

Le residenze dopo la pandemia

Le residenze dopo la pandemia

Sergio Pasquinelli, | 24 settembre 2021

All'inizio

All'inizio furono le mascherine. Quei dispositivi di protezione individuale (DPI) che le residenze iniziarono a usare in ritardo, per reticenza o per oggettiva difficoltà di approvvigionamento. Poi una catena di inciampi gestionali e organizzativi portarono conseguenze nefaste: la gestione delle visite, l'inserimento in alcune strutture di convalescenti Covid provenienti dagli ospedali, la compartimentazione interna e la gestione degli spazi, e così via.

Certo, siamo al senno di poi. Le analisi svolte sono diverse e questo Punto di Welforum le racchiude in diversi contributi. In un contesto di scarsa informazione ufficiale: per esempio non sappiamo ancora quanti sono stati i decessi nelle residenze. [L'Istituto Superiore di Sanità](#) ha svolto delle ricognizioni, ma su un numero limitato di strutture (circa il 10%), quindi con valori poco rappresentativi. Un anno fa è stata istituita una Commissione di esperti su iniziativa del ministro della salute (c.d. Commissione Paglia), con l'ambizioso fine di riformare il settore, che tuttavia non ha finora prodotto evidenze o proposte di una qualche pregnanza.

Un settore che è cresciuto negli ultimi vent'anni prevalentemente per opera dell'iniziativa privata, in particolare sulla spinta di alcune multinazionali dell'assistenza alla terza età, ma che risulta ancora sottodimensionato rispetto ad altri paesi europei: noi abbiamo poco più di 280.000 posti letto nelle residenze, contro i 370.000 della Spagna, i 720.000 della Francia, gli 870.000 della Germania. Per non parlare delle abissali differenze di dotazione tra una regione e l'altra ([si veda l'ultimo rapporto NNA](#)).

Questo Punto di Welforum si concentra tanto sull'analisi di ciò che è successo durante la pandemia, quanto – e soprattutto – su cosa potrà succedere. Sulle prospettive di cambiamento che la pandemia ha aperto, rendendo necessario affrontare una serie di nodi in buona parte già presenti, ma che erano poco visibili ed esplicitati. Proviamo allora a vedere quali sono le principali criticità che le residenze si trovano oggi ad affrontare.

I principali temi aperti riguardanti le RSA

Li elenco sinteticamente, per punti, senza un particolare ordine di importanza:

1. C'è un **problema di reputazione** e affidabilità delle strutture, vissute dalla popolazione come pericolose, fatto che condiziona una scelta, quella del ricovero, che viene procrastinata il più possibile. Questo fatto aggrava ulteriormente la condizione delle persone che entrano nelle residenze: sempre più fragili e vulnerabili;
2. Le residenze hanno vissuto e attraversano un **problema di bilancio** legato a un calo dei ricoverati, solo in parte ridimensionato negli ultimi mesi, e in alcuni casi limitato attraverso aiuti economici delle Regioni;
3. C'è un **tema legato al personale**, data l'emorragia di operatori avvenuta nell'ultimo anno e mezzo, con la fuoriuscita dalle Rsa verso realtà sanitarie più attraenti e remunerative, a fronte della giungla retributiva delle Rsa, in cui mancano contratti nazionali univoci. Le residenze faticano così a trovare un ricambio, soprattutto per certe figure come l'infermiere (si veda qui il contributo di [Arlotti, Parma e Ranci](#));
4. C'è un **tema di iper-regolazione** dell'organizzazione delle residenze: nei minutaggi del personale, nella logistica, negli spazi, nelle prestazioni offerte. Le strutture devono rispondere a tutta una serie di requisiti di accreditamento che lasciano poco o nessuno spazio all'apertura, alla sperimentazione di moduli residenziali diversi, più aperti, meno rigidi, più adeguati rispetto alle caratteristiche di una utenza che ha caratteristiche differenziate. Qui rientra anche una

rigidità rispetto ai mansionari dei vari profili professionali, camere stagne che non consentono di coprire - con un minimo di flessibilità - funzioni e attività differenti, quando queste funzioni e attività risultano necessarie ma momentaneamente scoperte.

5. C'è **un tema legato all'organizzazione nel suo complesso**. Come dicono bene [Landra e Motta](#) nel loro articolo, le residenze assomigliano a tanti "ospedalini", molto tarati su quel modello e poco invece su quello di una "casa" per gli ospiti che ci vivono. [Giunco](#) illustra bene la molteplicità di caratteristiche, e di esigenze, che hanno oggi gli ospiti delle residenze da un osservatorio autorevole, quello della Fondazione Don Gnocchi. Smentendo l'idea semplificatrice che le Rsa siano diventate dei "mega hospice", strutture tutte assorbite dal fine vita.
6. **Piccolo è bello? C'è infine un tema di dimensioni e apertura al territorio**. Le residenze accolgono gradi diversi di autosufficienza e fragilità, ospiti che hanno residue facoltà di autonomia a cui gioverebbe molto di stare dentro realtà più ridotte, come le **comunità residenziali, i mini alloggi, le esperienze di co-housing** e di welfare collaborativo: tutte soluzioni che hanno ancora scarsa cittadinanza. Il nostro paese è molto in ritardo nel dotarsi di soluzioni abitative diverse rispetto al modello dell'istituzione totale. Soluzioni in cui l'anziano non si trova più "a casa propria" ma non ancora in un luogo prevalentemente assistenziale. Ciò richiederebbe spazi, organizzazione, uso delle tecnologie, legami col territorio diversi, una diversità impedita dalla iper-regolazione di cui ho detto più sopra. Non è detto che la dimensione piccola sia per forza un valore aggiunto, ma probabilmente aiuta nelle condizioni di parziale autosufficienza.

Insomma, le Rsa di oggi, soprattutto se di grandi dimensioni, **sono forse da "spacchettare" un po'** per renderle più modulari, come lo sono i bisogni delle persone che ospitano. Ci saranno così moduli con maggiore intensità sanitaria, altri con meno, moduli più aperti al territorio, altri meno e così via. Molto starà nella capacità di favorire (anche in termini di politiche) e gestire queste differenze.

I servizi domiciliari non sono opposti alle residenze

È riaffiorata, nei mesi passati, la contrapposizione tra servizi domiciliari e residenze: come se potenziando i primi si possano limitare i ricoveri nelle seconde. Ma purtroppo non si tratta di un gioco a somma zero. L'argomento è frutto di un'idea ingenua che non considera la realtà di chi accede alle Rsa: i cambiamenti di questa popolazione (si veda il contributo di [Giunco](#)), con l'impennata delle demenze, le declinanti possibilità di aiuto familiari[[note](#)]Si veda, su questi diversi aspetti, il numero 3 - Primavera 2021, di ["Prospettive Sociali e Sanitarie"](#).[\[note\]](#), nonché i [cambiamenti nel mercato privato dell'assistenza \(badanti\)](#).

Il PNRR stanziava 4 miliardi per il potenziamento dei servizi domiciliari, che si tende a identificare con quelli erogati dalle Asl: l'ADI. Servizi oggi sostanzialmente infermieristici che presentano molti limiti di intensità e durata (vengono erogate in media 25 ore di assistenza per paziente nell'arco di due-tre mesi). Cure domiciliari che invece dovrebbero coprire uno spettro di attività che va ben al di là del mansionario dell'infermiere o dell'operatore sociosanitario (Oss). Integrandosi con il "sociale" dei servizi domiciliari dei Comuni.

Lo stesso Piano, che peraltro stanziava 300 milioni per la nascita di "Gruppi appartamento" di anziani, parla a più riprese di de-istituzionalizzazione, un termine che avevamo dimenticato da alcuni decenni, perché è la realtà delle cose che ci ha mostrato, e continua a farlo, che di "istituzioni" residenziali abbiamo e avremo sempre più bisogno, per le caratteristiche e le dimensioni di una domanda in crescita. Così come di cure domiciliari, ma diverse da quelle attuali: appunto, più aperte, intense, versatili.

Per limitare davvero i ricoveri serve **riconfigurare il sistema delle cure a casa**, con attività di tipo sociale, tutelare, legate agli atti della vita quotidiana, rivolte ai caregiver familiari, alle badanti, agli spostamenti fuori dell'abitazione e così via. Tutte cose che [abbiamo argomentato qui](#).

Cure domiciliari e residenze sono risorse complementari, non opposte o alternative. Abbiamo bisogno che si crei - senza soluzione di continuità - una filiera di aiuti tra il domicilio e nuovi tipi di residenze, più piccole e legate al territorio in cui sono collocate. Molte Rsa lo hanno già capito e si stanno muovendo in questa direzione.

Questo dossier

Questo “Punto di Welforum” raccoglie dieci contributi sulle residenze che abbiamo pubblicato a partire dall’aprile dell’anno scorso. Sono ordinati in senso cronologico a partire dal più recente e andando indietro per data di uscita. Offrono, per punti di vista raccolti, profili professionali di chi li ha scritti, focalizzazioni specifiche, una buona rassegna di analisi e opinioni sul tema. Non sposiamo, non l’abbiamo mai fatto, la tesi di chi auspica la chiusura delle Rsa a favore di modelli di accoglienza completamente diversi. Rischiando, in tal modo, di “gettare il bambino con l’acqua sporca” (oltre a generare un enorme problema occupazionale). Siamo per un cambiamento sostenibile e realistico, per rispondere nel modo migliore possibile ai bisogni di aiuto e assistenza degli anziani fragili e delle loro famiglie. Soprattutto ai cambiamenti che li attraversano, a dispetto di chi pensa che “i vecchi sono sempre uguali”.

Continueremo a seguire il tema, a osservare e commentare, facendo il nostro mestiere di Osservatorio nazionale, per evitare che, passata l’emergenza, l’attenzione cada nel vuoto e l’inerzia prenda il sopravvento. E perché l’accoglienza in una casa diversa, nuova, non sia un dramma ma una possibilità vissuta come tale, prossima a un bisogno che interessa milioni di persone di questo paese.

Ndr: Vi ricordiamo il seminario online previsto per il 5 ottobre: "Esiste qualcosa dopo le RSA? Nodi e prospettive per le residenze di domani: un confronto".

[Qui il programma e le modalità di iscrizione.](#)