

CRONACHE

L'INTERVISTA

ELISA FORTE
TORINO

Sette giorni. È quanto un anziano italiano resta ricoverato oltre il necessario, non per la malattia ma perché fuori dall'ospedale non c'è nessuno pronto ad accoglierlo. Si chiamano bed-blocker: 2,1 milioni di giornate di degenza inutili ogni anno; 1,5 miliardi di euro bruciati dal Servizio sanitario nazionale. Il viaggio de *La Stampa* nella sanità pubblica italiana oggi continua con Renato Balduzzi, giurista, docente di diritto costituzionale alla Cattolica, già nel 1996 capo dell'ufficio legislativo del Ministero della Sanità, poi presidente di Agenas e tra il 2011 e il 2013 ministro della Salute con Mario Monti. Trent'anni di memoria storica di quello che la sanità dovrebbe garantire. E, spesso, non garantisce. **Il diritto alla salute è garantito dalla Costituzione. Come si trasforma da valore proclamato a realtà quotidiana?**

«Partiamo da alcune vie di mezzo. Il decreto legislativo 29/2024 prevede, ma lo domanda alle scelte dei territori, il cohousing per anziani: la cohousing per anziani: sinora soltanto il Lazio l'ha preso sul serio. Poi ci sono le Rsa aperte: piste indicate da tempo nei convegni internazionali. Smettiamo di ragionare in bianco e nero, opponendo l'Adi alle Rsa: l'Rsa del futuro deve entrare dentro alla rete, assistere anche a domicilio».

I posti in convenzione nelle Rsa non bastano per tutti e l'Isce pesa sulla graduatoria.

«Non è ammissibile che si possa utilizzare la condizione reddituale e patrimoniale



“

Renato Balduzzi
Ex ministro della Salute

I nostri problemi sono anche quelli di Francia e Germania ma questo non può essere un alibi semmai uno stimolo

Renato Balduzzi

“Le leggi per gli anziani ci sono ma i diritti vengono traditi Più Rsa aperte e cohousing”

L'ex ministro: “Il paradosso è che il Paese invecchia e la spesa sociale cala”

come qualcosa che sovverte la condizione sanitaria. Se ciò succede, bisogna intervenire con decisione».

E le Case della comunità, fiore all'occhiello del Pnrr?

«Vanno fatte funzionare, con medici e soprattutto con infermieri di famiglia e di comunità: sono stati assunti in Emilia-Romagna, persino in Lombardia che scontava ritardi. E in Piemonte?».

L'Adi, l'assistenza domiciliare integrata, ha raggiunto gli obiettivi?

«Li ha raggiunti come numero di pazienti, non ancora come qualità dell'assistenza. Copre sì il numero maggiore di anziani possibili, ma non il numero maggiore di ore necessarie. L'assistenza domici-

Su La Stampa



L'inchiesta dedicata da La Stampa al tema delle Rsa, con la crisi dei posti disponibili e la difficoltà per molte famiglie di soddisfare le richieste economiche per trovare una sistemazione ai propri cari



liare non è fare una puntura: è vengo a casa tua, parlo con te, colmo la tua solitudine. È una presa in carico, non una prestazione».

Chi trova la porta chiusa come può difendersi?

«Intanto, l'advocacy, l'attività di segnalazione delle violazioni. Per fortuna ci sono le associazioni di protezione sociale e autotutela che aiutano le persone affinché siano garantiti i loro diritti. Dopodiché diventa un problema di politiche pubbliche e di leggi: bisogna monitorarne l'attuazione e cambiarle quando non vanno bene».

Parliamo di numeri: la fotografia della spesa sociale dei Comuni.

«La spesa sociale municipa-

le pro-capite è 142 euro in Italia: 174 al Nord, 92 al Sud: dai 37 euro della Calabria ai 429 del Trentino-Alto Adige, con l'eccezione della Sardegna a 279».

E quella destinata agli anziani?

«Ancora peggio: rappresenta il 15 per cento del totale. La forchetta è ancora più terribile: 19 euro in Calabria, 1.459 nella Provincia di Bolzano. Nel Nord-Ovest la media è 85 euro, nel Nord-Est 174, oltre il doppio. Nel 2013 era 107 euro, nel 2021 è scesa a 93. Il paradosso italiano: meno 6 per cento mentre il Paese invecchia. Sono solide con chi ha responsabilità politico-amministrative, perché non è facile, ma il decisore non può fare il pesce in barile».

Perché spendere di più nel sociale conviene anche alla sanità?

«Quando la spesa sociale municipale per gli anziani è significativa, ci sono meno ricoveri: la spesa sociale aiuta a risparmiare sulla spesa sanitaria. Uno studio che ha coinvolto la Società italiana di diritto sanitario lo conferma: nei comuni che spendono di più le degenze calano fino al 14 per cento. Altrimenti il conto lo paga il sistema sanitario: gli anziani restano ricoverati in media 7 giorni in più del necessario. La coperta corta non può essere un alibi: altrimenti hanno mille volte ragione le associazioni che denunciano una sordità dell'istituzione».

Un problema solo italiano?

«I nostri problemi sono anche quelli di Francia e Germania, ma ciò non può essere un alibi, bensì uno stimolo per fare meglio. La nuova assistenza territoriale non è più soltanto il bisogno che va al servizio, ma è il servizio che va al bisogno».—

©IPRODUCERE RISERVATA

IL COMMENTO

VINCENZO PAGLIA*

Non è la casa a fare male, è la solitudine

Sì è detto, in questi giorni, che in una residenza sanitaria per anziani non entra chi «preferirebbe» stare a casa, ma soltanto il malato cronico gravissimo, il paziente terminale, la persona non autosufficiente per la quale il domicilio non sarebbe più un'alternativa possibile. È una descrizione rassicurante, racconta un sistema che funziona: le famiglie reggono finché possono, e la struttura interviene solo quando non resta altro. Ma è una risposta clinica a un problema sociale. E il problema si chiama solitudine.

Un dato smentisce da solo la tesi dei «cronici gravissi-

mi»: degli oltre 291 mila anziani ospiti delle nostre residenze, l'82 per cento non è autosufficiente. Ma il restante 18 per cento - circa 52 mila persone - è autosufficiente. Se in Rsa entrano solo i malati gravissimi, che ci fanno 52 mila anziani autosufficienti? Non sono lì per necessità clinica. Sono lì perché sono soli.

In Italia gli anziani soli sono circa 4,4 milioni, quasi tre milioni dei quali hanno superato i 75 anni; 845 mila Over 65 dichiarano di non avere nessuno su cui contare, e quasi otto ultraottantenni soli su dieci non hanno né figli né nipoti.

Chi fa la spesa a questi 4 milioni di anziani soli? Chi li aiuta a lavarsi, a vestirsi, a tenere pulita la casa? E soprattutto: chi restituisce un po' di calore alla loro vita? Perché la solitudine non è soltanto un disagio: è un fattore di rischio. Un anziano che vive solo, senza qualcuno che si accorga quando smette di mangiare, quando cade, quando confonde le medicine, si aggrava prima e di più. Sovente, la perdita di autosufficienza non precede l'isolamento: lo segue.

Dei circa 3,8 milioni di anziani non autosufficienti, 250-300 mila vivono in strut-

tura, mentre circa 3,5 milioni restano a casa. Eppure per ogni anziano ricoverato in Rsa lo Stato mette in media circa 21 mila euro l'anno. Oltre alla quota alberghiera - altri 15-19 mila euro l'anno - che grava sul cittadino in base all'ISEE, o sul Comune quando la persona è incapiente. Per l'anziano assistito a domicilio, invece, il contributo pubblico si ferma a meno di 9005 euro l'anno, e tutto il resto - la spesa, l'igiene, la casa, la compagnia - ricade sulla famiglia, dove c'è. Concentriamo dunque la gran parte delle risorse sui 300 mila che stanno in istituto

e lasciamo le briciole ai milioni che stanno a casa. Poi, quando questi ultimi si aggravano e finiscono anch'essi in struttura, concludiamo che «servono più posti letto». Non stiamo rispondendo a un bisogno, lo stiamo creando.

La strada, allora, non è scegliere fra più letti o più ore di ADI. Occorre rivoltarsi alla solitudine. E, a rivoltarsi, devono essere per primi gli anziani stessi, protagonisti e non solo destinatari. Abbiamo bisogno, prima di tutto, di ritrovare una compagnia. Questo significa cohousing e nuove forme di convivenza, in cui anzia-

ni soli tornano ad abitare insieme, o accanto a giovani e studenti, condividendo spazi, spese e presenza. Significa un'assistenza sociale e sanitaria di prossimità. E significa, non ultimo, ripensare il ruolo stesso delle case di riposo e delle Rsa: non più soltanto contenitori di posti letto, ma centri di servizi radicati nel territorio, capaci di erogare assistenza anche a domicilio, di portare la loro competenza dentro le case della gente. La struttura che si apre e va verso l'anziano, invece di attenderlo al capolinea.—

*Presidente della Fondazione Età Grande Ets e presidente emerito della Pontificia Accademia per la Vita

©IPRODUCERE RISERVATA