

NON SOLO...CASE DI RIPOSO

Considerazioni a Posteriori del Convegno

L'interesse suscitato dal Convegno del 16 ottobre, [organizzato dal Centro Caravaggio, e realizzato con la indispensabile e impagabile collaborazione della Fondazione Zanetti Cominelli, del sindaco Enrico Volpi e l'aiuto organizzativo della Casa del Giovane,] era in larga parte legato alla tempestività dell'argomento trattato: non a caso, a fronte dell'importanza degli oratori di rilevanza nazionale o regionale, il parterre era formato in prevalenza da addetti ai lavori (direttori e amministratori di RSA, sindaci, collaboratori di RSA) senza dimenticare i contatti alla trasmissione in streaming che ha trasmesso tutto l'evento.

Se c'era bisogno di una riprova, basta ricordare che l'intera materia, riguardante i progetti e gli obbiettivi della Regione Lombardia sono in discussione proprio in questi giorni al Consiglio Lombardo e anzi terranno occupati i nostri Consiglieri territoriali per tutto il mese.

Soprattutto le due relazioni del Dr. Mannino e del Dr. Monti ci hanno dato una anticipazione dei maggiori punti che riguardano ciò che la Regione Lombardia programma di fare per il futuro nel settore della Sanità, anche nel solco del PNRR: in effetti, l'impatto della epidemia da COVID 19 ha posto in crisi molte situazioni sanitarie e soprattutto ha evidenziato le carenze deri-vanti da una ricerca dell'ec-cellenza ospedaliera a sfavore del territorio: solo l'impegno e l'eroismo del personale medico-sanitario (grazie al Sindaco Volpi di averlo ricordato) ha permesso di ridurre il danno, ma ponendo in evidenza le problematiche derivanti dalla cura della dignità delle persone - soprattutto anziani - e dallo scollamento tra territorio e strutture ospedaliere sempre più lontane e difficilmente accessibili.

Don Vinicio Albanesi ha sottolineato come gli anziani abbiamo drammaticamente sofferto delle conseguenze della pandemia, per le situazioni, in molte strutture, che già da prima del COVID presentavano tutti i prodromi di difficoltà inaccettabili.

In particolare, ha voluto sottolineare che:

La tendenza è di creare grandi numeri per la cosiddetta "economia di scala". Tale impostazione aggrava la vivibilità, rendendola "disumana". Lo spazio riservato a ognuno (qualche metro quadrato), il ritmo della giornata, il cibo, l'assistenza alla

I MAGGIORI INTERVENTI PREVISTI

LE CASE DI COMUNITÀ: devono diventare struttura fisica dove operano team multidisciplinari formati da Medici di Medicina Generale, medici specialisti, infermieri di comunità, altri professionisti della salute e assistenti sociali, per diventare un punto di riferimento per la popolazione su alcuni aspetti: infrastruttura informatica, punto prelievi, strumentazione polispecialistica e garanzia di presa in carico. In Lombardia? Oggi ne risultano zero. Lo standard fissato è di una ogni 20mila abitanti.

CURE DOMICILIARI: forte potenziamento dell'ADI (Assistenza domiciliare integrata), in tutte le sue forme. Il modello organizzativo prevede un servizio di assistenza a domicilio garantito dalla presenza di personale sanitario (infermieri, OSS, tecnici e medici) 7 giorni su 7 dalle ore 7 del mattino alle 21 e il superamento della attuale divisione ASL e Comuni.

CENTRALI OPERATIVE TERRITORIALI: (101 in Lombardia, 601 nella penisola) nelle quali si prevedono una serie di funzioni fra cui spicca la sperimentazione di strumenti di Intelligenza Artificiale e Machine Learning a supporto della gestione clinica e organizzativa dei pazienti.

TELEMEDICINA: attraverso bando nazionale rivolto alla Regione e per ora non ci sono ancora le misure di dettaglio ma si dovrebbe andare a integrare il Fascicolo Sanitario Elettronico; dovrà essere progettata come supporto alla sanità territoriale, non come alternativi o antitetici.

OSPEDALI DI COMUNITÀ In Regione abbiamo un gap notevole per raggiungere lo standard di 20 posti letto e un ospedale di comunità ogni 50mila abitanti. Si punta sulla capillarità delle piccole dimensioni per originare una forza derivante dalla diffusione delle strutture: inserite nella rete territoriale e destinate a ricovero breve per pazienti che necessitano interventi sanitari a bassa intensità clinica. Sono strutture definite "intermedie" a metà fra l'ospedale e il territorio", non devono superare i 40 posti letto. La loro gestione è prevalentemente infermieristica. (NdR: si torna indietro?)

persona, le visite, le relazioni sono gestite con il “minutaggio”, non considerando le persone accolte, ma attenti all’organizzazione generale degli operatori.

Nelle strutture più virtuose intervengono spazi, personale e momenti di relazionalità, creativi e ludici che tentano di correggere l’impostazione ospedaliera.

Ovvio che le differenze tra regione e regione, e anche all’interno delle singole regioni, sono ancora enormi e in molti casi imparagonabili, ma le Sue considerazioni dovranno essere tenute ben presenti, quando la programmazione pubblica affronterà il problema delle RSA future.

Per le strutture vicine a noi , fortunatamente, l’evoluzione delle RSA dal giorno della loro istituzione ai giorni nostri, ha avuto aspetti più che positivi: un buon esempio l’abbiamo avuto dalla nostra “Zanetti e Cominelli” e da diverse RSA viciniori: la RSA “aperta” cioè volta ad operare nel territorio e allo studio e valutazione di soluzioni innovative (case per anziani- assistenza domiciliare) seguite dal personale delle RSA: questo dovrebbe essere il futuro di una istituzione socio-sanitaria che, in molti casi, è apparsa, quando dimensionata correttamente, una delle poche strutture in grado di ben resistere ed operare in condizioni molto difficili. Su questo punto, si preferisce lasciare a parte il discorso, ancorché importante, del rapporto pubblico-privato, discorso che pure influenza largamente e in maniera molto importante le decisioni di Stato e Regioni, perché il tutto diventerebbe troppo lungo e dispersivo.

E il terzo settore e le Associazioni di Volontariato?

A molti altri temi, oltre al problema di cui immediatamente sopra, si è accennato o discusso durante la mattinata de Convegno, ma certamente abbastanza in ombra è rimasto il tema del terzo settore.

Si è ricordata l’importanza dell’aiuto delle varie Associazioni durante i mesi più cruciali della pandemia e poi in seguito fino ad oggi, ma, forse anche per il fatto che la Legge Regionale in discussione non vi fa particolare riferimento, l’importanza del terzo settore è rimasta a parte, anche per tutto quello che riguarda il mondo degli anziani.

Certo, ciò in parte è dovuto anche al fatto che la lunga trafila burocratica-amministrativa dell’entrata in vigore della nuova regolamentazione della materia sanitaria e socio-sanitaria ha occupato molti spazi politici negli anni passati, e d’altra parte la revisione della legislazione sanitaria riguarda tutta la popolazione e non solo parte di essa.

Ma gli anziani entro pochissimi anni saranno oltre il 30% della popolazione e il loro status sarà di fondamentale importanza per molti interventi sociali: gli interventi sanitari e sociosanitari, pur attuati al miglior livello, non saranno in grado di garantire, da soli, un welfare che dia piena dignità e importanza al mondo della terza o quarta età..

I lunghi periodi di lockdown sono stati tremendi per la popolazione anziana e hanno impattato notevolmente nel loro approccio alla vita sociale.

Ci corre l’obbligo di richiamare l’attenzione su almeno alcuni punti:

La sensazione di maggior vulnerabilità causata dall’isolamento e dai minori contatti sociali: si può facilmente capire il malessere derivante dalla semplice domanda “Oddio, cosa faccio se mi capita questa o quest’altra cosa”. Per due volte noi abbiamo fatto un giro di telefonate ai Soci ed era palpabile il sollievo del sentire una voce conosciuta anche solo al telefono. Peraltro non va trascurato l’impatto che questa ansia ha avuto non solo sul corpo, ma anche sul cervello di coloro che erano comunque costretti in casa.

L’ansia e la paura indotta dall’atteggiamento delle persone dall’**AGEISMO** : al solito, un termine derivato dall’ inglese che vuole dire molte cose, genericamente “invecchiamento”: qui però si tratta dei comportamenti delle persone “giovani e sane” verso gli anziani e anche delle ansie degli anziani verso il mondo esterno.

Si tratta molto spesso di un atteggiamento istintivo, in molti casi

Cosa si dice nel Piano della Lombardia

Per quanto concerne il volontariato, si parla di “promozione e sperimentazione di forme di partecipazione e valorizzazione che non devono essere considerate sostitutive di servizi”. In merito al terzo settore, la Regione si da il compito di favorire la “crescita e sviluppo dei soggetti pubblici e privati, erogatori e non, diretti o indiretti, anche attraverso la definizione di modalità di riconoscimento, rappresentanza, consultazione, collaborazione e controllo”.

WELFARE

Complesso di politiche pubbliche messe in atto da uno Stato che interviene, in un’economia di mercato, per garantire l’assistenza e il benessere dei cittadini, modificando in modo deliberato e regolamentato la distribuzione dei redditi generata dalle forze del mercato stesso.

Per quanto concerne il volontariato, si parla di “promozione e sperimentazione di forme di partecipazione e valorizzazione che non devono essere considerate sostitutive di servizi”. In merito al terzo settore, la Regione si da il compito di favorire la “crescita e sviluppo dei soggetti pubblici e privati, erogatori e non, diretti o indiretti, anche attraverso la definizione di modalità di riconoscimento, rappresentanza, consultazione, collaborazione e controllo”.

anche benevolo (non importa, poveretto, è anziano e qualcosa non funziona!).

Il riquadro a fianco, derivato da una pubblicazione del WHO (Organizzazione Mondiale della sanità) ne spiega chiaramente i riflessi sui comportamenti sia dei giovani che degli anziani se ci pensiamo bene è il rovesciamento dei valori della vecchiaia, che era tenuta in gran conto dai nostri avi.

Da qui e dalle evidenti necessità che ogni giorno riscontriamo in generale, che appare chiaramente la nostra funzione futura.

Tutti gli studi sono concordi nel ritenere che la pandemia ha aggravato il senso di isolamento delle persone anziane, rendendo ancor più difficile la partecipazione agli eventi esterni (anche noi del Centro possiamo valutare come espressione di questa difficoltà sia l'entusiasmo che i Soci dimostrano nel ricominciare le vecchie abitudini, sia la permanenza della diffidenza a uscire di casa di parecchi)

La materia richiederebbe ben altri approfondimenti; Noi, riassumendo, nelle nostre attività potremo puntare in futuro (innovando dove necessario) su questi punti:

A. migliorare la partecipazione attiva delle persone anziane all'interno della comunità (lavoro, volontariato, ecc.), anche attraverso l'informazione e la formazione.

B. evidenziare e rendere noto il "peso" dell'ageismo nell'accesso a beni e servizi

C. promuovere una società "age-friendly- amica dell'età", che sostenga le persone anziane nel realizzare a pieno il proprio potenziale.

Appare evidente che, per rendere efficaci queste azioni tutto il mondo del volontariato e non solo, è chiamato a un impegno che non può non essere corale: tutte le istituzioni "vicine", il Comune, le Parrocchie, le Strutture Sanitarie, le Società Sportive dilettantistiche, i centri culturali devono dedicare attenzione e iniziative al mondo degli anziani, non solo perché saranno una numerosa parte della Società, ma perché devono diventare portatori di interesse (stakeholders)/protagonisti. Ne guadagneremo tutti.

Se c'era bisogno di conferme, questa ne è una importante: il congresso è servito, e ci ha aiutato, a cambiare il nostro sguardo per il mondo della terza e quarta età: questo aspetto, che aiuterebbe notevolmente gli anziani a rafforzare il loro potere di resilienza, non è certamente secondo a quello sanitario o sociosanitario, e certamente faciliterebbe anche l'area sanitaria in senso stretto.

NB: le considerazioni di cui sopra derivano dai risultati del Convegno e da altri lavori specifici pubblicati in Internet; ci scusiamo se, anche per brevità, non sempre abbiamo citato le fonti

La WHO definisce l' "ageismo" come stereotipo, pregiudizio e discriminazione nei confronti delle persone in base alla loro età, evidenziando tra l'altro come si tratti di una forma di discriminazione "normalizzata", cioè implicitamente considerata "normale" a livello sociale – a differenza del razzismo e della discriminazione sessuale (WHO Report on Ageing and Health, 2015).

All'interno della comunità le persone anziane sono comunemente stigmatizzate a causa della loro età cronologica, e con l'aumentare dell'età aumenta l'attribuzione di stereotipi negativi riguardanti i cambiamenti a livello fisico, cognitivo ed emotivo, questo fenomeno provoca:

- la diffusa e sistematica esclusione dalle persone anziane da opportunità di tipo educativo, lavorativo, abitativo, possibilità riguardanti i trasporti, i servizi sanitari e sociali, le opportunità legislative, ecc.

- l'errata "normalizzazione" delle malattie, in particolare quelle di tipo neurodegenerativo e i problemi di salute mentale, considerate parte del processo di invecchiamento.

Questi stereotipi, pregiudizi, discriminazioni vengono interiorizzati dalle persone anziane e ostacolano i percorsi di assistenza/cura nonché l'attivismo civico: lo stigma sociale percepito/interiorizzato fa sì che le persone anziane siano meno propense a impegnarsi in attività che favoriscono la loro inclusione/integrazione e la difesa dei propri diritti a causa della credenza implicita che sia necessario "sacrificare" il proprio benessere per "lasciare spazio" alle giovani generazioni (Walsh et al., 2016; Donizzetti, 2019).