

# NUOVE AZIONI PER LA NON AUTOSUFFICIENZA

## ASSISTENZA E CURA NELLE CASE RESIDENZA ANZIANI E NEI SERVIZI DI SOSTEGNO A DOMICILIO

Modena  
Volta  
Pagina



## **Per un nuovo welfare comunale**

L'aumento dei bisogni sociali, testimoniato dalle modifiche nella composizione della popolazione e dalle trasformazioni familiari, rende necessario un forte investimento aggiuntivo di risorse pubbliche.

E' necessaria non una discontinuità, ma una inversione di tendenza rispetto alle scelte politiche avallate e perseguite negli ultimi anni. Nell'ambito delle politiche sociali deve essere realizzato un forte investimento su base pluriennale che deve riguardare diversi ambiti.

L'investimento di risorse pubbliche dovrà riguardare sia l'infrastruttura comunale, sia i servizi offerti e dovrà concretizzarsi in una maggiore spesa da parte di tutti gli enti coinvolti: il comune, attraverso una maggiore spesa corrente per il funzionamento dei servizi; l'Azienda Usl, attraverso un maggiore utilizzo delle risorse del Fondo Regionale della Non Autosufficienza (d'ora in avanti, FRNA) e un maggiore investimento di risorse sulla sanità territoriale e sull'integrazione sociosanitaria.

Nell'area dei servizi sociali, sociosanitari e sanitari è infatti necessario recuperare e ricostruire la funzione di governo/regia pubblica, completamente azzerata negli ultimi venti anni di amministrazione, la cui assenza determina esiti sconcertanti quali, negli ultimi anni, l'attesa di ore in coda per l'esecuzione di un vaccino o un tampone, o la somministrazione di cibi di qualità scadente, riservati agli anziani ospiti delle Case Residenza Anziani (d'ora in avanti, CRA).

Il settore pubblico, in altre parole, nel Comune di Modena ha completamente abdicato non solo alla funzione di produzione dei servizi, che sono stati sempre più esternalizzati, ma anche alla funzione di controllo e monitoraggio, indispensabili per garantire che il servizio esternalizzato risponda alle caratteristiche previste dalla legge. E' pertanto necessario ripartire da quanto previsto dalle norme, ripristinando un livello accettabile di controllo dei servizi.

Un primo investimento dovrà pertanto riguardare la "macchina amministrativa", attraverso l'inserimento di unità di personale in organico che dovranno realizzare concretamente le funzioni di programmazione, monitoraggio, controllo, valutazione che attualmente sono completamente assenti.

In particolare, dovrà essere rafforzato l'Ufficio di Piano, individuando una figura di responsabile Ufficio di Piano che affiancherà gli attuali dirigenti, e inserendo ulteriori tre-quattro funzionari dedicati allo sviluppo di attività relative alle funzioni sopra indicate, che possano garantire un corretto esercizio della funzione di controllo e monitoraggio, un potenziamento della funzione di programmazione e sviluppo di servizi innovativi, un supporto all'attività del decisore pubblico da una posizione di terzietà.

La struttura così definita dovrà partecipare, insieme alle Aziende sanitarie, alle attività della Conferenza Territoriale Sociale e Sanitaria, attraverso la realizzazione (ai sensi di quanto già previsto dal Piano Sociale e Sanitario Regionale) dell'Ufficio di Supporto alla Conferenza Territoriale Sociale e Sanitaria (d'ora in avanti, CTSS) di Modena.

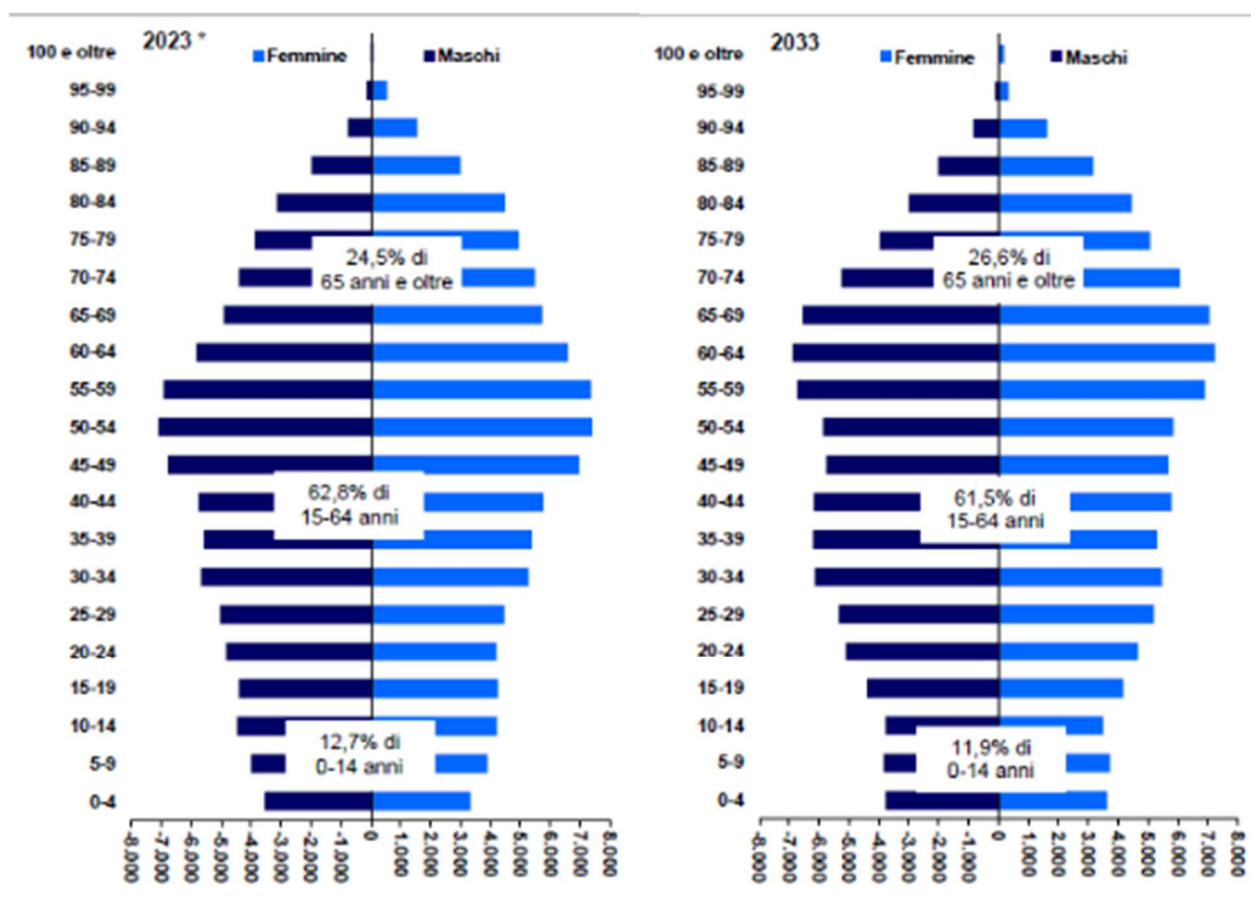
Solo attraverso il rafforzamento dell'Ufficio di Piano e dell'Ufficio di Supporto alla CTSS, che dovranno operare in stretta sinergia con le tecnostutture dell'Azienda Usl, sarà possibile ampliare, potenziare e migliorare i servizi a sostegno degli anziani non autosufficienti, attraverso le azioni di seguito descritte.

## Lo scenario nell'area anziani

L'Italia detiene il primato europeo sia per aspettativa di vita che per numero di anziani (in percentuale sul totale della popolazione) e le previsioni attestano che nei prossimi decenni il nostro paese, e con esso buona parte del nostro continente, andranno incontro a quello che spesso viene indicato con il termine **inverno demografico**.

Gli ultimi dati disponibili sulla popolazione del Comune di Modena confermano la tendenza del livello nazionale; a livello locale pertanto la questione anziana dovrà ricoprire un ruolo di primo piano nelle politiche pubbliche comunali, al fine di soddisfare i crescenti bisogni determinati dall'invecchiamento della popolazione e dalle trasformazioni sociali.

Piramide delle età – al 1.1. del 2023 (dato storico) e 2033 (scenario centrale) nel Distretto Sanitario n. 3 di Modena – Valori assoluti



Fonte: Previsioni dell'Ufficio Statistica della Provincia di Modena - elaborazione di dati di fonte anagrafica comunale (flussi demografici per anno di nascita) e Istat. \* Serie storica, fonte Istat

## **Azioni per un potenziamento dei servizi alla non autosufficienza e rafforzamento del ruolo del settore pubblico**

### *Le attività di controllo e monitoraggio*

La problematica emersa negli scorsi mesi, riguardante i pasti inadatti e di qualità scadente somministrati agli anziani ospiti delle CRA, evidenziano una delega al privato senza alcuna assunzione di responsabilità ed una totale assenza della funzione di controllo e monitoraggio.

Da diversi anni non vengono realizzati controlli in merito al funzionamento delle CRA e alla qualità del servizio reso. La normativa sull'autorizzazione al funzionamento (DGR 564/00 e ss.mm.ii.) e quella sull'accreditamento (DGR 514/09 e ss.mm.ii.) assegnano funzioni ben precise agli enti locali, che vanno esercitate a differenza di quanto fatto finora.

Il ripristino della funzione di controllo dovrà assumere importanza prioritaria nel corso del prossimo mandato, attraverso l'effettuazione dei controlli formali previsti per legge, in modo permanente, e attraverso lo sviluppo di controlli di qualità, per fare in modo che il servizio possa garantire il maggior benessere possibile all'utente. Questa seconda tipologia di controlli dovrà svilupparsi attraverso una maggiore partecipazione, sia da parte degli utenti sia da parte della cittadinanza, come accade in altri territori regionali attraverso la realizzazione di "CRA aperte", che possono configurarsi come luoghi di comunità nei quali vengono erogati anche altri servizi.

I controlli dovranno essere estesi anche alle strutture private con alcuni posti accreditati; a tal fine sarà indispensabile sviluppare iniziative di coordinamento dei gestori privati, con i quali potranno costruirsi azioni di miglioramento del servizio (formazione del personale, diffusione di buone prassi organizzative, ...).

Al fine di garantire un potenziamento integrato e coordinato della funzione di controllo, nell'ambito delle funzioni della CTSS dovrà pertanto essere promosso, in accordo con l'Azienda Usl ed anche per il tramite dei Comitati Consultivi Misti, un luogo di coinvolgimento dei familiari e degli operatori delle CRA in modo da raccogliere segnalazioni preventive e controllare adeguatamente la qualità del servizio, costruendo un sistema di controllo della qualità percepita dei familiari, utenti e operatori. Il Comune dovrà essere garante del livello di qualità previsto dalla legge del servizio erogato dal gestore privato.

Dovrà inoltre essere intrapreso un percorso di re-internalizzazione della gestione delle CRA attualmente esternalizzate per arrivare, nel corso della durata del mandato, alla ri-pubblicizzazione di cinque CRA. Il processo di re-internalizzazione verrà realizzato pertanto in modo graduale, anche rispetto alle singole funzioni (a partire, in particolare, dall'attività di preparazione e somministrazione dei pasti, in analogia a quanto sta avvenendo in altri contesti) e dovrà garantire la totale continuità dei rapporti di lavoro esistenti, tutelando i lavoratori attualmente occupati.

### *Appropriatezza degli inserimenti e realizzazione di servizi innovativi*

Una quota significativa di risorse pubbliche comunali, aggiuntive a quelle a disposizione attraverso i fondi (nazionale e regionale) per la non autosufficienza, dovrà essere prioritariamente utilizzata per il potenziamento dei servizi sull'area anziani, in particolare quelli residenziali.

A Modena vivono circa 3000 persone con demenza o Alzheimer, oltre l'1,6% dei residenti. Si può affermare che i problemi generati da questa patologia non guaribile coinvolga, direttamente o indirettamente, circa diecimila modenesi. Per di più l'incidenza della demenza aumenta a dismisura con l'avanzare dell'età e supera il 6% fra gli ultra sessantacinquenni. Poiché si vive sempre più a lungo è prevedibile che entro il 2030-35 i portatori di demenza modenesi saranno tra 3500 a 4000. Se poi si valuta che la sopravvivenza media dalla diagnosi della demenza è di 4-8 anni si ha un'idea dell'entità del problema. Infine c'è da valutare come, spesso, anche chi da tempo sia ricoverato stabilmente per forme di demenza presso diversi enti, al 65mo anno passi all'assistenza delle CRA.

La CTSS dovrà coordinare, attraverso l'Ufficio di Supporto, lo sviluppo di una attività di integrazione tra le aree della non autosufficienza, della psichiatria e della disabilità per creare servizi innovativi, aggiuntivi rispetto a quelli attualmente esistenti, attraverso un maggiore investimento di risorse.

La realizzazione di questi servizi aggiuntivi dovrà andare di pari passo con una migliore organizzazione degli ingressi in CRA di nuovi utenti, che dovranno essere gestiti con maggiore appropriatezza, individuando nuclei specifici per gli inserimenti di utenti con le medesime patologie.

La realizzazione di questi servizi innovativi a sostegno della rete sociosanitaria potrà essere realizzata attraverso una ristrutturazione e riorganizzazione dell'immobile Ramazzini di Via Luosi, che potrà configurarsi come presidio dedicato allo sviluppo di questi servizi: al suo interno potranno essere realizzati nuclei dedicati ad inserimenti di persone con patologie particolari (disabili adulti che invecchiano, persone con alzheimer, disabili psichici), oltre ad un ambulatorio per pazienti con disturbi cognitivi e demenze.

Dovrà inoltre essere realizzato un piano di abbattimento delle barriere architettoniche, realizzando anche iniziative di residenzialità leggera sulla filiera dell'abitare, che consentano la costruzione di una risposta maggiormente flessibile e adatta ai bisogni degli anziani come, ad esempio, i condomini solidali, che dovranno però prevedere la presenza di servizi quali ambulatori infermieristici e assistenza professionale, senza delegare l'assistenza all'auto-organizzazione degli ospiti.

## **Organizzazione e qualificazione del personale delle CRA**

Le Case Residenza Anziani (CRA) sono strutture dedicate a persone parzialmente o completamente non autosufficienti, che prevedono permanenze anche per lunghi periodi. Sono strutture di residenza e di assistenza, in cui vengono ospitati anziani con diverse esperienze di vita e condizioni di salute. Devono perciò essere gestiti come luoghi di socializzazione e di cura, e non come ambienti idonei a garantire un adeguato isolamento.

**L'obiettivo principale quindi dell'assistenza nelle CRA dovrebbe essere quello di dare pari valore alla qualità della vita e alla qualità della cura**, in modo che la persona anziana non viva per essere assistita, ma **sia assistita per vivere**; le cure rivolte al suo corpo vanno accompagnate da interventi finalizzati a mantenerla inserita in uno spazio, in un tempo, in una storia e in una rete di relazioni che diano un significato alla sua vita, favorendo per quanto possibile il rapporto con gli altri ospiti, con il personale e la cittadinanza. All'interno della residenza si devono sviluppare e mantenere legami affettivi ed emotivi sia con i parenti, gli amici e anche con oggetti personali.

Importante per la salute psichica ma anche fisica dell'ospite è il momento dell'accoglienza, in cui l'ospite deve essere aiutato a prendere coscienza del cambiamento radicale della sua vita

quotidiana, sia sotto un profilo pratico-organizzativo che psicologico-relazionale. E ciò vale, sebbene a diversi livelli, anche per le persone con uno stato cognitivo già significativamente compromesso.

Per questi motivi è fondamentale creare all'interno della struttura un'organizzazione che rispetti e favorisca:

- **l'agire e il muoversi liberamente**, entro limiti di rischio ragionevoli e correlati alla capacità residua di ciascun degente;
- **l'esercitare la libertà di scelta**, nel rispetto delle regole della civile convivenza, oltre a partecipare alle decisioni dell'organizzazione riguardanti la vita quotidiana dei residenti;
- **il vivere in un luogo caldo, accogliente, confortevole, pulito**, con un'atmosfera stimolante e rispettosa delle esigenze dei residenti e del contesto della vita comunitaria;
- **il riconoscimento dei tempi e ritmi di vita personali**, della *privacy* e della riservatezza dei dati, della dignità della persona e dei suoi valori;
- **la realizzazione concreta delle aspirazioni**, desideri, passioni, stili di vita, superando ove possibile gli ostacoli derivanti dalla non autosufficienza;
- **l'accoglienza nella globalità** con una presa in carico attenta all'ascolto, alla personalizzazione degli interventi ed alla dimensione umana e relazionale dell'assistenza.

Per garantire una assistenza di qualità, le CRA dovrebbero essere organizzate per nuclei di dimensioni ridotte, in funzione della condizione fisica e psichica degli ospiti.

### *Organizzazione del personale e delle attività nelle CRA*

**L'assistenza alla cura**, che deve essere garantita 24 ore su 24, ha lo scopo di prevenire ulteriori perdite di autonomia e di mantenere le capacità fisiche, mentali, affettive e relazionali della persona ospitata.

E' quindi indispensabile che le CRA siano concepite dal punto di vista strutturale in modo da essere provviste di:

- ambulatorio multifunzionale
- infermeria (stanze di degenza per malati terminali)
- palestra
- adeguati e sufficienti dispositivi di sicurezza individuale;
- personale (OSS) assistenziale preparato all'assistenza e all'uso corretto dei presidi sanitari;
- assistenza medica e infermieristica quotidiana ;
- un piano di emergenza sanitaria in collegamento con l'ASL (piano emergenze e pandemia)
- rapporto diretto di consulenza e con la medicina territoriale per quanto riguarda le visite specialistiche (es.centro disturbi cognitivi) e i ricoveri

**L'ambulatorio** è indispensabile perché il medico e l'infermiere possano espletare la visita o la medicazione in un ambiente, pulito, tranquillo, riservato dove il paziente possa sentirsi a proprio agio e sia rispettata la *privacy*.

L'ambulatorio multifunzionale consente inoltre di svolgere visite specialistiche (geriatra, cardiologo, ginecologo, ecografista) ed esami (ECG) presso la CRA evitando così lo spostamento dei degenti, sempre problematico. Il trasporto di persone anziane e fragili per visite o ricoveri in ambienti esterni presenta, infatti, rischi notevoli di peggioramento psichico e fisico, in quanto li espone all'improvviso ad un ambiente non familiare, sconosciuto, a volte rumoroso e caotico, con tempi di attesa più o

meno lunghi, che può determinare o aggravare uno stato di confusione (che, secondo la letteratura medica, può portare anche al delirium) soprattutto in persone con alterazioni uditive, demenza e grave deficit funzionale.

L'ambulatorio inoltre, se dotato di accessi esterni alla struttura, potrebbe essere utilizzato dalla Azienda Usl per le visite specialistiche ambulatoriali prenotate a CUP di cittadini ambulatoriali esterni.

Le CRA devono essere predisposte anche all'assistenza a pazienti terminali; per questo è importante che siano dotate di infermeria con stanze singole appartate dove, se necessario, si possano praticare terapie palliative e sia consentita la presenza dei parenti.

La palestra è fondamentale per garantire un servizio adeguato di fisioterapia volto alla cura e alla riabilitazione motoria del degente.

### *Personale di assistenza*

L'assistenza di una persona anziana ospite di una CRA richiede un **lavoro di squadra**, cioè la presenza di un'equipe di professionisti competenti che lavorino in stretta collaborazione, con il fine di migliorare e rendere accettabili le condizioni di vita degli ospiti, persone fragili spesso con pluripatologie che però mantengono una propria vitalità ed interesse per la vita.

Nell'accudimento e nella cura degli ospiti è importante la professionalità, la disponibilità e la competenza specifica del personale, per cui chi ha la responsabilità di gestione e amministrazione della struttura deve:

- verificare il possesso dei titoli (validi a livello nazionale) e dei requisiti specifici per svolgere la professione sanitaria e assistenziale in un luogo di ospitalità per anziani;
- valutare la professionalità durante l'attività;
- occuparsi della formazione e dell'aggiornamento attraverso corsi tenuti esclusivamente da enti certificati, con costi a carico dell'amministrazione
- assumere personale adeguato per coprire l'attività delle 24/h compresi festivi e prefestivi

Il personale deve essere assunto a tempo indeterminato ed in numero adeguato per garantire una continuità assistenziale rispettando i contratti nazionali per quanto riguarda la remunerazione e gli orari di lavoro; il personale deve essere in numero adeguato anche per far fronte a situazioni di emergenza come l'accompagnamento del paziente in PS, qualora non abbia parenti disponibili.

Riteniamo che una gestione pubblica delle CRA con personale sanitario alle dirette dipendenze dell'Azienda Usl – a pari retribuzione del personale ospedaliero e con contratto a tempo indeterminato – sarebbe ottimale per garantire assistenza di qualità al paziente anziano, dal momento che consentirebbe:

- presenza dell'infermiere h24 e in reperibilità notturna, prefestiva e festiva, in quanto gli OSS, sulla base delle mansioni definite dalla normativa regionale, non possono somministrare alcun farmaco;
- creazione di posti CUP per pazienti fragili;
- accessi diretti alle strutture ambulatoriali specialistiche;
- creazione e applicazione di un percorso veloce per gli anziani oltre i 75anni che accedono al PS o alle degenze (come il percorso argento organizzato a Baggiovà);

- integrazione nel sistema di **tele medicina**, che per patologie croniche in stadi avanzati, permette di stabilire un contatto diretto fra il degente e il personale sanitario, senza la necessità del trasporto in un ambulatorio.

Lo staff dovrebbe essere formato da:

- coordinatrice responsabile della struttura;
- coordinatore sanitario;
- operatore socio sanitario (d'ora in avanti, OSS);
- medico di struttura (preferibilmente geriatra) o MMG;
- infermiere;
- fisioterapista;
- psico-geriatra o psicologo.

Inoltre è presente il seguente personale di struttura:

- autista;
- cuoco;
- manutentore;
- addetti alla lavanderia;
- addetti alle pulizie;
- animatore;
- centralinista;
- volontari

Il personale sopra elencato, in numero sufficiente e possibilmente potenziato attraverso ulteriori risorse comunali, svolge le mansioni previste dalla normativa regionale vigente.

Il coordinatore di struttura raccoglie quotidianamente le osservazioni del personale (OSS, infermiere, fisioterapista) riguardante la condizione degli ospiti e deve avere un rapporto diretto con il Medico di Struttura e lo psicogeriatra.

Nelle CRA, l'OSS è una figura essenziale perché:

- fornisce **supporto diretto** agli assistiti;
- provvede alla loro **igiene personale**;
- gestisce la **vestizione del paziente**;
- aiuta il paziente nella **deambulazione**;
- si occupa della **somministrazione dei pasti**;
- assiste il paziente nell'**assunzione dei farmaci** (sotto sorveglianza dell'infermiere);
- stimola le capacità cognitive e relazionali partecipando alle attività di animazione e socializzazione sia individuale che di gruppo.

L'OSS va formata perchè impari ad **approcciarsi correttamente** con l'anziano dal punto di vista relazionale, attraverso pazienza e gentilezza, e sviluppi la capacità di saper **entrare in empatia** con le persone che assiste.

Nel loro contatto quotidiano, anche fisico con l'anziano, le OSS possono osservare variazioni anche minime del comportamento, dell'aspetto, mutazioni dello stato di salute e dell'umore e segnalarle al medico o al coordinatore.

Il requisito previsto dalla normativa regionale di 1 OSS ogni 3 ospiti è adeguato solo se viene realizzata tale attività di formazione.



Riteniamo pertanto che, anche in considerazione dell'aggravarsi del livello di non autosufficienza degli anziani inseriti nelle CRA, sia importante prevedere un maggiore investimento di risorse comunali che possa garantire un aumento della dotazione di personale OSS nelle CRA per ciascun utente, incrementando il tempo di assistenza.

La presenza di **infermieri professionali** in molte CRA è programmata relativamente ai piani di assistenza individuale (terapia iniettoria, cateterismi, nutrizione tramite PEG, ...). Dal momento che nelle CRA vi sono spesso molti ospiti affetti da patologie cerebro cognitive moderate e gravi, a volte allo stadio terminale, e ospiti non anziani con patologia tipo SLA, Parkinson ecc. che richiedono una presenza costante dell'infermiere, si ritiene ottimale che l'infermiere sia disponibile h24 e in reperibilità nella notte e nei festivi e prefestivi. In considerazione del crescente livello di non autosufficienza degli ospiti e delle polipatologie che li caratterizzano, è ottimale una dotazione di infermieri pari a 1 ogni 10 ospiti.

**Il Medico di Struttura (MS), o MMG** dell'ospite, deve svolgere attività preventiva, diagnostica e terapeutica nei confronti degli anziani inseriti nella struttura, **occuparsi della persona, monitorandone le condizioni cliniche e valutando quotidianamente i progressi del paziente e l'effetto delle cure prescritte.**

Dal momento dell'entrata in struttura dell'ospite il MS deve conoscere la storia clinica e di vita attraverso l'accesso al Fascicolo Sanitario Elettronico, il colloquio con i parenti e la documentazione clinica.

La cadenza delle visite del MS è normalmente programmata con la struttura: sarebbe auspicabile almeno una volta al giorno (non inferiore a 6 ore settimanali ogni 30 anziani), variabile a seconda delle condizioni degli ospiti. In caso di urgenza il Medico deve essere reperibile almeno telefonicamente, dal momento che a lui spetta la eventuale decisione del ricovero.

Nella fascia oraria notturna, dalle 20.00 alle 8.00, in quella pomeridiana del sabato e prefestivi, oltre che in tutti i festivi, l'assistenza medica deve essere garantita dal servizio di Guardia Medica dell'ASL.

Tale organizzazione permetterebbe anche un risparmio da parte dell'Azienda Usl, in quanto ridurrebbe gli accessi impropri al pronto soccorso e i relativi ricoveri.

Fondamentale è la disponibilità del medico al colloquio e al confronto con gli altri operatori sanitari che sono a stretto e quotidiano contatto con gli ospiti, in modo da avere aggiornata la loro situazione clinica, attraverso il controllo sulla corretta somministrazione dei farmaci e la loro efficacia.

Il medico può richiedere visite specialistiche, che attualmente vengono eseguite presso i presidi pubblici e privati accreditati del territorio tramite prenotazione CUP.

**Il fisioterapista** lavora in equipe, insieme ad altre figure professionali (il medico specialista e le OSS), al fine di favorire, là dove possibile, il mantenimento e il miglioramento dell'attività psico-motoria dell'ospite. Inoltre:

- valuta le competenze motorie residue;
- mette in atto piani di prevenzione e/o gestione di eventuali lesioni da decubito; individua la necessità di ausili quali carrozzina, deambulatore, calzature, etc;
- elabora progetti specifici per la persona ed effettua, in accordo con il medico, cicli di trattamento individuale o di gruppo;

- si occupa delle pratiche per la fornitura degli ausili prescritti;
- effettua attività di formazione, aggiornamento e supervisione alle altre figure professionali dell'equipe sulle corrette modalità di mobilitazione dell'ospite e di utilizzo degli ausili.

## **Caratteristiche degli ambienti ed attività per il benessere dell'anziano**

L'investimento di risorse pubbliche sulle CRA dovrà anche riguardare gli aspetti relativi alle caratteristiche degli ambienti nei quali l'anziano vive, per realizzare un luogo di vita accogliente.

Innanzitutto le CRA devono essere ubicate in luoghi privi di barriere architettoniche, dove l'anziano possa accedere in completa sicurezza, e inseriti in un contesto urbano accogliente e connesso con il quartiere nel quale si trovano. Inoltre gli ambienti interni devono essere completamente accessibili: si rende necessario pertanto un controllo per l'adeguamento di questi presidi secondo le vigenti norme di legge.

### *L'ingresso*

L'ingresso in struttura dell'anziano deve avvenire in modo graduale e deve essere organizzato con la presenza e l'accompagnamento dei familiari; nel caso in cui non fossero più presenti i familiari, è indispensabile la presenza di uno psicologo o di un counselor.

Durante l'inserimento in CRA, all'anziano vengono tolte individualità e privacy: la modalità di inserimento va quindi resa più accogliente nei confronti della persona, in quanto la possibilità di conservare la propria individualità attraverso la memoria, le abitudini, il vissuto e la storia personale, è importante per garantire la continuità terapeutica e assistenziale.

Infatti, purtroppo sono molti gli anziani deceduti nei primi 6 mesi a causa dello scompenso psicologico dovuto al cambiamento. Il momento dell'ingresso spesso viene sottovalutato pur essendo un vero trauma, non meno traumatico e doloroso di un lutto: è necessaria maggiore attenzione e consapevolezza in merito alla delicatezza di questo momento da parte del personale.

### *Gli spazi interni*

Le stanze che ospitano gli anziani devono essere pensate per favorire lo svolgimento delle attività degli operatori in completa sicurezza, garantendo anche la privacy degli ospiti.

Le stanze devono essere singole o doppie, con spazi sufficienti per la manovra delle barelle, delle carrozzine e dei sollevatori. Tutte le camere devono essere dotate di telefono e di bagno attrezzato; il letto deve avere impianti d'ossigeno e gli arredi devono essere funzionali.

Nel caso in cui l'anziano sia in camera doppia, è necessario prevedere una stanza per l'accompagnamento da parte dei familiari, se sono presenti nella vita dell'anziano. Le stanze doppie devono essere dotate di parete scorrevole, per garantire la privacy durante l'igiene personale.

I servizi igienici devono essere dotati di maniglie ed accessori ausiliari e devono essere attrezzati per carrozzine; la vasca deve essere dotata di sportello in sicurezza.

Tutti gli ausili devono essere individuali, utilizzati con appositi contenitori per evitare la trasmissione di malattie e preservare la salute dell'ospite.

Dovrà inoltre essere prevista la camera ardente, oltre che una cappella per le funzioni religiose.

### *Attività di animazione*

Il benessere dell'anziano, oltre che attraverso una assistenza di qualità, deve essere garantito attraverso l'organizzazione di attività di animazione che devono coinvolgere anche la spiritualità della persona.

La CRA deve essere dotata di spazi dove condividere attività d'animazione con gli altri residenti, attraverso la realizzazione di attività di musica, pittura, cinema/teatro, lettura giornali, prevedendo anche spazi individuali. Deve anche essere presente una palestra attrezzata per la riabilitazione sia attiva che passiva.

Dovranno essere organizzate attività di animazione, anche attraverso la progettazione di eventi e creatività artistica, e potranno essere previste attività manuali, come la preparazione del cibo, la falegnameria, la manutenzione dell'orto e la cura degli animali da compagnia.

Il processo di re-internalizzazione delle attività di preparazione e somministrazione dei pasti potrà permettere di creare ulteriori opportunità di socializzazione ed attività degli anziani, che potranno anche essere coinvolti nella preparazione dei cibi.

Le attività di animazione/socializzazione potrebbero anche coinvolgere utenti di altri servizi (ad esempio i centri diurni anziani) e configurare una maggiore apertura della CRA alla cittadinanza.

### *Gli spazi esterni*

Il rapporto con le stagioni è fondamentale per lo scorrere del tempo; le ore, i giorni, le stagioni sono spesso confusi e dimenticati per l'anziano, che in questo modo rischia di perdere la relazione con lo scorrere del tempo.

E' quindi indispensabile prevedere adeguati spazi esterni alle CRA, che dovrebbero essere preferibilmente ubicate in un contesto urbano non isolato dalla vita sociale della città o del Quartiere, al fine di consentire una interrelazione degli anziani con il tessuto urbano e i suoi residenti. E' in ogni modo indispensabile, all'interno di ciascuna CRA, la presenza di un parco e/o giardino, oltre che di orti, per le attività esterne, in modo che l'anziano possa mantenere il contatto con il tempo e le stagioni.

All'interno del giardino devono inoltre essere previsti dei percorsi, adeguatamente dotati di panchine e tavolini, finalizzati alla deambulazione dell'ospite, dove poter anche incontrare parenti, amici e residenti del Quartiere.

E' importante dotare l'edificio di un terrazzo richiudibile attraverso una vetrata scorrevole, per poter mantenere il contatto con l'ambiente esterno anche durante la stagione fredda, quando non è possibile uscire in giardino.

## SERVIZI PER IL SOSTEGNO A DOMICILIO

Accanto ad un aumento dell'offerta di posti in CRA è necessario rafforzare il complesso dei servizi di sostegno a domicilio.

E' tuttavia necessario sgomberare il campo da un equivoco di fondo, relativo alla possibile alternativa tra servizi di sostegno al domicilio e servizi residenziali (le CRA).

I servizi di sostegno al domicilio svolgono in realtà una funzione complementare a quelli residenziali, rivolgendosi ad anziani maggiormente autonomi, e possono permettere all'anziano che ancora vive nella propria casa di mantenere la propria indipendenza.

La variabilità dei bisogni degli anziani che vivono nel proprio domicilio si intreccia inoltre con la disponibilità di familiari, caregiver ed assistenti familiari, che interagiscono con l'anziano rispondendo ai suoi bisogni assistenziali e relazionali.

Il Comune deve pertanto organizzare una risposta calibrata, sulla base dei bisogni dell'anziano residente nel proprio domicilio, in grado di combinare servizi pubblici di diverso tipo: assistenza domiciliare sociale, assistenza domiciliare sociosanitaria e servizi semiresidenziali, coinvolgendo anche il caregiver dell'anziano e le assistenti familiari.

### *Potenziamento dell'assistenza domiciliare e coinvolgimento delle assistenti familiari e dei caregiver*

L'assistenza domiciliare non è un servizio funzionale a rispondere ai bisogni di quelle famiglie che assistono anziani affetti da demenze, Parkinson o gravi malattie degenerative e che andrebbero quotidianamente accompagnati, assistiti, sorvegliati e riabilitati sia psicologicamente. Per questi anziani occorrerà invece potenziare la dotazione di servizi residenziali specifici di cui si è trattato in precedenza.

L'assistenza domiciliare potrà essere pertanto rivolta a soddisfare i bisogni di altre tipologie di utenti, con un minore livello di complessità rispetto a quelli inseriti nelle CRA.

Il potenziamento dell'assistenza domiciliare dovrà realizzarsi all'interno della direttrice prevista dalla più recente normativa nazionale. In particolare, il Disegno di Legge Delega approvato il 10 Ottobre 2022 stabilisce che si dovrà realizzare l'integrazione degli istituti dell'assistenza domiciliare integrata (ADI) e del servizio di assistenza domiciliare (SAD) ai fini dell'unificazione in un servizio di Assistenza Domiciliare Integrata Sociosanitaria e Sociale (ADISS).

L'integrazione delle diverse tipologie di assistenza domiciliare è finalizzata a garantire un'offerta di assistenza sanitaria, sociale e sociosanitaria, basata sulla presa in carico di carattere continuativo e multidimensionale. Questo lavoro di integrazione, da realizzarsi nell'alveo delle funzioni in seno alla CTSS, potrà portare, da un lato, all'unitarietà delle risposte alla domanda di assistenza e cura, attraverso l'integrazione dei servizi erogati dalle ASL e dai comuni; dall'altro, all'offerta di prestazioni di assistenza e cura di durata e intensità maggiormente adeguata ai bisogni dell'anziano.

Accanto all'integrazione delle diverse tipologie di assistenza domiciliare, per gli anziani che presentano un significativo livello di non autosufficienza dovrà essere previsto un aumento cospicuo delle ore di assistenza.

Il sostegno alla domiciliarità, in prospettiva, dovrà prevedere inoltre un crescente utilizzo delle tecnologie, che potranno supportare il monitoraggio delle condizioni di salute dell'anziano e migliorarne le condizioni di vita a domicilio.

Uno dei limiti dell'assistenza domiciliare riguarda il fatto che – principalmente a causa dell'insufficienza dei finanziamenti disponibili – non riesce a raggiungere una parte importante di utenti, come ad esempio gli anziani soli che, pur ancora autonomi, necessitano di attività di controllo e sorveglianza.

Per questi, si dovrà immaginare lo sviluppo di un tipo di assistenza domiciliare a bassa soglia, "leggera", che non deve necessariamente svilupparsi attraverso la presa in carico tradizionale, ma piuttosto attraverso lo sviluppo di servizi di prossimità, anche attraverso il coinvolgimento del volontariato.

Il rafforzamento dell'assistenza domiciliare dovrà realizzarsi anche attraverso il coinvolgimento e l'inclusione nel sistema pubblico delle assistenti familiari, che dovranno essere inserite in liste gestite dal comune. Quest'ultimo provvederà alla loro formazione, per garantire una assistenza di qualità agli anziani e, allo stesso tempo, tutelare i diritti delle assistenti familiari.

Il caregiver è una figura essenziale nell'ambito del percorso di presa in carico dell'utente; i servizi di sostegno a domicilio devono pertanto essere costruiti prevedendo attraverso un suo concreto coinvolgimento. All'interno delle azioni di sostegno agli anziani e alle loro famiglie dovranno quindi essere ampliati i servizi di sollievo (vacanze condivise, ricoveri temporanei, ...), che sono centrali per soddisfare i bisogni dei caregiver, prevenendo il burnout e alleggerendo il peso della cura.

Queste opportunità di sollievo, gratuite per le famiglie, potranno essere costruite attraverso la realizzazione di pacchetti di servizi finalizzati a dare un supporto temporaneo alla famiglia in momenti di particolare emergenza, come già accade in altri territori della Regione Emilia-Romagna.

### *I centri diurni*

I centri diurni possono supportare l'assistenza degli anziani che vogliono rimanere a vivere nel proprio domicilio. La pandemia ha purtroppo determinato un indebolimento di questo segmento di offerta dei servizi, per cui potrà essere utile realizzare un approfondimento specifico, realizzando una indagine sulla condizione degli anziani in carico al comune, per valutarne i bisogni e verificare la loro propensione ad usufruire di servizi a ciclo diurno.

I risultati di questa indagine potranno servire per ricalibrare le caratteristiche dei servizi diurni, la cui organizzazione potrà prevedere una componente assistenziale più marcata o, in alternativa, una componente maggiormente orientata alla socializzazione ed alla costruzione di relazioni e di comunità.

I servizi diurni così riorganizzati potranno costituire una risposta flessibile ai bisogni di quegli anziani assistiti a domicilio attraverso diverse tipologie di servizi, anche attraverso una fruizione a "tempo parziale", solo alcuni giorni a settimana.

## CONCLUSIONI

Gli anziani sono troppo anziani e costosi: 4 su 10 vengono esclusi per questo, a causa della loro età, dalle cure migliori. La conseguenza è un rischio di mortalità fino a 4 volte più alto. Per combattere questa situazione è nata la Carta di Firenze, il primo manifesto mondiale contro l'ageismo sanitario con dodici azioni per combattere pregiudizi e stereotipi legati all'età nell'assistenza sanitaria e migliorare qualità e durata di vita degli anziani, i cui principi sono centrali per garantire loro cura ed assistenza adeguata.

I geriatri italiani hanno lanciato l'allarme sui bisogni di salute, soprattutto dei cosiddetti "grandi anziani", su cui il Ssn non investe abbastanza risorse. In Italia i dati dei registri nazionali documentano che fino al 40% degli over 85 con problemi di cuore, è sotto-trattato. Gli effetti sono lampanti nel caso delle malattie cardio-cerebrovascolari che riguardano oltre il 60% degli over-65 e raggiungono il picco dell'80% negli ultra 85enni che in Italia superano i 2.2 milioni.

Con l'aumentare dell'età, le prescrizioni farmacologiche e i regolari controlli raccomandati dalle linee guida si riducono progressivamente fino a dimezzarsi negli over-85, in cui si registra un sostanziale sotto-trattamento fino al 40% dei casi.

La Carta di Firenze, il primo manifesto mondiale contro l'ageismo, è stato appena pubblicato su *European Geriatric Medicine* e *The Journals of Gerontology* e punta su 12 azioni concrete per ridurre al minimo l'impatto negativo dell'ageismo nell'assistenza sanitaria e migliorare la qualità di vita degli anziani, riducendo i costi legati alle loro patologie.

Andrea Ungar, coordinatore della Carta di Firenze, presidente del congresso e della SIGG, sottolinea come sia aumentato il numero di anziani da assistere e, con esso, la forma più diffusa di ageismo, cioè la discriminazione degli anziani nell'ambito sanitario. Infatti, nonostante rappresentino la maggioranza dei malati con patologie croniche quasi sempre concomitanti, il 40% degli anziani è tagliato fuori dalle terapie più avanzate e appropriate e dai protocolli sperimentali senza valide ragioni mediche ma solo in base all'età. Gli effetti negativi dell'ageismo – aggiunge Ungar – influenzano anche la longevità, con una probabilità fino a 4 volte più alta di morire nelle persone anziane che hanno un'autopercezione negativa dell'invecchiamento rispetto a coloro che hanno una visione positiva della vecchiaia. Interiorizzare stigma e pregiudizi potrebbe essere un nuovo fattore di rischio per una vita più lunga. Resistono infatti barriere mentali che fanno ritenere poco adeguato il ricorso a nuovi farmaci e alle terapie più innovative, oltre una certa età. Bisogna quindi proteggere gli anziani dalla discriminazione sanitaria e fare in modo che ricevano le cure migliori.

Gli esperti aggiungono che è inevitabile che, laddove le risorse sono limitate, si operino delle scelte; ma un paziente anziano curato in maniera inefficace va incontro a ricadute e riospedalizzazioni e deve essere nuovamente trattato con uno spreco di risorse, oltre che di vita e sofferenze individuali.

Le azioni proposte nel manifesto per invertire la rotta puntano innanzitutto alla formazione. Il tema dell'invecchiamento deve diventare parte integrante del percorso formativo del personale sanitario e degli assistenti sociali. È necessario anche un cambiamento di paradigma nell'approccio alla cura dell'anziano, che non può essere trattato "a pezzetti", di volta in volta dal cardiologo, dal neurologo, dal diabetologo, ma deve essere seguito con il necessario sguardo di insieme dal geriatra come medico della complessità. Serve poi dare priorità agli anziani nei pronto soccorso, che rappresentano un fattore di rischio per via dei lunghi tempi di attesa e una presa in carico non

adeguata, che possono contribuire al declino cognitivo e al peggioramento delle condizioni fisiche. Nel dettaglio la carta di Firenze promuove le seguenti azioni:

1. Bisogna promuovere l'educazione e la sensibilizzazione della popolazione, soprattutto degli anziani, per sconfiggere gli stereotipi e le false convinzioni che portano a pensare che la terza età sia un periodo di inevitabile declino.
2. Il tema dell'invecchiamento deve diventare parte integrante del percorso formativo del personale sanitario e degli assistenti sociali.
3. Il sistema sanitario deve dare priorità alla medicina preventiva in ogni fascia di età, per ritardare quanto più possibile l'insorgenza di malattie, fragilità e disabilità, e non solo curare le patologie quando si manifestano.
4. Personalizzazione delle terapie. La cura dell'anziano non può basarsi sul trattamento delle singole patologie secondo linee guida basate su trial clinici condotti in pazienti giovani: servono terapie su misura finalizzate a raggiungere obiettivi realistici, compatibilmente con l'età e le comorbidità del paziente.
5. Condivisione del percorso di cura. Il medico deve cercare una maggiore condivisione del percorso di cura col paziente e i suoi caregiver, informandoli correttamente delle possibili alternative e ascoltando con attenzione le loro esperienze, in modo da scegliere le opzioni più adatte alle loro priorità e preferenze in modo da aumentare l'aderenza alla terapia.
6. No alle discriminazioni. La scelta delle terapie non va fatta in base all'età anagrafica, per non escludere pazienti anziani da trattamenti di prevenzione e cura che potrebbero essere utili a migliorare la loro qualità di vita.
7. Trial clinici più inclusivi. Gli anziani dovrebbero essere inclusi nelle sperimentazioni cliniche che testano cure e interventi potenzialmente utili per loro. I risultati andrebbero stratificati per età e condizioni di salute, misurando non solo gli effetti in relazione alla malattia e alla sopravvivenza, ma anche alla qualità di vita.
8. Assistenza più integrata. Serve un maggiore coordinamento tra assistenza medica e sociale per una migliore gestione dei pazienti anziani con malattie croniche, fragilità, disabilità e deficit cognitivi. Il geriatra può giocare un ruolo chiave.
9. Priorità al PS. Al pronto soccorso gli anziani devono essere trattati e dimessi il più rapidamente possibile, perché una permanenza prolungata aumenta il rischio di deterioramento delle loro condizioni.
10. Ospedali age-friendly. Le strutture sanitarie dovrebbero includere ambienti "amici" degli anziani, dove i pazienti non siano costretti a rimanere immobili a letto e isolati, ma abbiano la possibilità di occuparsi della cura della propria persona, di fare riabilitazione, socializzare e dormire indisturbati per recuperare prima. Questo aiuterebbe a prevenire complicazioni come le cadute, il delirio, l'incontinenza e la depressione.
11. Accessibilità. L'accesso all'assistenza sanitaria dovrebbe essere garantito alle persone anziane, in particolare a quelle con disabilità, fragilità, isolamento sociale e svantaggio socioeconomico. L'assistenza dovrebbe comprendere la salute orale, la salute degli occhi, gli apparecchi acustici e

altri servizi solitamente forniti al di fuori del sistema sanitario pubblico. Il trasporto pubblico verso le strutture sanitarie dovrebbe essere accessibile e conveniente.

12. Tecnologie a misura di anziano. Il coinvolgimento degli anziani nello sviluppo di tecnologie sanitarie, compresa l'intelligenza artificiale, può aiutare a sviluppare strumenti che consentano anche a chi è più avanti negli anni di beneficiare di strategie di assistenza innovative. I dati relativi alle condizioni funzionali e di salute degli anziani vanno inclusi nei dati utilizzati per generare modelli di previsione clinica e decisionali.

Il Comune di Modena dovrà quindi prioritariamente realizzare un forte investimento sul diritto alla salute e al benessere delle persone anziane, all'interno di una logica di sviluppo umano, centrata sulla persona e sui suoi bisogni nell'arco del ciclo di vita, analoga a quella promossa dalla carta di Firenze.

Dovrà essere rafforzata l'area dei servizi alla persona, prevedendo finanziamenti aggiuntivi da parte di tutti i soggetti della governance sociosanitaria.

Il rafforzamento dell'Ufficio di Piano Comunale e l'istituzione dell'Ufficio di Supporto alla CTSS sono precondizioni indispensabili per realizzare azioni innovative, supportare la programmazione dei servizi e consolidare l'integrazione sociosanitaria.

L'amministrazione dovrà impegnarsi perché le CRA siano progettate secondo le norme, con particolare riguardo alla sicurezza degli ospiti e con ambienti idonei ad una vita serena.

Si auspica di tornare alla situazione di alcuni anni fa, nella quale il rapporto personale/utenti era più elevato di quello attuale.

L'assistenza deve essere svolta da personale competente e motivato. E' indispensabile pertanto che la gestione delle CRA non sia esternalizzata, ma sia presa in carico dalle istituzioni pubbliche sin dalla fase di progettazione in modo da realizzare, laddove possibile, strutture in prossimità con le case di comunità così da avere a disposizione, in caso di bisogno, un'assistenza medico infermieristica rapida, adeguata e competente, evitando di sottoporre l'anziano al disagio del trasporto.


In caso di accreditamento, i controlli da parte dell'autorità preposta devono essere costanti per quanto riguarda le norme di sicurezza, la vivibilità degli ambienti, il numero e la competenza del personale e la qualità dei servizi (in particolare, il cibo). Importante è l'ascolto dei suggerimenti e delle critiche degli utenti, dei parenti dei cittadini e del personale.

La presenza di cucine nella struttura è importante per l'anziano, che deve avere una dieta adeguata con cibi genuini e pietanze preparate al momento, con cura dell'aspetto e del gusto, non precotte e riscaldate come succede quando i pasti vengono affidati attraverso appalti.

La possibilità di disporre di una cucina interna consente la preparazione di pasti personalizzati per gli ospiti con diete particolari; inoltre consente di elaborare, per coloro che hanno problemi di masticazione, cibi morbidi, liquidi o semiliquidi che consentono comunque l'apporto calorico necessario.







**Quando i genitori invecchiano  
Lasciali invecchiare con lo stesso  
amore con cui ti hanno fatto  
crescere...**

**Lasciali parlare e raccontare  
ripetutamente storie con la stessa  
pazienza e interesse con cui hanno  
ascoltato le tue quando eri  
bambino...**

**Lasciali vincere, come tante volte  
loro ti hanno lasciato vincere...  
Lasciali godere dei loro amici, delle  
chiacchiere con i loro nipoti...**

**Lasciali godere vivendo tra gli  
oggetti che li hanno accompagnati  
per molto tempo, perché soffrono  
sentendo che gli strappi pezzi della  
loro vita...**

**Lasciali sbagliare, come tante volte  
ti sei sbagliato tu...**

**Lasciali vivere e cerca di renderli  
felici l'ultimo tratto del cammino  
che gli manca da percorrere, allo  
stesso modo in cui loro ti hanno  
dato la loro mano quando iniziavi il  
tuo.**

**Pablo Neruda**

