

Dalla crisi della pandemia ad un nuovo modello di assistenza

Vincenzo Paglia

RPS

L'emergenza provocata dal Covid-19 ha fatto venire alla luce contraddizioni già presenti ormai da alcuni decenni nella nostra società, ossia l'incapacità di rispettare il diritto di ogni persona a vivere in maniera degna gli ultimi anni della propria vita, nel proprio habitat, circondata dall'affetto dei propri famigliari e dalla cura dell'intera comunità. Di fronte a tale situazione il ministro Roberto Speranza ha istituito il 28 settembre 2020 una Commissione per la riforma dell'assistenza sanitaria e sociosanitaria per la popolazione anziana (decreto

ministro della Salute 8.9.2020). Il contributo delinea le linee generali che presiedono il senso e il lavoro della Commissione, nata in un momento particolarmente drammatico non solo per il nostro Paese ma per l'intera Europa e l'intero pianeta. L'Italia ha vissuto per prima in Occidente l'esplosione della pandemia. E sono stati proprio i primi mesi del Covid a far emergere la necessità di un profondo ripensamento delle politiche di assistenza sociosanitaria per la popolazione anziana.

1. La transizione: dalle strutture residenziali al territorio

L'emergenza provocata dal Covid-19 ha fatto venire alla luce contraddizioni già presenti ormai da alcuni decenni nella nostra società, ossia l'incapacità a rispettare il diritto di ogni persona a vivere in maniera degna gli ultimi anni della propria vita, nel proprio habitat, circondata dall'affetto dei propri famigliari e dalla cura della intera comunità. Di fronte a tale situazione il ministro Roberto Speranza ha istituito il 28 settembre 2020 una Commissione per la riforma della assistenza sanitaria e sociosanitaria per la popolazione anziana (decreto ministro della Salute 8.9.2020). E ha voluto affidarmi la presidenza. In queste pagine illustro le linee generali che presiedono il senso e il lavoro della Commissione, nata in un momento particolarmente drammatico non solo per il nostro Paese ma per l'intera Europa e l'intero pianeta. L'Italia ha vissuto per prima in Occidente l'esplosione della pandemia. E sono stati proprio i primi mesi del Covid a far emergere la necessità di un

profondo ripensamento delle politiche di assistenza sociosanitaria per la popolazione anziana.

La strage di anziani a cui abbiamo assistito nell'ultimo anno in ogni contesto, tanto in paesi sviluppati, quanto in quelli emergenti o in via di sviluppo, ha reso evidente che il modello stesso di cura residenziale, in istituto, non era affatto adeguato ad accudire questa parte così fragile della popolazione. Siamo ormai vicini ai due milioni di decessi da Covid-19 nel mondo e si calcola che – almeno nei Paesi occidentali – il 50% sia avvenuto in questi ambienti, nelle nursing home, nelle case di riposo, negli ospedali per lungodegenti, insomma nei luoghi della assistenza residenziale a lungo termine.

È venuto il momento di ripensare dalla radice un nuovo modello di prossimità agli anziani. Non si tratta di riformare qualche regolamento o di introdurre normative un po' più stringenti o standard più severi, ma di un nuovo modello da individuare e realizzare.

Ci sono stati nel nostro Paese in passato momenti nei quali si è avuto il coraggio e la lungimiranza di individuare nuovi paradigmi, come quando negli anni '90 è stato avviato un processo di riforma radicale per la chiusura degli istituti per minori, introducendo l'adozione e la creazione delle case-famiglia. È stata una grande vittoria di civiltà. Ricordo anche la legge Basaglia del 1978 che ha liberato il Paese dai manicomi e da istituzioni veramente disumane. Anche questa è stata una grande riforma. Credo che oggi siamo chiamati a percorrere una via analoga relativamente alla popolazione anziana. C'è bisogno dell'aiuto di tutti, dell'intera società in tutte le sue articolazioni, per un nuovo futuro.

La Commissione per la riforma della assistenza sanitaria e sociosanitaria per la popolazione anziana (decreto ministro della Salute 8.9.2020) istituita dal ministro Speranza non ha alcun compito gestionale ma unicamente di consulenza. E si pone al servizio del ministero perché possa esercitare la sua responsabilità politica. L'obiettivo è quello di avviare una riforma profonda che richiede una adeguata riflessione da parte di tutti. La Commissione in effetti rappresenta l'intero spettro dei saperi e del sentire della società italiana: ci sono studiosi e rappresentanti delle istituzioni certo, ma anche scrittrici, registe, giuristi e giornalisti perché tutti siamo chiamati ad interpretare le domande che arrivano dalla popolazione anziana.

Il testo del decreto di istituzione di questa Commissione parla coraggiosamente di una «transizione dalla residenzialità a servizi erogati sul territorio». C'è bisogno di farsi prossimi alle case, ai quartieri, alle città:

infermieri di quartiere certamente, ma anche medici di famiglia, assistenti sociali, fisioterapisti, educatori di ogni ordine e grado. Insomma, da un modello sanitario ottocentesco, prevalentemente basato sugli ospedali, si deve passare a quello che gli anglosassoni chiamano un continuum assistenziale, ossia servizi erogati con diverse intensità in ogni ambiente, anche e soprattutto in quello domestico. L'auspicio è che l'Italia – e so di interpretare il pensiero anche del ministro – diventi il Paese più avanzato d'Europa nell'ambito delle cure domiciliari. E a mio avviso direi non solo per l'Europa ma per il mondo visto che l'Italia con il Giappone sono i paesi più longevi del pianeta. Con la criticità tuttavia che l'Italia è uno dei paesi con la più lunga aspettativa di vita in cattiva salute. Tutte le diverse realtà del Paese – anche quelle private – vanno coinvolte in questo nuovo progetto. C'è bisogno di tutti per realizzare questo epocale passaggio dall'istituto, dalla Rsa a forme di assistenza a domicilio, a case famiglie, ad esperienze di co-housing e molto altro ancora.

Una nuova sanità sul territorio eleva la qualità delle cure ed è strumento per spendere meno e meglio. Pensiamo ai trenta milioni di accessi in pronto soccorso che ogni anno si verificano in Italia: moltissimi nascono non tanto e non solo da inappropriatelyzza, quanto dalla reale mancanza di alternative sul territorio. Ed è solo un esempio dei molti possibili. C'è poi molto altro: intorno alla vita degli anziani, presso casa loro, nei loro quartieri, si intrecciano la possibilità non solo di una sanità più efficiente e più centrata sulla persona, ma anche la opportunità di umanizzare i quartieri, diffondendo servizi proattivi, dinamici, riqualificando e rigenerando l'habitat, anzitutto per gli anziani e per l'intera popolazione più fragile. Si pensi solo, ad esempio, a quanti anziani non hanno l'ascensore nel loro palazzo e vivono ai piani alti? Quale sarà il loro destino se non miglioriamo le loro possibilità di muoversi? È facile immaginarlo. Dobbiamo unire strumenti nuovi e sensibilità antiche: telemedicina e lotta alla solitudine, quest'ultima è la grande nemica di tanti anziani e non solo. Va avviata una rivoluzione informatica assieme ad una grande opera di socializzazione, di tessitura dei legami sociali. Non vado oltre su questo. Sono però convinto che la crisi attuale può essere un momento di riflessione e nuova partenza.

La Commissione ha davanti a sé una grande sfida: ripensare un modello concreto capace di raggiungere gli anziani nel loro contesto umano, avvalendosi di risorse sul territorio e di tecnologie innovative oggi disponibili ma poco utilizzate. Va riscoperto, peraltro, il ruolo e il significato degli anziani nella nostra società. È certamente una grande conquista

del progresso aver allungato gli anni della nostra vita. Ma non c'è altrettanta riflessione su come spenderli e come considerarli. Venti anni in più ma per fare cosa? Purtroppo, una cultura mercatista spinge a considerare gli anziani un peso per la società. Gli anziani, soprattutto quando si infragiliscono, sono un peso per le finanze, per i servizi, persino per il nostro tempo. Gli anziani, non importa se sono in forze o no, con la loro stessa presenza, sono l'evidenza della storia realmente vissuta e del passaggio della vita tra le generazioni. Essi sono la testimonianza che questa storia è stata reale: è quella che loro hanno fatta. Per questo vanno «onorati». Gli anziani vanno accompagnati sviluppando dei veri e propri servizi che combattano l'isolamento sociale e la solitudine, fattore di rischio di una moltitudine di patologie, incluse le demenze. Non si tratta di progettare villaggi per anziani, o condomini dorati per i pensionati che rappresentano una nuova forma di marginalizzazione, se non di vero e proprio apartheid. C'è bisogno di favorire un processo che aiuti le diverse generazioni ad integrarsi e ad aiutarsi a vicenda.

2. Le sfide per cambiare le condizioni delle persone anziane

Ecco alcuni spunti utili che aiutano il dibattito in questi mesi all'interno della Commissione. Li declino nella fattispecie di sfide che dovremmo affrontare.

La sfida conoscitiva

Il primato dell'ascolto della domanda degli anziani è decisivo. Questo richiede una mente libera da pregiudizi per cercare i bisogni veri degli anziani. Troppo spesso si antepongono le ragioni dell'economia, della logica aziendalistica, dell'imprenditoria alla domanda che i nostri anziani sommessamente esprimono.

La sfida assistenziale

Occorre una rivoluzione quasi copernicana per traslocare l'assistenza dall'ospedale al territorio e, più in particolare, alla dimora dei fragili e degli anziani. Certo, non è facile ripensare in questi termini un sistema che si è rivolto negli ultimi quarant'anni alle istituzioni, agli ospedali, alle Rsa, al «matton» insomma. C'è però un inviolabile diritto a vivere

in casa propria, a non perdere memoria e identità, ad essere preservati all'interno della propria rete familiare e amicale. È bella questa osservazione di Andrea Camilleri: «La casa nella quale l'anziano vive è la sua memoria. Mettendolo in un istituto, gli facciamo perdere la memoria. E la memoria è la radice della vita, la radice dell'esistenza: "muoio meglio a casa mia": certo! Perché muori circondato dalla tua vita».

RPS

Vincenzo Paglia

La sfida dei diritti

Se le Nazioni unite hanno siglato la convenzione sui diritti del fanciullo nel 1989 e se l'Italia si è dotata nel 1978 di una legge dello Stato sui diritti delle persone con disturbi mentali, rilievo, con qualche sconcerto, che poco è stato fatto a questo livello per gli anziani. Non dobbiamo liberare anche questa popolazione dalle angustie delle istituzioni? Ciò che è valso in passato per i minori e per le persone con sofferenza mentale non rappresenta oggi uno stimolo per adottare provvedimenti analoghi: case-famiglia, piccole convivenze a misura d'uomo, sostegno presso la propria dimora?

La sfida alla solitudine e per la socialità

Questa è anzitutto la sfida per un cambiamento culturale di fondo. Si tratta di comprendere ed aiutare a far comprendere che l'anziano è colui che più risente di un problema diffuso trasversalmente in tutta la società: l'isolamento sociale e la solitudine. Non è un caso che Londra nel 2018 abbia deciso di istituire addirittura un Ministero per la Lotta alla solitudine, definita da Theresa May come una «sad reality of modern life». Il declino delle risorse sociali, della famiglia, divenuta sempre più stretta e «lunga», della scomparsa o almeno rarefazione delle appartenenze civili, sociali e politiche è un problema da porsi fino in fondo, per le sue conseguenze sanitarie, economiche e per il nostro stesso futuro.

La sfida di un habitat verde e amichevole

Anche la città va ripensata perché sia a misura degli anziani e dei fragili. Spesso invece gli anziani vivono in un mondo intossicato non solo dalla violenza, dalle droghe, dall'inquinamento, ma soprattutto da una idea di uomo autosufficiente, che cerca la propria autonomia facendola coincidere con una indipendenza fin quasi alla solitudine. Un ideale non

solo triste ma anche impossibile da vivere per chi è anziano. Una città a misura di anziano deve essere appunto amica degli anziani, proattiva in merito agli accessi, capace di favorire incontri, di tutelare spazi di incontro.

RPS

La sfida del personale sul territorio

Il personale destinato al territorio deve essere preparato e motivato meglio: purtroppo sino ad ora il lavoro fuori dagli ospedali è sembrato una soluzione di serie B, non adeguatamente incentivata rispetto all'obiettivo disagio di farsi viaggiatori attraverso la città, nelle case, alla ricerca delle persone bisognose di un servizio sanitario o sociale. Non occorre rovesciare anche questa prospettiva con una adeguata premialità ed una specifica carriera per chi si muove incontro ai pazienti?

La sfida comunicativa

C'è bisogno di suscitare una cultura della prossimità per aiutare un futuro migliore per gli anziani. Essi siamo noi, oggi, e lo saranno tutti, domani. È una età della vita che non può e non deve essere vissuta solo come malattia, decadenza o peggio inferno di abbandono e umiliazioni. In questo senso, accanto alla riflessione e all'elaborazione dell'agenda – non certo esaustiva – condensata in questi punti, la Commissione si è dato un metodo di lavoro: quello dell'ascolto. La Commissione deve fare proprie tutte le domande, le urgenze, le sensibilità che la società italiana, ricca di esperienze e di saperi, saprà certamente offrire. Questo metodo permette una audizione attenta e sistematica con i vari interlocutori, ed offre risultati utili a disegnare in modo appropriato il nuovo modello di assistenza.

Si tratta di un lavoro lungo ma indispensabile per poter «onorare» il vasto popolo degli anziani di questo tempo e delle prossime generazioni. La condizione di solitudine della popolazione anziana e delle sue ricadute sulla salute e sulla domanda sanitaria è il tema emerso con prepotenza ed in modo corale dai lavori e dalle audizioni che la Commissione ha già espletato. In particolare, diversi portatori di interesse hanno sottolineato la durissima condizione di isolamento nelle case e negli istituti di larga parte degli over 65. Non è questa condizione qualcosa di innocuo, anzi. In questo senso una prima iniziativa è stata la stesura di un documento per la emanazione di una circolare ministeriale dedicata alla ripresa in sicurezza delle visite nelle Rsa e nelle case di

riposo¹. La totale chiusura di queste strutture, in omaggio alle norme anti Covid, ha mostrato clamorosamente la scarsa coscienza e conoscenza di quanto solitudine ed isolamento sociale costituiscano potenti fattori di rischio per la mortalità, le patologie cardiovascolari, il decadimento cognitivo, la depressione e l'ansia. Non manca una solida letteratura che studia emergenti associazioni fra questi fattori ed il cancro, sebbene le evidenze non siano altrettanto forti (D'ippolito e al., 2017). Aver contrastato questa tendenza è solo un primo passo, ma nella giusta direzione. Credo che in Italia debba essere ripreso con forza l'impegno ad una nuova tessitura delle relazioni e del capitale sociale, che vada di pari passo con una sanità di prossimità, vicina alle case degli anziani, preoccupata delle loro reti relazionali, impegnata in una vera prevenzione. L'illusione di una soluzione tecnologica e di un approccio esclusivamente tecnicista per tutta la domanda sanitaria è pericolosa sia perché insostenibile nel lungo termine, sia perché non affronta i veri nodi alla base di tante domande.

3. Contrastare il declino, rigenerare risorse sociali

Perché è tanto importante il discorso sul declino delle risorse sociali?

1. Non sappiamo se esiste una associazione diretta tra declino demografico e riduzione del capitale sociale, ma sappiamo per certo che i due trend viaggiano in parallelo da diverse decadi: la crescita di famiglie unipersonali, arrivate ormai alla soglia degli otto milioni, disegna una popolazione che avrà in futuro un basso numero di caregiver, a differenza del passato, e conseguenti ripercussioni in termini di crescita della domanda sanitaria. Tale modifica profonda della struttura familiare non è bilanciata da un incremento o dal mantenimento delle appartenenze: la crisi di partecipazione a partiti, organizzazioni ecclesiali, sindacati è evidente a tutti. Per i giovani, la larga quota di «neet», giovani fuori sia dal mondo dello studio che da quello del lavoro, presenti in Italia, può essere letta anche come crisi partecipativa, di oggettiva emarginazione dalla vita sociale, culturale e politica

¹ Circolare del Ministero della Salute del 30 novembre 2020 «Disposizioni per l'accesso dei visitatori a strutture residenziali socioassistenziali, sociosanitarie e hospice e indicazioni per i nuovi ingressi nell'evenienza di assistiti positivi nella struttura».

- in genere. Purtroppo la pandemia rivelerà appieno i suoi effetti su questo mondo solo nel medio termine.
2. Il concomitante declino demografico si è tradotto in anni recenti nella rottura di un equilibrio fra nascite e morti, avendo ormai queste ultime largamente superato le prime, con la conseguenza di una stabile riduzione della popolazione generale. Siamo scesi sotto la soglia psicologica dei 60 milioni. Le ripercussioni sono notevoli: c'è una Italia che si spopola, soprattutto al centro sud, nel nord ovest e nelle aree interne appenniniche, conservando però una ancor più ampia, in termini relativi e assoluti, quota di popolazione anziana, difficile da raggiungere e da servire. A questo si accompagna la crescita generale dell'indice di invecchiamento (che è il rapporto fra la popolazione con più di 65 anni e la popolazione con meno di 15 anni), ormai prossimo al 180% e quello di dipendenza strutturale, pari al 56% (che è il rapporto tra la popolazione in età non attiva e quella in età attiva).
 3. Nel contempo, il quadro epidemiologico ed una attenta analisi del *burden of disease* vedono crescere patologie ad alto contenuto invalidante, come le demenze, in particolare la malattia di Alzheimer, le malattie croniche respiratorie come l'enfisema, o lo scompenso cardiaco. Si tratta di quadri che evolvono con lentezza ma richiedono cure e soprattutto assistenza, proprio mentre si manifesta una carenza dei curatori informali e familiari, e mentre latita una articolata presenza sociosanitaria sul territorio anche di forme semiresidenziali, come i centri diurni, che tanto sollievo potrebbero arrecare alle famiglie.
 4. Insomma, siamo più soli, siamo meno numerosi e lo saremo ancor più, siamo più anziani ed i giovani diminuiscono con un ritmo accelerato, sia in assoluto ma soprattutto in relazione alla crescita degli over 65. Abbiamo bisogno di cure estese nel tempo e di più assistenza, perché crescono le patologie invalidanti. La chiave di volta, o almeno uno dei fattori chiave, a mio modesto avviso, è certamente la necessità di una ripartenza del tessuto sociale nazionale e dei processi aggregativi.

4. Conclusioni

In una Italia che tende a spopolarsi, in grande ripiegamento demografico, con flussi migratori importanti dal sud al nord e verso l'estero, non

più bilanciati da un adeguato afflusso, il ruolo dei servizi sul territorio e del sostegno alle famiglie è centrale, e può essere il volano di un nuovo sviluppo. Sono convinto, insieme alla Commissione, che riformare la assistenza sanitaria agli anziani accrescendone la presenza sul territorio, sia di fondamentale importanza, così come la scelta di servizi proattivi che sappiano uscire dalle istituzioni e raggiungere i cittadini presso il loro domicilio. Questa presenza nei quartieri e nelle periferie sarà una forza utile per aggregare, per arginare lo spopolamento, per consentire alle famiglie di sostenere con più facilità i propri cari portatori di fragilità o invalidità. Al contrario, la pandemia ha dimostrato quanto le soluzioni residenziali, siano esse Rsa, case di riposo, istituti di riabilitazione, si siano dimostrate il vero tallone d'Achille di tutta la sanità, non ostacolando o addirittura favorendo la diffusione del Covid-19. Combattere la solitudine e l'isolamento sociale sarà un fatto centrale, nei prossimi anni, anche tenendo conto del panorama che ho appena finito di descrivere

Rammento alcune delle parole che Vivek Murthy, Surgeon General degli Stati Uniti fra il 2014 e il 2017, scrive nel suo recentissimo volume *Together: The Healing Power of Human Connection in a Sometimes Lonely World*. Egli definisce la solitudine un problema di sanità pubblica, in grado di contribuire sia alle condizioni prima citate, che all'uso di droghe e alcool, alle dipendenze di ogni genere, alla violenza ed a molti comportamenti antisociali. Non si tratta solo di questo: la solitudine, afferma, condiziona la nostra salute, ma anche come facciamo crescere i nostri figli, come rendiamo e produciamo sui luoghi di lavoro, influisce sulle divisioni e polarizzazioni delle nostre società. E conclude: «Al centro della nostra solitudine c'è un innato desiderio di connessione. Ci siamo evoluti per vivere in comunità, per forgiare legami duraturi con gli altri, per aiutarci l'un l'altro. Semplicemente, insieme stiamo molto meglio». Ai lettori non sfuggirà l'eco di storie e tradizioni italiane, laiche e religiose, che hanno molto da insegnare al nostro mondo. Tutti noi, come scribi saggi, siamo chiamati a trarre dal buon tesoro della nostra cultura cose antiche per trasformarle in novità attuali buone per il nostro tempo. Ritessere legami, ricostituire comunità, rammendare un tessuto sociale lacero è compito di tutti, e scelta politica di ognuno. E occorre farlo a partire dai più fragili ed isolati, gli anziani e i giovani. Dalle case, dai territori, dalle periferie. Per questo curare e prevenire a casa è la scelta che siamo chiamati a fare in sanità, perché si produca un vero rinnovamento della società tutta intera.

Riferimenti bibliografici

- D'ippolito S., Ambrosini E., Shams M., Calì G. e Pastorelli D., 2017, *The effect of loneliness on cancer mortality*, «Journal of Clinical Oncology», vol. 35, n. 15, suppl. 10070, Doi: https://doi.org/10.1200/JCO.2017.35.15_suppl.10070.
- Murthy V., 2020, *Together: The Healing Power of Human Connection in a Sometimes Lonely World*, HarperCollins Publishers, New York.