

Prospettive assistenziali, n. 99, luglio-settembre 1992

PRENDERSI CURA DELLE PERSONE ANZIANE ANCHE ALLA LUCE DEL PROGETTO-OBIETTIVO "TUTELA DELLA SALUTE DEGLI ANZIANI" (*)

In Italia si discute molto di anziani, o meglio, si discute di "residenze" per anziani. Da quando la legge finanziaria 1988 ha previsto la realizzazione di 140.000 posti per «anziani che non posso-no essere assistiti a domicilio» si discute soprattutto di "Residenze sanitarie assistenziali". Questo spostamento di interessi - dalle persone alle istituzioni - è espressivo di un atteggiamento ed ha delle conseguenze. Molti credono di poter risolvere il problema con risposte di tipo istituzionalizzanti, costruendo strutture dove confinare le persone dipendenti. Questa scelta è errata e va rigorosamente contestata. Scegliere prioritariamente per le residenze e solo successivamente per il domicilio è un errore grave. Si rischia infatti di spendere risorse per costruire strutture nuove, o per riadattare le vecchie, senza che ce ne sia effettivo bisogno. Se fossero garantiti i servizi domiciliari il numero di quelli che debbono comunque essere ricoverati sarebbe certamente inferiore. Realizzare solo, o prioritariamente le RSA vuol dire non risolvere il problema nella sua vera dimensione. Il recente progetto-obiettivo "Tutela della salute degli anziani" contiene, in questo senso, delle indicazioni decisamente positive.

Il progetto-obiettivo "Tutela della salute degli anziani"

In data 30 gennaio 1992 il Parlamento ha approvato una risoluzione che predispone l'avvio del progetto-obiettivo "Tutela della salute degli anziani" che infatti prevede:

1. la priorità degli interventi domiciliari;
2. l'istituzione della Unità di valutazione geriatrica (UVG);
3. la creazione di Residenze sanitarie assistenziali (RSA).

Le RSA nel progetto-obiettivo "Tutela della salute degli anziani"

Circa le Rsa, il progetto-obiettivo afferma: «*La denominazione di residenza sanitaria assistenziale è stata preferita rispetto ad altre dizioni perché l'aggettivo "sanitaria" sottolinea che si tratta di una struttura propria del Servizio sanitario nazionale, a valenza sanitaria, di tipo extra-ospedaliero (residenza), la cui gestione è finanziabile con il fondo sanitario nazionale e di cui le USL possono garantire direttamente la gestione; l'aggettivo "assistenziale" rimarca che la residenza ha anche una valenza socio-assistenziale in-scindibilmente connessa alla valenza sanitaria, il che legittima l'impiego da parte del Servizio sanitario nazionale di figure professionali di tipo sociale, in assenza di assegnazione da parte degli enti locali, con l'assunzione degli oneri relativi, sia pure sotto l'obbligo di contabilizzazione separata*».

Le Unità valutative geriatriche nel progetto-obiettivo "Tutela della salute degli anziani"

Tenuto conto delle indicazioni del progetto-obiettivo si ritiene necessario che al più presto vengano istituite in tutte le USL le Unità valutative geriatriche con i seguenti compiti previsti dallo stesso progetto-obiettivo:

a) «*selezione degli anziani che hanno necessi-tà di assistenza continuativa in regime di assi-stenza domiciliare integrata (ADI) o di Day Hospi-tal riabilitativo o di strutture residenziali*»;

b) «*programmazione e controllo di qualità dell'assistenza geriatrica nella rete integrata dei servizi*». Secondo la risoluzione del Parlamento del 30.1.92 «*all'inizio sarà indispensabile poter contare almeno su una équipe per ogni USL nel cui ambito operi un reparto di geriatria per crea-re esperienze formative per il personale*».

Condizione indispensabile per la istituzione e gestione delle UVG è l'appartenenza del servizio al comparto sanitario e non a quello assistenzia-le. Ne deriva pertanto che le UVG non possono essere istituite dalle istituzioni pubbliche di assi-stenza e beneficenza (IPAB) che, come è noto, non afferiscono al settore sanitario ma a quello della assistenza.

Se assolutamente necessario, può essere ammesso temporaneamente l'utilizzo di opera-tori che lavorano presso le IPAB. Ciò dovrebbe essere disciplinato da una apposita convenzio-ne stipulata dalla USL alla quale compete l'isti-tuzione della UVG.

Dagli istituti di ricovero (case di riposo, residenze protette, ecc.) alle RSA

La risoluzione del Parlamento del 30 gennaio 1992 ed il progetto-obiettivo "Tutela della salute degli anziani" stabiliscono che la RSA è «*una struttura propria del Servizio sanitario nazionale*». Pertanto occorre che le Regioni e le USL stabili-scano norme per:

- l'istituzione del servizio di ospedalizzazione a domicilio. Ciò anche al fine di evitare che l'utenza debba ricorrere al ricovero a causa del-la mancanza di prestazioni fornite a casa, pre-stazioni più valide e meno costose per il Servizio sanitario nazionale. Il servizio di ospedalizzazio-ne a domicilio potrebbe essere costituito da operatori (medici, infermieri, riabilitatori, ecc.) territoriali o ospedalieri, ovvero da équipes con-venzionate garantendo in ogni caso come servi-zio, interventi per 10-12 ore al giorno, per 7 gior-ni settimanali. In tal modo, ospedalizzazione a domicilio e assistenza domiciliare integrata co-stituirebbero un insieme organico. Ciò determi-nerebbe anche un non indifferente risparmio di personale (soprattutto infermieri) e di denaro pubblico;
- il passaggio dei compiti di istituzione e di gestione delle strutture per anziani cronici non autosufficienti dal comparto assistenziale a quello sanitario. Pertanto le domande di ammis-sione dovranno essere rivolte al settore sanita-rio e non ai Comuni;
- l'ammissione dovrà essere valutata dalla UVG della USL territorialmente competente in base alla abitazione del richiedente. La UVG do-vrebbe esprimere un parere motivato, a seguito di una visita diretta del paziente e di idonei ac-certamenti, circa gli interventi più opportuni, se-condo le diverse modalità (permanenza a domi-cilio - con o senza l'intervento del servizio di ospedalizzazione a domicilio -, il ricovero in ospedale o in una casa di cura, il day hospital, la RSA) ;
- l'istituzione (urgentissima) di apposite com-missioni mediche (1) con il compito di «*provve-dere ad una valutazione collegiale delle condi-zioni di salute degli attuali ospiti degli istituti co-munali e convenzionati per non autosufficienti, con la conseguente individuazione delle patolo-gie di cui sono affetti e della loro gravità*», e di «*effettuare una ricerca atta ad individuare meto-dologie, criteri, strumenti per un concreto indiriz-zo operativo per il ricovero degli anziani cronici in presidi sanitari o in RSA, atti al migliore soddi-sfacimento delle esigenze complessive delle persone interessate*»; oppure -

preferibilmente - attribuzione delle suddette funzioni alle UVG. In tale caso la loro istituzione diviene ancora più urgente.

Prevenire, curare, riabilitare le persone malate, gravemente non autosufficienti

Molti anziani, anche molto anziani, sono indipendenti, godono di buona salute e di una soddisfacente qualità di vita. Per alcuni però non è così; a causa di una malattia hanno acquisito una disabilità che ha prodotto un handicap. Alle volte la dipendenza che questa situazione produce è molto grave e può non consentire all'individuo di gestire in modo autonomo le funzioni necessarie alla sua sopravvivenza. L'Organizzazione mondiale della sanità si è occupata a lungo del problema ed ha sottolineato come gli interventi debbano, nell'ordine: prevenire, potenziare, integrare, sostituire. Ciò vuol dire che:

- affrontare il problema della persona malata in termini funzionali - come l'OMS raccomanda - non vuol dire nascondere la sua malattia;
- non sempre è possibile guarire tale malattia, come non è sempre possibile recuperare pienamente le capacità funzionali, ma è sempre doveroso curare e utilizzare, potenziandole, le funzioni residue;
- bisogna riconoscere che una persona non autosufficiente (dipendente secondo il linguaggio anglosassone) è malata, spesso molto malata, di frequente malata in modo permanente, e che a motivo di ciò va curata e riabilitata secondo il suo diritto e le sue necessità;
- i servizi sanitari sono tutti quelli rivolti al mantenimento e al miglioramento delle condizioni di salute e possono essere coadiuvati da iniziative specifiche per il miglioramento delle condizioni e dello stile di vita;
- la persona deve essere libera di scegliere il percorso terapeutico che più ritiene confacente alle sue condizioni di vita e di salute. Tale libertà di scelta deve essere garantita in modo effettivo attraverso l'offerta di servizi specifici;
- la spesa per tali servizi dovrà essere ripartita tra tutti i cittadini e non solo attribuita agli anziani e ai loro congiunti;
- la pretesa di dichiarare «di competenza assistenziale» i non autosufficienti non ha più ragione d'essere. Competente a garantire e migliorare le condizioni di salute dei singoli e della popolazione generale è infatti il settore sanitario, come previsto dal progetto-obiettivo "Tutela della salute degli anziani";
- vanno attivate, per garantire la salute, tutte le competenze necessarie a rimuovere cause sociali ed economiche che aggravano la situazione di dipendenza causata dalla malattia.

Il caso delle persone colpite dalla malattia di Alzheimer

Le persone colpite da malattia di Alzheimer sono gravemente malate, ma oltre a subire gli effetti devastanti della malattia sono anche abbandonate a se stesse o ai servizi socio-assistenziali (2). Sembra che più la malattia si presenta in forma grave e devastante, meno deve essere considerata.

Paradossalmente più la malattia è in fase avanzata e meno si è considerati. Si opera una rimozione pericolosa che lascia il soggetto con la sua malattia privo delle risposte cui avrebbe diritto e di cui avrebbe bisogno per sopravvivere.

Diritto alle cure sanitarie

È quel che sta accadendo anche per i ricoveri ospedalieri urgenti. Se una persona anziana si presenta ad un Pronto Soccorso spesso viene respinta (3). Il ricovero ospedaliero si fa sempre più difficile per chi ha superato certi limiti d'età. Ciò mentre le dimissioni dagli stessi ospedali vengono fatte senza tener

conto delle norme vi-genti (4). Il peggioramento delle condizioni di sa-lute provoca frequentemente un repentino e de-vastante consumo delle già ridotte risorse eco-nomiche. Ad una ampia ed urgente domanda di servizi corrisponde una offerta assai scarsa (5).

Per una equa politica sanitaria

Il recente progetto-obiettivo "Tutela della salu-te degli anziani" contiene delle chiare indicazio-ni. Tali positivi orientamenti richiedono una pun-tuale attuazione per evitare alcuni rischi estre-mamente gravi. Tra questi:

- 1) il rischio che la durata delle degenze ospe-daliere sia ridotta pur permanendo obiettive condizioni di necessità terapeutica in tale sede;
- 2) il rischio che non sia affatto garantita la ria-bilitazione (la cifra dell'1% di posti letto per la riabilitazione ogni 1000 abitanti a suo tempo prevista dalla legge 595 è stata poi ridotta allo 0,5);
- 3) il rischio che le RSA diventino dei meri rico-veri emarginanti per anziani, malati di mente, handicappati;
- 4) il rischio di veder smantellati i servizi terri-toriali.

Occorre inoltre che sia definita una politica del personale che garantisca l'assunzione e la permanenza in servizio di professionalità qualifi-cate e assicuri i necessari momenti di qualifica-zione ed aggiornamento. Vanno quindi evitate confusioni sugli standards logistici e gestionali che determinano servizi inesistenti. Alcune Re-gioni infatti prevedono in RSA presenze medie dei medici e degli infermieri assolutamente in-sufficienti.

Circa i diritti nelle Residenza sanitarie assistenziali (6)

Per garantire in modo effettivo il rispetto dei diritti e delle esigenze delle persone gravemente non autosufficienti è necessario tener conto di che cosa siano le RSA nell'attuale normativa; dei fondamenti giuridici del diritto alla salute e alle cure sanitarie senza limiti di durata; di quale debba essere l'utenza delle RSA, gli standard di personale, abitativi e tipologici; di quali debbano essere le competenze gestionali, i criteri di am-missione/dimissione, la distribuzione degli oneri economici.

Pertanto, agli utenti delle RSA, come ad ogni altra persona, va garantito il diritto alla salute mediante prestazioni di prevenzione, cura e ria-bilitazione. Devono, inoltre, essere garantiti i diritti con-cernenti la dignità nel rispetto della individualità dei soggetti assistiti (nome, privacy, intimità, li-bertà di movimento, corrispondenza, visite...) (7). Fra i diritti da garantire va compreso, inoltre, quello al ricovero ospedaliero, qualora fosse ne-cessario.

Compete al Ministero della sanità definire, nel rispetto della normativa statale, gli standards quantitativi e qualitativi minimi riguardanti le strutture, il personale e la qualità delle presta-zioni. Vanno, in questo senso, favorite anche le forme di controllo sociale da parte dei cittadini, ad esempio nelle forme di commissioni autoriz-zate. Le convenzioni con le strutture private debbono prevedere la clausola della trasparen-za amministrativa prevista dalla legge 241.

Garantire una reale priorità agli interventi domiciliari

In base a quanto previsto dall'art. 20 della leg-ge 67/1988, il ricovero in RSA deve essere con-sentito esclusivamente nei casi in cui non sia possibile intervenire a livello domiciliare o trami-te presidi poliambulatoriali e ospedali diurni. Si chiede quindi che la priorità contenuta in questa norma sia rispettata (8).

Piattaforma per l'attuazione del progetto-obiettivo "Tutela della salute degli anziani"

Il problema degli anziani cronici gravemente non autosufficienti deve essere impostato riconoscendo la loro condizione di malati. In quanto tali, hanno diritto alle prestazioni sanitarie di prevenzione, terapia e riabilitazione come gli altri cittadini.

Ciò è sancito dalla Costituzione (art. 32) e dalle leggi attualmente in vigore (legge del 4 agosto 1955 n. 692; legge del 12 febbraio 1968 n. 132; legge del 23 dicembre 1978 n. 833).

Una certa quota di queste persone è dipendente dall'aiuto degli altri per sopravvivere. Giustamente il progetto-obiettivo evita che a questa necessità si risponda in modo istituzionalizzante.

Vanno infatti privilegiati gli interventi domiciliari che sono preferiti dai cittadini e vantaggiosi per il sistema sanitario. Tali servizi vanno attivati prima di ogni altra soluzione anche per evitare che siano ricoverate persone che sarebbero potute restare a casa loro.

Opportunamente quindi, il 30 gennaio 1992, il Parlamento ha approvato una risoluzione che sancisce l'avvio del progetto-obiettivo «Tutela della salute degli anziani» che, come è già stato rilevato in precedenza, prevede:

- la priorità degli interventi domiciliari;
- l'istituzione delle Unità di Valutazione Geriatrica (UVG);
- la creazione di Residenze Sanitarie Assistenziali (RSA).

Pertanto, affinché siano garantiti i diritti dei cittadini è indispensabile che:

1) siano privilegiati gli interventi domiciliari in ogni USL con la creazione di servizi specifici. In particolare ospedalizzazione a domicilio e assistenza domiciliare integrata;

2) vengano attivate, presso tutte le USL, le Unità di valutazione geriatrica (UVG);

3) siano realizzate presso tutte le USL servizi di day hospital che svolgano attività preventive, curative, riabilitative, compresa la funzione di preospedalizzazione e deospedalizzazione;

4) siano avviati dei centri diurni a carattere sanitario specializzati nella cura e riabilitazione delle persone colpite da malattia di Alzheimer e da altre forme di demenza senile.

Quale sostegno alle persone che intendano contribuire alla cura del malato a casa è necessario prevedere la possibilità di usufruire di periodi di aspettativa retribuita.

È altresì indispensabile che gli assegni di accompagnamento, cui molti malati hanno diritto, siano erogati tempestivamente. A questo fine possono essere introdotte delle facilitazioni nelle procedure (es. certificazione del primario ospedaliero).

(*) Il documento è stato redatto dal Gruppo nazionale per i diritti e le esigenze delle persone anziane non autosufficienti. Il Gruppo si riunisce da anni in maniera informale, prima presso l'ISTISSE e poi presso il CSPSS, via dell'Arco di San Callisto 22, 00153 Roma. Ne fanno parte: Andrea Bartoli (CSPSS), Gianna Bitto (CISL Pensionati), Giovanna Colombo (ADA), Paolo Cozzi Lepri (Centro per i diritti del cittadino), Graziana Delpierre (UIL Pensionati), Fabrizio Fabris (Ordinario Università di Torino), Aurelia Florea (ISTISSE), Francesco Florenzano (Psicologo, Roma), Ivano Giacomelli (Centro per i diritti del cittadino), Luciano Giusti (CLOD), Carlo Hanau (Università di Bologna), Giuseppe Lumia (MO.VI), Silvano Miniati (UIL Pensionati), Giovanni Nervo

(Fondazione Zancan), Vito Noto (Geriatra, Milano), Giuseppa Palladino (Medico, Roma), Giuseppe Pasini (Ca-ritas Italiana), Luigi Pernigotti (Geriatra, Torino), Francesco Santanera (Coordinamento sanità e assistenza tra i movi-menti di base), Luciano Tavazza (Fondazione per il volon-tariato), Marco Trabucchi (Ordinario Università di Roma - Tor Vergata).

(1) Cfr. Deliberazione della Giunta municipale di Torino del 9 luglio 1991, n. 9108353/19

"Istituzione di una Com-missione medica per l'esame di problemi inerenti le strut-ture residenziali per anziani non autosufficienti".

(2) Cfr. Documento del Gruppo nazionale per il diritto al-la cura delle persone colpite da malattia di Alzheimer, in *Prospettive assistenziali*, n. 94, aprile-giugno 1991.

(3) *Filomena* n. 1/1992.

(4) Santanera F., Breda M.G., *Per non morire d'abbandono*, Rosenberg & Sellier, Torino, 1989.

(5) Friziero M., Rocco M., Scarafiotti C., "Anche gli anzia-ni del ceto medio devono chiedere di essere assistiti: se diventano cronici e non autosufficienti non vengono cura-ti", in *Prospettive assistenziali*, n. 93, gennaio-marzo 1991. Si vedano poi gli articoli della stampa sulle "Pensioni-la-ger", sugli affari di Italsanità e sul network "A casa".

(6) A questo proposito si faccia riferimento al documen-to approvato il 6 giugno 1991 dallo stesso Gruppo nazio-nale per i diritti e le esigenze delle persone gravemente non autosufficienti "Le Residenze sanitarie assistenziali: aspetti gestionali e strutturali".

(7) Agli utenti delle RSA e ai loro familiari va estesa l'ap-plicabilità dell'art. 4 della legge 23 ottobre 1985 n. 595, concernente le osservazioni e opposizioni che si possono presentare «avverso gli atti con cui si nega o si limita ai cit-tadini la fruibilità delle prestazioni di assistenza sanitaria".

(8) Si confrontino i documenti a suo tempo approvati dal Gruppo nazionale per i diritti e le esigenze delle persone gravemente non autosufficienti: "Diritti ed esigenze delle persone gravemente non autosufficienti" (1986); "Criteri guida per gli interventi sanitari relativi alle persone grave-mente non autosufficienti e indicazioni in merito agli inter-venti domiciliari, semiresidenziali, residenziali" (1987); "I 140.000 posti della legge finanziaria 1988: emarginazione dei più deboli o rispetto dei loro diritti?" (1988); "Cronicità, lungodegenza, riabilitazione alla luce della legge 595/1985 e del decreto 13.9.1988" (1989); "Per il diritto alle cure sa-nitarie delle persone colpite dalla malattia di Alzheimer e da altre forme di demenza" (1990); "Le residenze sanitarie assistenziali: aspetti gestionali e strutturali" (1991). Tali do-cumenti sono disponibili presso il Centro Studi e Program-mi Sociali e Sanitari, via dell'Arco di San Callisto 22, 00153 Roma; il Centro per i diritti del cittadino, via del Velabro 5, 00186 Roma. *Prospettive assistenziali*, via Artisti 34, 10124 Torino, ne ha curato la pubblicazione integrale.

www.fondazionepromozionesociale.it

