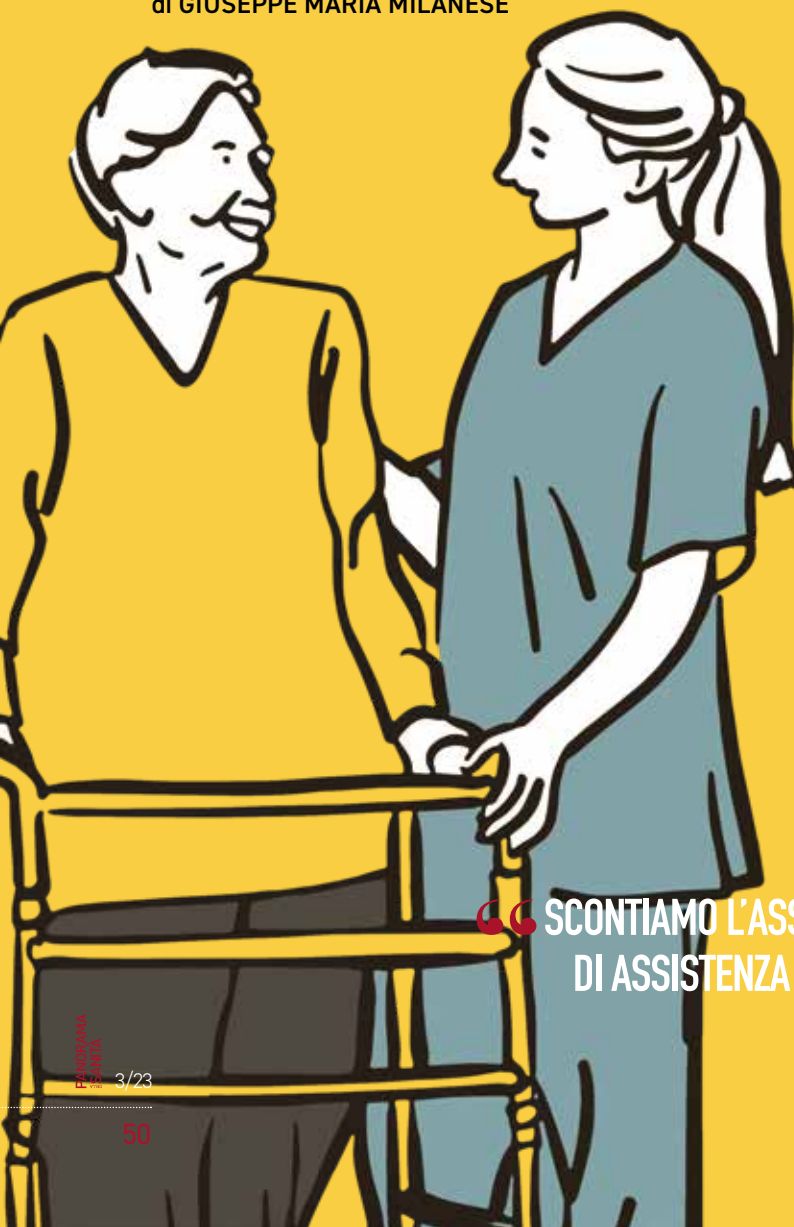


FORMIAMO L'OSSSS

Una casa disabitata si riduce a quattro mura in piedi. Una scuola priva di docenti è una comune infeconda. Una caserma che manca di soldati assurge a simbolo della resa. **Il sillogismo vale anche per la sanità, intesa come struttura portante della salute e nelle diverse articolazioni in cui deve servire la comunità**

di GIUSEPPE MARIA MILANESE



Il recente Rapporto Crea (Centro per la Ricerca Economica Applicata in Sanità dell'Università di Roma Tor Vergata), autorevole studio giunto alla 18° edizione, illustra senza possibilità di equivoci proprio questo crinale, identificato nel titolo: "Senza riforme e crescita, Ssn sull'orlo della crisi". Su quell'orlo è cruciale la questione del personale, ribattuta ormai innumerevoli volte dalle agenzie di stampa nel corso degli anni travolti dal Covid-19 e poi quotidianamente strillata dai mass media fino ai giorni nostri. I dati sono impressionanti, in termini assoluti e relativi, poiché affrescano il quadro di un pesantissimo ritardo accumulato negli anni e un gap di programmazione ingiustificabile: per ade-

guarsi ai cosiddetti "Paesi benchmark" (Francia, Germania, Regno Unito e Spagna), l'Italia dovrà colmare un vuoto di 30mila medici e 250mila infermieri. E questo stando all'attuale assetto sanitario, ancora incentrato sull'ospedale.

Poiché scontiamo tuttavia l'assenza di un sistema di assistenza primaria e cioè di un filtro osmotico che convogli verso i nosocomi soltanto le acuzie, destinando invece le cronicità al territorio (case, Rsa, centri diurni), oggi patiamo l'affollamento inutile e improprio dei pronto soccorso e dei reparti ospedalieri. **Sembra assodata - almeno sulla carta, almeno nelle intenzioni dei decisori politici - la necessità di edificare un sistema territoriale; meno chiara la prospettiva di costruirlo attorno alla medicina di base, alle farmacie dei servizi, alla cooperazione socio-sanitaria che negli anni hanno costituito una rete per sostenere in forma sussidiaria il Paese.** Questo modello sembra il più efficace (ed anche il più virtuoso) per compensare le esigenze di una fascia di popolazione con patologie croniche e un'età media ben più alta

SCONTIAMO L'ASSENZA DI UN SISTEMA DI ASSISTENZA PRIMARIA

che altrove. È evidente che l'urgenza di reperire personale - una urgenza all'italiana, ovviamente, della paradossale categoria delle urgenze permanenti - sarà a stretto giro superata da un grado ulteriore di pressione, anche per l'impatto che avrà il Ddl delega per gli anziani, encomiabilmente approvato dal Governo lo scorso 19 gennaio, in attuazione del Pnrr. Nel testo è indicata tra le priorità l'assistenza domiciliare, da un lato punctum dolens del sistema della salute italiano, dall'altro trend topic dei dibattiti seri e di quelli oziosi: con il problema (e qui il cane si morde la coda) che diventa spiccatamente difficile assistere i malati a casa se non si dispone di operatori sanitari.

Perciò: è acclarato che all'Italia mancano medici e infermieri per le cure ospedaliere, così come è palmare che ne mancherebbero per strutturare un adeguato sistema di cure domiciliari. Come si risolve un così grande grattacapo, prossimo peraltro ad ingrossarsi? Cassando i test di ammissione alla facoltà di Medicina? Sì, certo, anche: ma porterà frutti sul lungo periodo. Dischiudendo le porte delle scuole di specializzazione? Va bene, ma anche questi risultati non sarebbero immediati. Invogliando potenziali medici e infermieri con i tanto

attesi aumenti di stipendio? Iniziativa necessaria ma non risolutiva, nella misura in cui è qui ed ora che occorre una moltitudine di professionisti pronti a riversarsi tanto nelle corsie, quanto nelle case. Allora? Si provveda a normare la formazione dell'operatore socio-sanitario specializzato (Osss), per il quale la specializzazione sia utile a farsi carico delle funzioni infermieristiche di base, nulla togliendo agli infermieri così come già accade pacificamente in alcune regioni italiane. Un processo qualificante, è appena il caso di dirlo, che andreb-

be focalizzato tanto sulla professionalizzazione tecnica, quanto sulla umanizzazione delle cure, nodale per assumere la responsabilità anche etica, anche valoriale di assistere un malato nella propria casa. **La determinazione di formare una schiera di queste figure professionali sbroglierebbe la matassa nel breve periodo, consentendo all'Italia di allinearsi ai Paesi più evoluti, creerebbe nuova occupazione per i giovani più sensibili e motivati e finalmente restituirebbe dignità ad una generazione che merita rispetto.**

Il disegno di legge che introduce deleghe al Governo in materia di politiche in favore delle persone anziane, muove dal riconoscimento del diritto delle persone anziane alla continuità di vita e di cure presso il proprio domicilio e dal principio di semplificazione e integrazione delle procedure di valutazione della persona anziana non autosufficiente. Il provvedimento mira all'istituzione dei "punti unici di accesso" (Pua) diffusi sul territorio, si potrà effettuare, in una sede unica, una valutazione multidimensionale finalizzata a definire un "progetto assistenziale individualizzato" (Pai) che indicherà tutte le prestazioni sanitarie, sociali e assistenziali necessarie per la persona anziana. Ulteriori elementi di rilievo sono la definizione di una specifica governance nazionale delle politiche in favore della popolazione anziana, con il compito di coordinare gli interventi; la promozione di misure a favore dell'invecchiamento attivo e dell'inclusione sociale, anche sostenendo il cosiddetto "turismo lento"; la promozione di nuove forme di coabitazione solidale per le persone anziane e di coabitazione intergenerazionale, anche nell'ambito di case-famiglia e condomini solidali, aperti ai familiari, ai volontari e ai prestatori di servizi sanitari, sociali e sociosanitari integrativi; la promozione d'interventi per la prevenzione della fragilità delle persone anziane; l'integrazione degli istituti dell'assistenza domiciliare integrata (Adi) e del servizio di assistenza domiciliare (Sad); il riconoscimento del diritto delle persone anziane alla somministrazione di cure palliative domiciliari e presso hospice; la previsione d'interventi a favore dei caregiver familiari.

Ogni anno oltre 2 milioni di giornate di degenza improprie per la difficoltà a dimettere gli anziani soli. È quanto emerge da una recente indagine della Fadoi, Federazione dei medici internisti ospedalieri, condotta in 98 strutture, che indica che dalla data di dimissioni indicata dal medico a quella effettiva di uscita passa oltre una settimana nel 26,5% dei casi, da 5 a 7 giorni nel 39,8% dei pazienti, mentre un altro 28,6% sosta dai due ai quattro giorni più del dovuto.

Per quale motivo lo mostra la stessa survey.

Il 75,5% dei pazienti anziani resta impropriamente in ospedale perché non ha nessun familiare o badante in grado di assisterli in casa, mentre per il 49% non c'è possibilità di entrare in una Rsa. **Il 64,3% protrae il ricovero oltre il necessario** perché non ci sono strutture sanitarie intermedie nel



territorio mentre **il 22,4% ha difficoltà ad attivare l'Adi.** In altri termini un mix tra deficit di assistenza sociale e di mancata presa in carico da parte di servizi e strutture sanitarie territoriali.

Una volta dimessi il 24,5% dei pazienti ultrasettantenni va direttamente a casa, il 41,8% avendo però almeno attivato l'assistenza domiciliare. Il 15,3% finisce in una Rsa, il 18,4% in una struttura intermedia.