

Pubblicata su *inGenere* (<https://www.ingenerere.it>)

[Home](#) > Anche le persone anziane hanno un futuro

Anche le persone anziane hanno un futuro

[Marcella Corsi](#) ^[1]

[Mara Gasbarrone](#) ^[2]



Tags: [cura](#) ^[3]
[disuguaglianze](#) ^[4]
[lavoro domestico](#) ^[5]
[pandemia](#) ^[6]

Le persone non autosufficienti in Italia sono più di 3 milioni, circa la metà sono persone anziane, tra di loro ci sono centinaia di migliaia di donne. Le politiche di ripresa non possono tralasciare un tassello così importante, una proposta da cui partire

Nel nostro paese le persone che, a causa di problemi di salute, soffrono di gravi limitazioni che impediscono loro di svolgere attività abituali sono circa 3 milioni e 100 mila (il 5,2% della popolazione).[1] Gli anziani sono i più colpiti: quasi **1 milione e mezzo** di ultrasettantacinquenni (cioè più del 20% della popolazione in quella fascia di età) si trovano in condizione di disabilità, 990.000 di questi sono donne.

Si tratta di un fenomeno sotto gli occhi di tutti, eppure, come avevamo già notato in un precedente articolo ^[7], nell'attuale versione del Piano nazionale di ripresa e resilienza (Pnrr) progetto per il **futuro dell'assistenza agli anziani** non autosufficienti in Italia. Gli interventi previsti in materia, infatti, sono

disseminati tra diverse filiere istituzionali (sociale e sanità) e ricondotti a una pluralità di obiettivi eterogenei, senza mai affrontare la domanda chiave: “quale progetto potrebbe essere utile per gli anziani e le loro famiglie?”. Da questo interrogativo muove invece la recente proposta elaborata dal Network Non Autosufficienza [8], che riprende le azioni già stabilite dal Pnrr modificandole, integrandole con altre e provando a collocarle in un progetto unitario.

L’elaborazione della proposta inizia con l’individuazione dei problemi di fondo dell’assistenza agli anziani in Italia, sulla base delle ricerche e delle informazioni disponibili. Uno consiste nella frammentazione degli interventi pubblici, erogati da diversi soggetti non coordinati tra loro (Asl, Comuni, Inps). Si propone pertanto di unire i passaggi da svolgere per accedere all’insieme delle misure – ricomponendo così l’attuale caotica molteplicità di enti, sedi e percorsi differenti – e di far confluire le diverse prestazioni ricevute dalle persone in progetti personalizzati unitari.

Le condizioni favorevoli a un simile cambiamento nell’organizzazione del welfare locale vengono create grazie a un processo analogo compiuto a livello istituzionale. Si vuole, infatti, collocare in un sistema di governance unitario le diverse linee di responsabilità, divise fra tre livelli di governo (Stato, Regioni, Comuni) e tre filiere (prestazioni monetarie, servizi sociali e servizi sociosanitari).

Un altro problema risiede nel ricorso a **modelli d’intervento solo in parte adeguati** alle specificità della condizione di non autosufficienza. La proposta lo affronta nell’ambito dei servizi domiciliari, il cui sviluppo è prioritario. Il più diffuso, l’assistenza domiciliare integrata (Adi), fornisce in prevalenza determinate prestazioni medico-infermieristiche per rispondere a singole necessità.

La riforma delineata, invece, assume il paradigma proprio della non autosufficienza, quello della cura multidimensionale: si tratta di costruire **progetti personalizzati** che partano da uno sguardo globale sulla condizione della persona anziana, sui suoi molteplici fattori di fragilità, sul suo contesto di vita e di relazioni e che organizzino le risposte di conseguenza. In concreto, ciò significa offrire non solo gli interventi di natura medico-infermieristica ma anche quelli – oggi marginali – di aiuto nelle attività fondamentali della vita quotidiana, che la non autosufficienza impedisce alla persona anziana di compiere.

L’ultima questione di fondo consiste nell’insufficiente **finanziamento dei servizi alla persona**, testimoniato dalla loro bassa dotazione. Il Pnrr può rendere disponibili risorse utili per investimenti *una tantum*, in particolare per un investimento straordinario nella domiciliarità che ne accompagni la riforma complessiva e avvii l’ampliamento dell’offerta.

La proposta include anche un **investimento nella riqualificazione** delle strutture residenziali, per assicurarne l’indispensabile ammodernamento. Quest’esigenza, nota da tempo, è stata confermata dalle vicende pandemiche, quando l’eccessivo affollamento e la mancata disponibilità di spazi individuali vi ha enormemente favorito la diffusione del contagio

Infine, il documento suggerisce **un’azione trasversale** in merito al miglioramento delle politiche, il cui perseguimento richiede fonti conoscitive adeguate: come è noto, oggi è impossibile conoscere anche dati elementari, come il numero delle Rsa o degli operatori sociosanitari, anche a causa delle diverse regolamentazioni regionali. Si stabilisce, dunque, l’attivazione di un sistema nazionale di monitoraggio dell’assistenza agli anziani, che oggi – a differenza della sanità – non esiste.

Abbiamo voluto discutere i contenuti della proposta con Loredana Gamberoni, infermiera e sociologa, già docente dell’Università di Ferrara, che da molti anni si occupa di questi temi. Dalla nostra conversazione emerge una prima criticità laddove, nell’ambito dei settori dell’assistenza primaria e nello specifico dell’assistenza domiciliare, **tra le proposte non compare** l’istituzione dell’infermiere di famiglia e comunità, già previsto nel patto per la salute per il triennio 2019-2021 e nel decreto rilancio (convertito in legge 17 luglio 2020 n. 77), e che – sostiene Gamberoni – “non è solo una modalità di risposta ai problemi epidemiologici e demografici dell’ambito socio-sanitario, ma un cambio di paradigma assistenziale che va nella direzione proposta, cioè la cura multidimensionale”. [2]

Gamberoni ci fa notare che **il patto per la salute prevede**, tra i numerosi punti, la valorizzazione della professione infermieristica nell’ambito dell’assistenza territoriale, finalizzata alla copertura dell’incremento dei bisogni di continuità assistenziale, di aderenza terapeutica, in particolare in

soggetti fragili e/o affetti da multi-morbidity, in un'ottica di integrazione con i servizi socioassistenziali. È già in corso un ripensamento dei modelli organizzativi dell'assistenza territoriale in virtù dei cambiamenti sociodemografici del paese, rispetto:

- al progressivo invecchiamento della popolazione;
- all'incremento di persone con almeno una patologia cronica (40,8% della popolazione) e in condizioni di co-morbidity, in particolare in soggetti ultrasettantacinquenni (66,6%);
- alla progressiva riduzione della dimensione e composizione delle famiglie, con il 49 % delle donne e il 22% degli uomini che vivono soli dopo i 75 anni;^[3]
- all'aumento delle persone affette da varie forme di demenza, a vari stadi, stimate in oltre un milione.^[4]

Tali caratteristiche richiedono un **modello assistenziale sensibilmente differente** da quello centrato sull'ospedale, orientato verso un'offerta territoriale, che valorizzi un approccio più focalizzato sul contesto di vita quotidiana della persona. L'assistenza sanitaria territoriale diventa dunque luogo elettivo per attività di prevenzione e promozione della salute, percorsi di presa in carico della cronicità e della personalizzazione dell'assistenza, in stretta correlazione con il Piano nazionale della cronicità e il Piano nazionale della prevenzione.

Un altro punto da integrare riguarda la **formazione dei professionisti sanitari e sociali**. La necessità di rivedere la formazione di base dei professionisti sanitari è da tempo sollecitata da chi opera nel settore, si scontra però con resistenze al cambiamento da parte del mondo accademico da un lato, e dall'altro con la reale difficoltà di modificare non tanto la formazione teorica quanto quella clinica esperienziale, mancando sedi di tirocinio nell'ambito dell'assistenza primaria per la formazione delle professioni.

Come conseguenza, **l'ospedale resta il luogo privilegiato** per la formazione, e ciò incide sul paradigma di riferimento nella presa in cura delle persone con patologie complesse a lungo termine. Come sottolinea Gamberoni, "resta quello prestazionale e dell'acuzie: persino l'assistenza domiciliare, nata con un altro paradigma, è diventata nella sostanza un'attività di tipo prestazionale".

Per modificare una tale situazione, a nostro parere, andrebbe coinvolto nella proposta il Ministero dell'università e della ricerca, che dovrebbe attivare **percorsi di formazione avanzata** (master, lauree magistrali e/o specializzazioni) in base al quadro epidemiologico sociale del paese, utilizzando preferibilmente forme snelle, in grado di rispondere a bisogni di salute che vengono continuamente modificati, soprattutto nel corso di una pandemia.

Note

[1] Si veda il rapporto Istat (2019) *Conoscere il mondo della disabilità: persone, relazioni e istituzioni* ^[9]. La stima è stata effettuata sulla base dei dati dell'indagine Istat *Aspetti della vita quotidiana*, calcolato sulle risposte al seguente quesito: "A causa di problemi di salute, in che misura lei ha delle limitazioni, che durano da almeno sei mesi, nelle attività che le persone abitualmente svolgono? (Limitazioni gravi, limitazioni non gravi, nessuna limitazione)". La stima della prevalenza è nota come *global activities limitations indicator* ed è effettuata sulle persone che vivono in famiglia, sono escluse quelle che vivono in strutture residenziali. Per una sintetica esposizione dei principali risultati, si veda la [presentazione di Maurizio Franzini](#) ^[10]

[2] Va notato che l'infermiere di famiglia e comunità è una funzione prevista dall'Oms da venti anni, ma si sta concretizzando in Italia solo ora, anche se esistono sperimentazioni decennali in Friuli-Venezia Giulia, in Toscana e Piemonte

[3] Dati di fonte Istat, *Aspetti di vita degli over 75* ^[11]

[4] Si veda Massimo Livi Bacci, *Quando si ammala il cervello* ^[12], Neodemos, 22/1/2021

Leggi anche

[Chi si cura delle persone anziane](#) ^[7]

Perché investire nella long term care [13]

Disabilità è una condizione [14]

URL di origine:<https://www.ingenerere.it/articoli/anche-persone-anziane-hanno-futuro>

Links

[1] <https://www.ingenerere.it/persone/corsi> [2] <https://www.ingenerere.it/persone/gasbarrone> [3] <https://www.ingenerere.it/tags/cura> [4] <https://www.ingenerere.it/disuguaglianze> [5] <https://www.ingenerere.it/category/argomento/lavoro-domestico> [6] <https://www.ingenerere.it/tags/pandemia> [7] <http://www.ingenerere.it/articoli/chi-si-cura-delle-persone-anziane> [8] <https://www.luoghicura.it/sistema/programmazione-e-governance/2021/03/costruire-il-futuro-dellassistenzaagli-anziani-non-autosufficienti-una-proposta-per-il-piano-nazionale-di-ripresa-e-resilienza/> [9] <https://www.istat.it/it/archivio/236301> [10] <https://www.slideshare.net/slideshow/m-franzini-presentazione-del-rapporto-istat-conoscere-il-mondo-della-disabilita> [11] https://www.istat.it/it/files/2020/04/statisticatoday_ANZIANI.pdf [12] https://www.neodemos.info/2021/01/22/quando-si-ammala-il-cervello/?utm_source=rss&utm_medium=rss&utm_campaign=quando-si-ammala-il-cervello [13] <http://www.ingenerere.it/articoli/perche-investire-nella-long-term-care> [14] <http://www.ingenerere.it/articoli/disabilita-e-una-condizione>