza fra i movimenti di base).

L'Oad, spiega, è un servizio ospedaliero, gestito con risorse ospedaliere, a favore di pazienti che avrebbero comunque necessità di cure ospedaliere. Le caratteristiche dei pazienti e l'équipe sono paragonabili a quelle di un reparto di 25 letti. Nasce inizialmente per ridurre la permanenza del ricovero ospedaliero degli anziani cronici non autosufficienti. L'ospedale mantiene la responsabilità del malato, ma propone di curarlo a casa a condizione che lo stesso malato non abbia bisogno di cure continuative, possa contare su un valido supporto familiare e sia residente nell'area dell'ospedale. L'Oad è la prima dimostrazione di dimissione ospedaliera in continuità assistenziale.

Marinello pone poi l'accento su come il servizio sia mutato nel tempo, grazie alla crescita sul territorio dei servizi sanitari di cure domiciliari: l'assistenza domiciliare integrata, l'assistenza domiciliare programmata, le cure domiciliari in lungoassistenza. Tutti questi servizi non erano attivi nel 1985.

Grazie al loro sviluppo il servizio di Oad, che riguarda tutte le tipologie di malati, oggi ha mutato la sua funzione e prende in carico i pazienti direttamente dal pronto soccorso. Inoltre ha potuto sperimentare nuove tecniche domiciliari e specializzare i membri dell'équipe, con risultati importanti sia per i malati, che ricorrono sempre meno al rientro in ospedale, sia per il contenimento della spesa con l'utilizzo anche della telemedicina e della radiologia a domicilio.

Su tutto, l'aspetto più rilevante in questo momento, per Marinello, è l'approvazione della recente delibera della Giunta regionale 85-13580 del 16 marzo 2010, con la quale la Regione Piemonte finalmente ha normato il servizio di ospedalizzazione a domicilio. La geriatra si augura che altre Asl e Aziende ospedaliere siano incentivate ora ad organizzare esperienze analoghe a quella delle "Molinettes", perché «*l'Ospedalizzazione a domicilio ha dimostrato, in questi vent'anni, di poter essere un ponte tra l'ospedale e i servizi del territorio. È l'obiettivo che da*

(7) Cfr. AA.VV., "Lo sviluppo del servizio di ospedalizzazione a domicilio", *Prospettive assistenziali*, n. 172, 2010.

più parti ci viene richiesto di perseguire in grado di salvaguardare i diritti dei pazienti non autosufficienti e, nel contempo, di rispondere a una migliore allocazione delle risorse».

Lo sviluppo delle cure domiciliari

Ci sono malati che necessitano di periodi di cura più lunghi di quelli assicurati dal servizio di ospedalizzazione a domicilio, che è sempre equiparabile ad un ricovero ospedaliero e, quindi, con una presa in carico di breve durata. In Piemonte l'altro aspetto importante delle cure domiciliari riguarda la cura dell'anziano malato cronico non autosufficiente in lungoassistenza a domicilio.

Certamente è indispensabile il ruolo del medico di medicina generale e la garanzia di poter contare su prestazioni diagnostiche e terapeutiche (comprese quelle riabilitative); occorre altresì sostenere il fondamentale ruolo del volontariato intra-familiare svolto dai congiunti anche con il riconoscimento di contributi economici per i maggiori oneri di spesa che devono sostenere.

Grazie anche alla pressione esercitata con la prima petizione popolare (8) promossa dalle associazioni di volontariato – ricorda Maria Grazia Breda, che conduce la tavola rotonda – la Giunta della Regione Piemonte ha approvato le delibere n. 39/2009 e 56/2010 (9). Le due delibere sono state completate in seguito dalla legge regionale n. 10/2010. Le cure domiciliari non sono però un diritto esigibile, in quanto le risorse assegnate sono insufficienti a soddisfare le richieste che, dall'entrata in vigore delle nuove disposizioni citate, sono raddoppiate.

A Maria Rollero, infermiera del Servizio di cure domiciliari dell'Asl To 3 e consigliera dell'Ipasvi (Infermieri professionali, assistenti sanitari, vigilatrici d'infanzia) è stato chiesto di illustrare il nuovo modello di domiciliarità e di evidenziare i cambia-

(8) Cfr. "Una petizione popolare per richiedere idonei provvedimenti sanitari, socio-sanitari e socio-assistenziali a favore dei soggetti deboli del Piemonte", *Prospettive assistenziali*, n. 153, 2006.

(9) I punti più salienti delle due deliberazioni sono i seguenti: i familiari assumono volontariamente il compito di accudire il loro familiare nell'ambito delle cure domiciliari (quando ne è accertata l'idoneità e non vi sono controindicazioni per il malato) e, per questo, hanno diritto a un contributo (anche se per il momento è assai misero); è il Servizio sanitario nazionale che deve assicurare le prestazioni sanitarie e socio-sanitarie domiciliari; infatti l'Asl, in Piemonte, eroga il 50% del costo della prestazione socio-sanitaria, che comprende anche il 50% del costo dell'assistenza tutelare alla persona; le prestazioni domiciliari sono estese su tutto il territorio regionale con le medesime regole; oltre al contributo ai familiari è prevista la possibilità di affidamento del malato a terzi e l'erogazione dell'assegno di cura per l'assunzione di personale di assistenza. Per approfondimenti si veda l'articolo "Altri passi in avanti in merito alle prestazioni domiciliari per le persone non autosufficienti", *Ibidem*, n. 164, 2008.

menti introdotti nella cura e assistenza di chi non è autosufficiente.

Rollero valuta positivamente la svolta che la Regione Piemonte ha dato con l'approvazione delle norme succitate. È stata incoraggiata la continuità assistenziale, sono state fissate regole omogenee per tutto il territorio e, quindi, garantiti in principio gli stessi diritti a tutti i cittadini piemontesi non autosufficienti.

Il nuovo sistema di cura è però molto complesso. Sicuramente è un buon modello e può funzionare, ma solo se i cittadini anziani (ma anche adulti o giovani, in condizione di cronicità e non autosufficienza) vengono inseriti in una rete di percorsi di cura: ospedale, centri diurni, servizi di cure domiciliari più o meno complessi. Si tratta di malati cronici che spesso soffrono anche di patologie acute e che a domicilio devono poter ricevere le cure adeguate.

Purtroppo oggi questo percorso non è garantito, non è esigibile. Rollero denuncia che ci sono liste d'attesa per ogni tipo di cure domiciliari e, in particolare, ci sono tempi di attesa molto lunghi per ottenere le cure domiciliari in lungoassistenza. L'Unità valutativa geriatrica dovrebbe monitorare i progetti individualizzati di cura, ma non ci sono risorse; l'Asl dovrebbe garantire l'apertura dello sportello unico per l'accesso alle cure socio-sanitarie: ma sono finiti i finanziamenti; c'è un progressivo impoverimento delle famiglie che continuano a farsi carico dei loro congiunti non autosufficienti e non ricevono neppure il misero contributo previsto dalle vigenti deliberazioni regionali; vi è l'esigenza di assicurare momenti di sollievo e anche questo non si può fare perché sono bloccati tutti i ricoveri a causa del piano di rientro imposto dalla nuova Giunta regionale ai Direttori generali delle Asl.

Infine, come consiglia del Collegio infermieri, segnala anche la grave carenza di personale nelle piante organiche e, in particolare, proprio nei servizi di cure domiciliari.

Le cure domiciliari in lungoassistenza nella Città di Torino

Monica Lo Cascio, direttore della Divisione servizi sociali e rapporti con le Aziende sanitarie del Comune di Torino, interviene sullo stesso tema per portare il punto di vista degli enti locali, l'altro partner con l'Asl nella gestione delle cure domiciliari in Piemonte.

Lo Cascio pone l'accento sulla contraddizione che si sta vivendo. Non si capisce perché, mentre tutti ormai riconoscono che "la casa cura", ciononostante l'allocazione delle relative risorse sanitarie e socio-sanitarie continua ad essere carente con il risultato che le liste d'attesa, citate da Rollero, aumentano in maniera esponenziale per la Città di

Torino che, tra l'altro, registra un numero elevato di coppie anziane sole e prive di reti familiari.

Riconosce che si sono fatti passi notevoli in questi anni. Lo stesso Comune di Torino anche ha fatto un salto culturale non indifferente. È la stessa Città che si è fatta promotrice negli anni nei confronti delle Asl per una sempre maggiore presa in carico da parte del Servizio sanitario regionale delle cure domiciliari riguardanti gli anziani cronici non autosufficienti.

La normativa regionale è di fondamentale importanza. Lo Cascio ricorda la delibera della Giunta regionale n. 51/2003 con la quale la Regione Piemonte ha recepito il decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri del 29 novembre 2001, le cui norme sono state rese cogenti dall'articolo 54 della legge 289/2002, in base alla quale sono stati fissati i livelli di prestazione e di compartecipazione garantiti dal Servizio sanitario regionale in modo omogeneo su tutto il territorio regionale. Ne sono derivate le già ricordate delibere (39/2009 e 56/2010) e la recente legge regionale 10/2010.

Non manca di sottolineare come queste disposizioni siano frutto di una elaborazione dialettica sviluppata sul tavolo di confronto regionale, che ha visto protagonisti tanto i rappresentanti delle istituzioni (Regione, Provincia, Comuni, Asl), quanto le forze sociali (Organizzazioni sindacali, associazioni di volontariato e di rappresentanza degli utenti, enti gestori privati).

Il modello che ne è scaturito deriva quindi da una composizione di molteplici interessi e ritiene che sia un buon metodo di lavoro in quanto tiene conto dei bisogni sanitari-sociali. Secondo Lo Cascio, infatti, a parità di condizioni sanitarie, è giusto privilegiare le persone che hanno un bisogno maggiore determinato da una condizione di deprivazione sociale, nel rispetto del principio di equità sociale.

La criticità più evidente, anche a suo avviso, è il mancato investimento della Regione sulla domicilia-rità. Solo nella Città di Torino si è avuta una domanda che dal 2003 al 2010 è aumentata del 70%. Alle Asl di Torino è stato chiesto un finanziamento per il 2011 di 14 milioni di euro ciascuna, che purtroppo è stato bloccato dai piani di rientro imposti dalla nuova Giunta Cota.

Le valide basi legislative, prima ricordate, dovrebbero essere adeguatamente finanziate per garantire il diritto esigibile alle cure domiciliari. Il fabbisogno, spiega Lo Cascio, è facilmente deducibile dalle valutazioni delle Uvg delle Asl.

Anche lo Stato, ricorda, ha penalizzato gli investimenti in questo ambito con una riduzione drastica del Fondo per le non autosufficienze, a fronte delle aumentate richieste della popolazione non autosufficiente.

Bisognerebbe considerare l'allocazione delle risorse per tutte le prestazioni dovute alle persone non autosufficienti. Incrementare le cure domiciliari, dove il nucleo familiare investe in prima persona moltissimo, comporta una forte riduzione dell'ospedalizzazione e dei ricoveri nelle case di cura convenzionate per la lungodegenza. Rileva infine che *«anche se è facile tagliare su questo fronte, quello del domicilio, bisognerebbe considerare l'effetto complessivo e i ritorni che si hanno nell'insieme del sistema»*.

La situazione dei centri diurni per i dementi senili

Un altro aspetto importante raggiunto in Piemonte è stata la delibera della Giunta regionale n. 38/2009 con la quale la Regione ha finalmente normato due servizi essenziali per le persone dementi:

- i centri diurni da realizzarsi all'interno di Rsa oppure in edifici appositi;
- i nuclei temporanei Alzheimer da prevedere nelle Rsa.

Paola Garbella, direttore della Rsa "Cerino Zegna" in provincia di Biella, è stata invitata a presentare i principi e gli obiettivi della citata delibera alla luce anche dell'esperienza maturata nella gestione del centro diurno per malati di Alzheimer, avviato nel 1998 per volontà dell'Ipab "Cerino Zegna", dell'Asl e con la spinta dell'Ama, Associazione malati di Alzheimer di Biella.

Dopo aver ricordato i dati salienti della delibera (10), Garbella rileva come l'applicazione sia molto difficile e ancora a macchia di leopardo. In molte zone del Piemonte i centri diurni sono stati aperti, ma con orari ridotti rispetto ai parametri previsti dalla delibera; in altre zone vi sono addirittura centri chiusi dalle Asl per non apportare i miglioramenti richiesti dalle disposizioni per quanto concerne gli standard organizzativi e le norme relative al personale; infine nelle zone in cui c'era chi aveva già avviato esperienze positive – quali quella del Cerino Zegna – l'Asl tende a ridurre gli investimenti, nonostante sia stato dimostrato come il centro diurno contribuisca in maniera significativa a ridurre la richiesta di ricovero.

Garbella insiste nel precisare che lo sforzo, in ogni caso, dovrebbe essere quello di considerare sempre i bisogni dell'utente e, quindi, assicurare comunque un periodo di frequenza adeguato e sufficiente a restituire, al rientro del malato, una migliore condizione di vita sia all'interessato che alla sua famiglia. Ad esempio, attraverso l'inserimento al centro diur-

(10) Si veda l'articolo "Disposizioni della Regione Piemonte riguardanti i centri diurni e le prestazioni residenziali per le persone colpite dal morbo di Alzheimer o da altre forme di demenza senile", *Prospettive assistenziali*, n. 166, 2009.

no per un certo periodo di tempo, è possibile osservare il malato e intervenire su alcuni aspetti sanitari (malnutrizione, aggressività), che possono condizionare la sua permanenza in famiglia.

Rimane pertanto prioritario il problema di far realizzare alle Asl i centri diurni mancanti e garantire i finanziamenti indispensabili per la gestione. In base alla Dgr 38/2009 la quota sanitaria a carico dell'Asl, per ogni utente, è fissata nella misura del 70% della tariffa totale (a fronte del 50% stabilito dalla normativa nazionale sui Lea).

Finanziamenti obbligatori a carico del servizio sanitario

Nell'introdurre i lavori del pomeriggio Maria Grazia Breda ricorda che, al mattino, con il contributo dei relatori e degli interventi del dibattito, sono stati messi a fuoco i bisogni di cura e assistenza sanitaria e socio-sanitaria, nonché i diritti previsti dalle norme di legge vigenti a favore degli anziani cronici non autosufficienti e delle persone affette da demenza.

Il diritto alle cure sanitarie senza limiti di durata è un diritto soggettivo e, ricorda, può essere attivato anche dal singolo o dal familiare. È sufficiente seguire la procedura indicata nell'opuscolo informativo, già citato, messo a disposizione dei partecipanti (11).

Ovviamente precisa che, in primo luogo, la Fondazione e le associazioni aderenti al Csa, chiedono che sia garantito il diritto alle cure domiciliari e il contributo economico ai familiari che accolgono in casa i malati non autosufficienti, nonché il diritto alla frequenza dei centri diurni per i dementi e i malati di Alzheimer.

Si tratta, infatti, di prestazioni socio-sanitarie che assicurano una migliore qualità di vita ai malati e, nel contempo, consentono rilevanti risparmi al settore sanitario, in quanto allontanano nel tempo la richiesta di ricovero in strutture residenziali i cui costi sono assai più onerosi. La Regione non può sostenere che mancano le risorse per renderli esigibili. Come è stato ribadito più volte nel corso del dibattito del mattino non mancano le risorse. Il problema, semmai, è in molti casi di allocarle in modo più appropriato e, in ogni caso, si dovrà agire in modo da orientare le amministrazioni ad investire prioritariamente in questo settore per soddisfare i bisogni indifferibili di chi non è autosufficiente, rinviando a tempi migliori le spese non indispensabili. Non a caso è questo il primo punto della 2^a petizione popolare (12) sostenuta da oltre cento organizzazioni del

(11) I riferimenti dell'opuscolo citato sono riportati alla nota (4).

(12) Cfr. "Seconda petizione popolare per la tutela delle esigenze e dei diritti delle persone non autosufficienti", *Prospettive assistenziali*, n. 171, 2010.

volontariato e del terzo settore. Breda si rivolge pertanto a tutti i partecipanti, che rappresentano le forze sociali interessate al tema, perché si impegnino, ciascuno nel proprio ambito, a far emergere questa necessità.

È altresì importante che si comprenda che le prestazioni socio-sanitarie previste dai Lea, Livelli essenziali di assistenza sanitaria, devono essere garantite dal Servizio sanitario e, quindi, finanziate in modo adeguato al fabbisogno. L'invecchiamento della popolazione anziana può anche non essere una cosa tragica, come ha ricordato il Dottor Pernigotti, ma la realtà del Piemonte oggi registra un numero elevato di persone in lista d'attesa sia per le cure domiciliari (11mila), sia per i posti letto convenzionati nelle Rsa, Residenze socio-assistenziali (8mila). A questi cittadini bisogna dare subito una risposta e trovare, adesso, le risorse necessarie per garantire le prestazioni a cui hanno diritto.

Anche gli enti locali possono e devono operare in questa direzione e, proprio nell'ambito del settore sanitario e socio-sanitario, si può intervenire con una riallocazione più appropriata delle risorse, già anticipata dagli interventi del mattino, per non negare il diritto alle cure e alla continuità terapeutica agli anziani non autosufficienti e, nel contempo, razionalizzare la spesa sanitaria. Ad esempio, nei casi di opposizione alle dimissioni, succede attualmente che la continuità terapeutica all'anziano non autosufficiente è garantita con la degenza in ospedale (350 euro al giorno) o nelle case di cura convenzionate (160 euro al giorno), mentre sarebbe più vantaggioso, anche sotto il profilo della cura, garantire un posto letto in una Rsa (costo massimo 50 euro al giorno).

La dimissione protetta in Rsa in alternativa alla casa di cura

Pietro Landra, geriatra, Direttore territoriale dell'Asl To2, primo relatore del pomeriggio, presenta a questo proposito la sua esperienza di dimissioni protette nelle Rsa e conferma che potrebbero essere una valida alternativa alle case di cura private. «L'ospedale», spiega Landra, «sempre più tende ad essere il luogo dove viene combattuto un evento patologico acuto e mal si presta a farsi carico di una convalescenza, una riattivazione/riabilitazione». Conferma come, spesso dopo cinque-sei giorni di degenza, vengano proposte frettolose e sbrigative dimissioni, appena superata la cosiddetta fase acuta.

Per Landra la conseguenza è che «oltre alla negazione del diritto ad essere curato non solo nella fase acuta, l'anziano, soprattutto se ancora mentalmente integro, subisce il vissuto di essere abbandonato a se stesso o di gravare su di un familiare non sempre

preparato. Da qui la necessità di individuare un luogo in cui il vecchio, che ha superato la fase acuta di malattia, ma non è ancora realisticamente pronto a ritornare a casa, possa essere curato per un periodo commisurato al suo bisogno».

Nella sua Asl «il luogo è stato individuato nella Rsa a gestione diretta, che alla luce dell'esperienza ormai decennale, ha dimostrato di essere economicamente (e non solo) migliore di altre strutture per i seguenti motivi:

- costa meno della casa di cura e ovviamente dell'ospedale;

- se gestita in modo diretto dall'Asl può personalizzare il progetto ed il Pai, Piano assistenziale individualizzato, sia in termini di durata che di figure professionali impiegate;

- la Rsa in cui si pratica la dimissione protetta può essere situata in luoghi più vicini alla residenza dell'anziano non autosufficiente e favorire così i rapporti con i familiari;

- nelle Rsa – sia pubbliche che private – si è sviluppato un approccio geriatrico di cura, che presta attenzione ai bisogni dell'anziano e alla sua soggettività (...).

«Ovviamente rispetto ad un ricovero classico in Rsa il ricovero in dimissione protetta deve possedere requisiti diversi: i minuti di assistenza devono almeno essere quelli di un'alta intensità incrementata [prevista dalla Dgr 17/2005, che introduce il nuovo modello per la residenzialità in Piemonte, n.d.r.] e l'assistenza medica è bene che sia fornita da un'équipe geriatrica».

Chi può beneficiare della continuità assistenziale in dimissione protetta? Secondo Landra l'utente tipico «è l'anziano che ha subito di recente un peggioramento della propria autonomia: per fratture, esiti di interventi chirurgici, incidenti vascolari, delirium, sindrome da immobilizzazione in genere; anche con pazienti affetti da demenza con disturbi comportamentali ci possono essere buoni risultati, a patto di disporre di nuclei protetti. Purtroppo la Dgr 38/2009, che prevedeva i Nat, Nuclei Alzheimer transitori, proprio per questi pazienti, non è stata correttamente recepita».

Secondo Landra diventa quindi rilevante, per un appropriato utilizzo della dimissione protetta, la corretta valutazione dell'interessato sia dal punto di vista sanitario che sociale, da concordare con l'anziano, quando ne è in grado e con il parente di riferimento.

Pone quindi l'accento sull'importanza dell'introduzione del servizio di Continuità assistenziale (Coca) attivato con la Dgr 72/2004, che a suo avviso «ha avuto il merito rivoluzionario di attribuire la responsabilità delle cure post-ospedaliere all'Asl di appartenenza», ponendo fine al rimpallo delle competen-

ze, che avveniva prima dell'entrata in vigore della citata deliberazione.

«Purtroppo», osserva Landra, «lo stato attuale dei percorsi di cura, nella nostra come nelle altre realtà, non è ancora ottimale. Gli ospedali continuano ad inviare anziani nelle varie case di cura per lungodegenza senza progettualità (...), che dovrebbero essere indicate per soggetti non ancora stabilizzati clinicamente».

Sarebbe quindi il momento di usare in modo appropriato le risorse disponibili perché «mentre si afferma che le risorse economiche per la sanità vanno ridimensionate (non è vero, andrebbero potenziate) è assurdo usare per i percorsi di deospedalizzazione le case di cura (...) più costose delle Rsa».

Landra concorda con la proposta di introdurre il pagamento da parte degli utenti delle strutture di dimissioni protette della quota alberghiera prevista nella 2ª petizione popolare promossa dalle associazioni di volontariato, perché ritiene che «gli anziani che transitano in dimissione protetta non sono certo diversi, per patologie e carico assistenziale, da quelli ricoverati in regime di ricovero di sostegno, che già pagano la quota». Aggiunge che nelle Rsa «sarebbe inoltre possibile seguire, con progetti speciali, anche i pazienti anziani attualmente avviati in riabilitazione di 2° livello, abbattendo notevolmente i costi».

Di fronte alla richiesta della Regione di diminuire le spese «il risparmio si deve ottenere con la riduzione e razionalizzazione dei costosi posti letto ospedalieri. Il ricovero in Rsa è un diritto per il malato cronico: è intollerabile la presenza di liste di attesa quando i posti ci sono, vuoti. Costa inoltre meno di qualunque altro tipo di ricovero». Anche «le cure domiciliari in lungo-assistenza», ricorda Landra, «costano al Servizio sanitario regionale molto meno delle residenze e permettono di non interrompere consuetudini e legami ai vecchi, alle famiglie, agli amici».

Conclude chiedendo se «ha senso una sanità che mi tiene in vita dopo un ictus, un arresto cardiaco e poi mi mette in lista d'attesa, facendomi sentire (...) un peso per la società, per la mia famiglia?».

I compiti dell'Unità valutativa geriatrica

Il Piano assistenziale individualizzato (Pai) assume un ruolo centrale per assicurare le necessarie prestazioni all'anziano cronico non autosufficiente e al paziente demente o malato di Alzheimer.

Nella Regione Piemonte il compito di stilare il Pai è stato affidato sin dal 1992 all'Uvg, Unità di valutazione geriatrica. Laura Bert, geriatra e componente dell'Uvg dell'Asl To 3, pone l'accento sulla molteplicità dei compiti che, con successive otto delibera-

zioni, la Regione ha affidato ai membri dell'Uvg, senza modificare significativamente il numero dei suoi componenti. Questa è la prima criticità su cui riflettere.

Ricorda poi che inizialmente la Commissione nasce con compiti valutativi, ma a partire dal 2003 si inizia a parlare di «presa in carico globale della persona non autonoma da parte dei servizi socio-sanitari integrati». Successivamente (2004) viene previsto che «l'Uvg deve valutare le condizioni socio-sanitarie dei pazienti ricoverati in reparti ospedalieri al fine di individuare il percorso da attuare per garantire la continuità assistenziale predisponendo un progetto individuale». Si arriva infine, con provvedimenti successivi, a stabilire (Dgr 42/2008) che, anche il progetto assistenziale individuale, indispensabile per l'accesso alle prestazioni socio-sanitarie domiciliari, semiresidenziali e residenziali, venga stilato dall'Uvg.

Secondo la geriatra l'accumularsi dei sopra indicati compiti non sarebbe di per sé un problema se parallelamente fossero state dotate le Commissioni Uvg del personale necessario a svolgere in modo adeguato le funzioni assegnate.

Bert si sofferma inoltre sui piani personalizzati di cura e assistenza che devono essere predisposti dall'Uvg per gli inserimenti in strutture residenziali. In teoria è corretto prevedere che sia l'Uvg a «pre-disporre il progetto di intervento individualizzato, identificare la fascia di intensità assistenziale e il livello prestazionale adeguato», ma in pratica – secondo Bert – quasi mai i medici lo predispongono, perché sanno che passeranno da uno a due anni, se non di più, prima che l'interessato ottenga il ricovero convenzionato. A quel punto il progetto è da rivedere perché saranno sicuramente differenti le condizioni dell'anziano. Se ci fossero tempi certi per il ricovero residenziale avrebbe senso la compilazione del modulo con l'indicazione del progetto che la struttura dovrebbe recepire e rielaborare nel Pai. Assume quindi maggior rilevanza il Pai che «all'accoglienza dell'ospite la struttura residenziale recepisce e traduce operativamente, verificandone l'attualità», ovvero confrontandolo con il progetto predisposto in precedenza dall'Uvg. Il Pai, infatti, definisce «la tipologia delle prestazioni e le figure professionali interessate; la frequenza e la durata di ogni intervento (...), la valutazione periodica dei risultati (...), la congruità tra i bisogni elencati nel Pai e le nuove esigenze e le modifiche» che sono da apportare al Pai stesso.

L'Uvg ha un ruolo di collegamento con le strutture residenziali, anche per l'indicazione della fascia assistenziale (bassa, media, alta, incrementata) assegnata all'utente. Per svolgere questa funzione è però indispensabile mantenere un monitoraggio

costante su tutte le persone ricoverate, oggi impraticabile, perché le figure professionali non sono sufficienti o svolgono la loro attività in commissione Uvg a tempo parziale.

Anche per queste ragioni per Laura Bert il lavoro dell'Uvg *«appare quindi sempre più complesso e le diverse informazioni (inserimenti in struttura, variazioni intensità assistenziale, Pai, rette, variazioni della condizione socio-economica, variazioni nella tipologia del progetto, ecc.) dovrebbero essere ricevute e analizzate in tempo reale al fine di rielaborare rapidamente un nuovo progetto assistenziale»*. Dunque, conclude la geriatra, *«di fronte ad attività e ruoli di tale complessità è pertanto necessario che tutte le Uvg piemontesi siano messe nella condizione di poter svolgere il loro lavoro»*.

Il modello Piemonte per la residenzialità

Prima di dare la parola a Laura Mussano, Direttore del Consorzio socio-assistenziale Cissaca di Alessandria, Maria Grazia Breda ricorda brevemente i punti salienti del nuovo modello residenziale introdotto dalla Dgr 17/2005 (13). Si tratta di un modello che contiene in sé ancora molte criticità – come quella più eclatante delle liste d'attesa ricordate da tutti i relatori – ma, rispetto alle altre Regioni italiane, Breda mette in rilievo come la Regione Piemonte abbia recepito appieno le disposizioni di legge sui Lea, così come indicate nel Dpcm del 29 novembre 2001, reso legge dall'articolo 54 della legge 289/2002, con gli aspetti positivi già ricordati all'inizio. Con la Dgr 17/2005, in particolare, viene riconosciuto che gli utenti sono anziani malati e, conseguentemente, che la Rsa non è la vecchia casa di riposo rimodernata, ma un luogo di cura e di assistenza.

Nel 2005, al momento dell'entrata in vigore del nuovo modello, la realtà piemontese delle strutture di ricovero era tuttavia molto disomogenea, sia per quanto riguardava i livelli delle prestazioni erogate, sia per le tariffe applicate. Una delle zone più arretrate, rispetto al nuovo modello, ricorda Breda, era proprio quella di Alessandria e provincia. L'intervento che segue è quindi interessante per capire come sia stato attuato il nuovo modello e quali siano ancora le criticità da superare.

La qualità ha un costo

Laura Mussano concorda nel descrivere la situazione nell'alessandrino come tra le peggiori esistenti in Piemonte al momento dell'entrata in vigore della Dgr 17/2005. Le ragioni di questa situazione si com-

prendono immediatamente se si considera che, a fronte di una retta media giornaliera per le Rsa piemontesi di euro 90-95, nel territorio alessandrino la tariffa media era di 53 euro al giorno.

Con questo importo era impossibile garantire adeguate prestazioni socio-sanitarie agli utenti, ma era anche impraticabile l'applicazione immediata del nuovo modello. Infatti la Giunta regionale aveva deciso con la Dgr 6/2006 di attuare una progressione che si completerà al 31 dicembre del 2010.

Mussano è relativamente soddisfatta dell'attuale situazione perché in quattro anni sono riusciti ad ottenere, in tutte le strutture residenziali non a norma con gli standard della Dgr 17/2005, il raggiungimento del livello base delle prestazioni indispensabili per garantire interventi abbastanza accettabili agli anziani non autosufficienti ricoverati. La retta giornaliera è passata dai 53 euro del 2006 agli oltre 96 euro. Quasi un raddoppio.

Occorre tuttavia considerare che questa situazione crea attualmente problemi. In questo occorrono maggiori investimenti da parte delle Asl per lo stesso numero dei posti convenzionati. Bisogna altresì tener presente che nel territorio vi è un eccesso di offerta di posti letto rispetto alla domanda sia pubblica che privata, per cui a suo avviso potrebbero sorgere altri problemi: ad esempio applicazione di tariffe più ridotte da parte dei privati per essere concorrenziali e rispondere alle liste d'attesa dei posti in convenzione.

È noto, rileva Mussano, che la tariffa si può ridurre solo diminuendo la qualità delle prestazioni e, quindi, vi è il rischio oggettivo del peggioramento delle condizioni per gli anziani non autosufficienti ricoverati, ma anche per gli stessi lavoratori che, grazie all'aumento delle tariffe, hanno migliorato i loro contratti di lavoro.

Per scongiurare ogni arretramento Mussano indica alcuni percorsi:

- ripensare all'utilizzo delle risorse sanitarie con la realizzazione di posti letto per dimissioni protette e lungodegenza nelle Rsa, in modo da garantire la continuità assistenziale con minori costi (come già proposto dal dottor Landra);
- aumentare i posti letto in convenzione con le Asl grazie anche alle maggiori risorse che verrebbero risparmiate come indicato al punto precedente;
- riconvertire alcune strutture residenziali per altre tipologie di utenza, che oggi non hanno alcuna risposta.

Se non si adotteranno provvedimenti in tal senso si rischia di mettere in pericolo il percorso fatto sin qui per far emergere il lavoro nero e aumentare gli standard delle prestazioni. Ne sarebbero penalizzati anche i gestori privati onesti, che hanno rispettato le regole anche con investimenti consistenti.

(13) Per approfondimenti cfr. M.G. Breda, "Strutture residenziali per anziani cronici non autosufficienti: il nuovo modello della Regione Piemonte", *Prospettive assistenziali*, n. 151, 2005.

Il rapporto tra utenti e gestori privati alla luce delle nuove regole

Michele Assandri, presidente dell'Anaste Piemonte (Associazione nazionale strutture terza età), illustra il punto di vista dei gestori privati. Condivide la preoccupazione del Direttore del Cissaca di Alessandria. Anche a suo avviso è urgente l'aumento dei posti letto convenzionati ma, in primo luogo, chiede il mantenimento delle convenzioni già in atto. Denuncia infatti che, per gli effetti della Dgr 30/2010 (che chiede alle Asl di razionalizzare gli sprechi), l'unico risultato immediato è stato il blocco dei ricoveri, compresi quelli che erano effettuati in sostituzione dei degenti deceduti. Inoltre, sulla base di un sondaggio promosso dall'Anaste risulta che:

- il 78% degli utenti non ha un progetto assistenziale predisposto dall'Uvg all'ingresso in struttura;
- per il 60% dei posti letto non sono applicate le fasce assistenziali (intensità bassa, media, alta e incrementati) previste dalla Dgr 17/2005. Probabilmente – osserva Assandri – anche per le ragioni espresse dalla dottoressa Bert, ovvero per l'impossibilità materiale dei membri delle Uvg di monitorare i progetti assistenziali e i Pai;
- il 75% delle strutture residenziali accreditate non ha recepito lo schema tipo regionale del contratto, approvato con la Dgr 44/2009 con effetti negativi tanto per gli utenti, a cui non vengono riconosciuti i diritti ivi contenuti, quanto per i gestori privati che, senza contratto pubblico, hanno maggiori oneri economici nei confronti delle banche;
- non viene rispettato l'accordo siglato con la Dgr 47/1998 con i medici di medicina generale e, pertanto, non è praticabile un accesso programmato degli stessi. La conseguenza è il continuo ricorso al pronto soccorso degli ospedali per i casi di acuzie con disagi evidenti per i malati difficilmente trasportabili e con l'intasamento dei Dea, Dipartimenti di emergenza e di accettazione;
- dovrebbero essere garantiti i percorsi di continuità assistenziale previsti dalla Dgr 72/2004 anche nelle Rsa, con un abbattimento della spesa sanitaria che può arrivare al 40% dei costi rispetto all'ospedale. Eppure nel 53% del territorio piemontese non è effettuato il percorso della continuità assistenziale;
- nel 91% dei casi i gestori privati non hanno ricevuto i fondi stanziati (100 milioni di euro) dalla Dgr 84/2009 per riconoscere ai gestori privati gli aumenti sostenuti per il rinnovo del contratto degli operatori. L'Anaste ha invitato i suoi associati a erogare al personale gli aumenti salariali ma, nel contempo, ha deciso di fare causa alle Asl per chiedere il rispetto della delibera regionale.

Assandri si associa alle preoccupazioni di Mus-

sano e ritiene che sia reale il pericolo del ritorno al "fai da te". È facile, per chi non è esperto, pensare che 1.200-1.400 euro al mese per il ricovero del "nonno" in una struttura residenziale siano anche troppi. Il "non esperto" non tiene conto che stiamo parlando di persone gravemente malate con esigenze sanitarie, la cui cura ha evidentemente un costo.

Le difficoltà sono quindi molte: per questo Assandri sollecita il coinvolgimento di tutti, anche se la regia e il controllo spettano inequivocabilmente alla Regione e alle Asl.

A nome dell'Anaste sottolinea anche l'impegno a concordare con la Fondazione promozione sociale una carta etica per isolare il più possibile i gestori che non rispettano le regole fissate dalle Dgr 44/2009 e 64/2010 (14). Ne elenca i punti principali di possibile convergenza:

- a) l'esposizione del contratto stipulato tra Asl, Ente gestore e Rsa, così come stabilito dalla Dgr 64/2010, in base al quale l'utente è una persona malata e non autosufficiente e non un "cliente" che sceglie una struttura alberghiera;
- b) le norme del Regolamento che sostituisce il contratto di ospitalità e definisce in modo trasparente i rapporti e i reciproci diritti/doveri fra le strutture residenziali socio-sanitarie e gli utenti, i loro familiari e chi li rappresenta;
- c) l'impegno perché il turnover del personale non sia superiore al 5-10%;
- d) l'esposizione dei tabelloni interni alla struttura con l'indicazione dell'organigramma del personale e dell'orario di presenza del personale;
- e) la fornitura mensile alla Commissione di vigilanza della fotocopia del libro unico e dei versamenti contributivi, in modo da rendere effettivi i controlli concernenti l'utilizzo di tutto il personale previsto nella convenzione Asl-Comune-Rsa;
- f) l'accesso alla struttura di rappresentanti delle associazioni di tutela;
- g) la competenza esclusiva dell'Uvg per decidere l'ammissione/dimissione degli utenti, nonché la definizione del progetto assistenziale individualizzato;
- h) la cauzione il cui importo non può superare l'ammontare mensile della retta a carico dell'utente e non può essere richiesta per gli utenti che usufruiscono dell'integrazione da parte dell'ente locale;
- i) la precisazione degli extra-retta (non obbligatori) richiesti dall'utente e fatturati mensilmente in modo analitico.

Infine Assandri evidenzia come sia giunto il momento di affrontare in modo deciso la questione della vigilanza. Per risolvere il conflitto di interessi

(14) I riferimenti alle due delibere sono riportati nella nota (2).

attuale, per cui le Asl sovente controllano il loro operato, propone il trasferimento delle competenze alla Provincia sulla base di criteri da verificare e da attuare in modo omogeneo su tutto il territorio regionale.

Migliorare la qualità del lavoro e delle prestazioni

Ultimo, ma non meno importante, l'intervento di Gabriella Semeraro della Segreteria Cgil Funzione pubblica del Piemonte, alla quale la Fondazione ha chiesto una riflessione su come si può conciliare il benessere degli utenti con quello dei lavoratori delle strutture che accolgono persone non autosufficienti.

Fatta una premessa nella quale ribadisce l'assoluta necessità di premere perché la Regione assicuri le risorse occorrenti per garantire i Livelli essenziali delle prestazioni socio-sanitarie domiciliari, semiresidenziali e residenziali, denuncia come il mancato ricovero di pazienti anziani non autosufficienti, in lista d'attesa per un posto letto in Rsa, nemmeno per la sostituzione di decessi, stia creando gravi problemi per l'occupazione. Se non vengono occupati i posti letto si rischia di avere piante organiche superiori ai tempi di assistenza previsti dalla normativa. Ben presto possono essere avanzate richieste di cassa integrazione o di licenziamenti del personale in esubero. Le organizzazioni sindacali Cgil, Cisl e Uil – continua Semeraro – ritengono che questa sia nel contempo la violazione del diritto degli anziani cronici non autosufficienti alle prestazioni e la negazione dei posti di lavoro per i lavoratori del settore.

Per questi motivi afferma di essere preoccupata per il mancato raggiungimento del 2% dei posti letto convenzionati previsti dal piano socio-sanitario 2007-2010 della Regione Piemonte. Rileva inoltre che i 2mila posti letto autorizzati dalla Regione Piemonte nel mese di agosto del 2010 non sono una risposta per le persone in lista d'attesa perché non è stata assicurata la copertura per il loro convenzionamento; si chiede quindi quante siano le famiglie disponibili a versare dai 3.000 ai 3.500 euro al mese per il pagamento dell'intera retta di ricovero (quota alberghiera e quota sanitaria).

Entrando poi nel merito del tema si dichiara concorde, a nome del Sindacato, sull'introduzione dell'obbligo della consegna all'ente pubblico competente, del libro unico riguardante i versamenti contributivi e, aggiunge, della copia della busta paga. Si tratta di documentazione che dovrebbe essere consegnata all'ente pubblico, che è l'organismo che deve garantire il rispetto dei contratti di lavoro sia delle strutture gestite direttamente, sia in quelle in affidamento a terzi.

È d'accordo anche sul rispetto delle norme che prevedono l'esposizione dei tabelloni con l'indicazione della presenza del personale medico e non che lavora all'interno della struttura. Una buona organizzazione del lavoro parte dal riconoscimento degli standard gestionali stabiliti dalla normativa e, quindi, dal rispetto del numero degli addetti previsti nella convenzione con il pubblico. Per questo, secondo Semeraro, l'affissione del tabellone, con indicati gli orari di presenza e dei turni degli infermieri e degli assistenti alla persona, oltre che dei medici, è un diritto dei familiari e delle organizzazioni di tutela dei malati che in questo modo hanno la possibilità di controllare le presenze effettive.

Infine per Semeraro sono tre i fattori importanti, che incidono sulla qualità delle prestazioni: i tempi di assistenza adeguati al bisogno effettivo degli utenti; una giusta retribuzione e il rispetto del contratto di lavoro; la formazione continua del personale.

Più questi fattori soddisfano i lavoratori, più aumenta la qualità del servizio erogato.

Conclusioni

Ad avviso della Fondazione promozione sociale sono stati raggiunti i seguenti obiettivi:

- sono stati correttamente inquadrati i bisogni degli anziani cronici non autosufficienti, individuati come malati complessi da curare e non solo da assistere;
- è stato ribadito il loro pieno diritto ad essere curati, proprio perché affetti da patologie croniche inguaribili;
- sono state illustrate le positive esperienze già oggi concretizzabili sia a domicilio sia nella residenzialità in alternativa al ricovero ospedaliero e alle case di cura convenzionate;
- il modello Piemonte è confermato come un esempio positivo a cui far riferimento perché all'utente sono fornite idonee prestazioni socio-sanitarie domiciliari o residenziali e sono rispettati i suoi diritti sanciti dalle leggi nazionali.

È anche emerso chiaramente che è indispensabile unire gli sforzi delle componenti sociali coinvolte. Dalla loro alleanza comune può nascere la forza per incidere sulle istituzioni e indurle a indirizzare le risorse disponibili in questo settore, superando le criticità esistenti ancora numerose.

Breda rilancia nuovamente la 2ª petizione popolare, come esempio di un'azione comune praticabile. Ciascuno dei presenti può farla propria, se ne condivide le richieste e le finalità. Rammenta anche che quasi tutte le delibere regionali sono il risultato di iniziative avviate in modo sperimentale da singole amministrazioni e sostenute dall'apporto delle associazioni di volontariato. Quindi, conclude, ognuno di noi può collaborare in prima persona per promuovere i cambiamenti ancora necessari.