La cura dell'anziano fragile alla prova della pandemia. Il ruolo della residenzialità

Durante l'emergenza pandemica da COVID-19 le RSA, e in generale le strutture residenziali e ospedaliere, hanno subito pesanti critiche dall'opinione pubblica in merito al loro funzionamento. Elena Macchioni e Riccardo Prandini propongono un'analisi di quanto avvenuto puntando l'attenzione su un "fallimento di sistema" delle cure garantite nel nostro paese e mettendo in luce alcuni punti centrali per una riorganizzazione del sistema di Long-Term Care che vede, nella residenzialità, un nodo centrale nella presa in carico degli anziani fragili.

Di Elena Macchioni, Riccardo Prandini *(Alma Mater Università di Bologna)*

Una delle notizie che il sistema dei mass media ha più ampiamente prima selezionato e poi diffuso – nel contesto della pandemia da Covid 19 – è stato quella del presunto fallimento delle RSA. Questi contesti residenziali di cura sono stati descritti, soprattutto nei primi mesi della pandemia, come luoghi pericolosi e incontrollabili, dove il virus ha generato una vera e propria "strage" tra gli ospiti anziani e anche tra gli operatori.

Capri espiatori e strategia dello struzzo

La narrazione delle RSA come luoghi pericolosi ha preso la forma di decine di news televisive, radiofoniche e della carta stampata; i programmi del cosiddetto "approfondimento", ma anche report e saggi del sistema scientifico (spesso molto polemici nei confronti delle istituzioni regionali o locali in questione). Al pari delle Rsa, quali capri espiatori paragonabili, si contano solo il "sistema ospedaliero-ospedalocentrico" e i modelli sanitari.

A loro volta i politici regionali hanno scelto come causa di tutti i mali, il livello centrale di Governo. Ne è derivato un ping-pong senza costrutto che ha fatto dimenticare altre cose altrettanto rilevanti. Il "meccanismo del capro espiatorio" funziona sempre come deresponsabilizzazione collettiva e fuga dalla realtà. Il "sacrificio" del Capro rimette in equilibrio la comunità che espelle il male esternalizzandolo: un male di cui essa stessa è responsabile.

Società senza centro e senza vertice

Nella realtà, se una cosa la pandemia la ha insegnata, è che la società attuale non può essere controllata e diretta da nessuna istituzione in particolare. Ciò significa, tra l'altro, che **ogni sottosistema sociale – e le sue istituzioni e organizzazioni – sono allo stesso tempo, più autonome e più interdipendenti le une dalle altre**. La compresenza di autonomia e interdipendenza sociale serve a chiarire che qualsiasi osservazione critica sulla politica, ha sempre ragione e sempre torto contemporaneamente: ha sempre ragione perché chi ha deciso poteva farlo sempre in modo diverso; ha sempre torto perché comunque qualcuno da dentro al sistema politico dovrà poi decidere senza che la decisione possa essere presa altrove.

In sintesi, **le nostre società sono senza centro e vertice** (anche se i politici e gli scienziati vorrebbero che non fosse così).L'unica soluzione è una governance adatta alla sfida di questa pluralità sociale crescente che sappia responsabilizzare e coordinare il numero maggiore possibile di protagonisti, orientandoli a obiettivi comuni. Il contrario del meccanismo del capro espiatorio e della strategia dello struzzo.

Fallimento delle RSA o fallimento del sistema delle cure?

Più evidente, quasi ai limiti della banalità, l'accusa rivolta a ospedali e RSA di essere "luoghi della morte". Si tratta infatti di due contesti istituzionali in cui pazienti e operatori sanitari sono obbligati a rimanere per periodi di tempo giornaliero molto lungo, al chiuso e in interazione reciproca, cioè in presenza: e dove i pazienti sono in prevalenza rappresentati da persone fragili, tra cui maggioritarie nelle RSA gli anziani non autosufficienti con malattie croniche difficilmente trattabili nelle loro case (anche perché in molti casi, le famiglie di origine, se sono presenti, hanno altri problemi da affrontare, parimenti urgenti e non sono minimamente attrezzate a rispondere ai bisogni).

Se a questa necessaria residenzialità si aggiunge anche una certa flessione di risorse a disposizione – soprattutto di operatori sociosanitari (che durante la pandemia sono stati "saccheggiati" da ospedali e da strutture pubbliche) – e un tipo di cura fortemente medicalizzato, diventa evidente come il virus, una volta entrato, abbia trovato lo spazio-tempo migliore per proliferare. Il problema però non è risolvibile attribuendo a questi luoghi residenziali una qualche qualità mostruosa, come se fossero stati gestiti internamente da delinquenti o incompetenti.

Il problema è che **durante la prima fase della pandemia tutto il "sistema" ha preso decisioni che hanno avverato le peggiori profezie!** Le chiusure delle RSA, in netto ritardo con le notizie che già si avevano sulla circolazione del virus; l'ospedalizzazione dei pazienti, senza che agli operatori fossero stati forniti di dispositivi di protezione individuale (Macchioni e Prandini, 2022); lo spostamento di pazienti dagli ospedali alle RSA; la richiesta successiva che le RSA si chiudessero assolutamente all'interno per evitare (sic!) nuovi problemi di contagio; la ricerca spasmodica di operatori sanitari sottratti alle residenze stesse, etc. Tutto questo "circuito chiuso" di decisioni affrettate e difficili, spesso però molto orientato a scaricare problemi altrove – a smentire sul campo la retorica sempre presente d'integrazione e collaborazione istituzionale – ha fatto il resto. Che però si sia trattato di un fallimento di sistema basta pochissimo a mostrarlo.

Le analisi del caso sono arcinote e alcune tendenze erano già chiare da tempo:

1. tendenziale **accentramento delle "cure" negli ospedali**
2. **punto di accesso prevalente alla cura dai pronto soccorso**
3. tendenziale **perdita d'identità funzionale dei medici di base**
4. **sottofinanziamento e sottovalutazione dell'assistenza domiciliare**
5. **utilizzo massiccio delle "badanti" e di denaro privato per cure a medio termine**
6. **differenziali territoriali** ai limiti del tollerabile con conseguente mercato sanitario inter-regionale
7. spinte alla **privatizzazione degli erogatori di cure accreditati** pubblicamente attirati da una spesa familiare in aumento, etc.

Questa fisionomia del "sistema" era così nota che da decenni si parlava della necessità di una riforma del "sistema", se non già di riformare le riforme. Che si poteva fare? Infine, la controprova della non colpa generica delle RSA si è avuta con l'inizio della campagna vaccinale. **Tutti i dati hanno mostrato che la circolazione del virus è scesa in concomitanza della campagna vaccinale del gennaio 2021** sia tra gli ospiti che tra gli operatori sanitari fino quasi a sparire, mentre fuori continuava pur con meno virulenza. **Le RSA sono diventate i posti più sicuri, ma questo naturalmente non ha fatto notizia.** Nonostante tutto ciò sia conoscenza comune, la cattiva reputazione creata dai media e dalle istituzioni permane abbastanza salda. Questa persistenza ne rivela la funzione di "semplificazione", colpevolizzazione e scarico di responsabilità, tipica di un rituale sacrificale che serve a identificare una vittima capace di attirare l'attenzione per non vedere altro.

Riforma di sistema o riconoscimento delle innovazioni già in atto?

In effetti da molte parti sono arrivate proposte di riforma, alcune dell'intero sistema, altre più focalizzate su singoli aspetti dello stesso.
Tutti i "riformisti" hanno sottolineato alcuni aspetti che ci interessa enucleare. Ne sottolineiamo in particolare quattro:

1. la critica alle RSA come luoghi pericolosi, poco controllabili, gestiti prevalentemente senza pensare ai bisogni degli utenti e poco innovativi dal punto di vista del servizio di cura erogato
2. le RSA come luoghi della istituzionalizzazione di anziani che potrebbero essere rimessi "in libertà"
3. l'Assistenza domiciliare come risposta positiva e sostitutiva alla crisi delle RSA
4. l'housing e co-housing come nuova modalità di ripensare i servizi residenziali.

Tutti e quattro i punti hanno evidentemente delle ragioni, ma nel loro essere estremamente generici producono effetti perversi e non intenzionali, tra i quali:
a) "**fare di tutta l'erba un fascio**" senza distinguere le diverse situazioni;
b) **inscenare un "salto miracolistico"** da una situazione descritta come del tutto negativa a un'immaginata come del tutto positiva, senza riconoscere ciò che già c'è di buono e di innovativo che va mantenuto e sviluppato;
c) dimenticare che i problemi delle RSA derivano fortemente dal sistema istituzionale e territoriale dove sono radicate;
d) sopravvalutare alcune possibili innovazioni certamente rilevanti, generalizzandole come una panacea a tutta la realtà.

Vediamo, in estrema sintesi di cosa si tratta. In primo luogo, **non è vero che il mondo delle RSA sia tutto uguale, indifferenziato**. Al contrario esistono universi paralleli sia dal punto di vista organizzativo, giuridico, territoriale quanto da quello culturale. Questa differenza è stata quasi del tutto nascosta dalle analisi critiche, ma non può essere ulteriormente taciuta. **Moltissime delle innovazioni che sono presentate come capaci di innescare il cosiddetto "cambio di paradigma" sono già in atto, anticipate e ben radicate in eccellenze territoriali.** Soprattutto dal punto di vista della organizzazione dei servizi e della loro innovatività moltissime buone prassi sono già esistenti.

Come abbiamo cercato di spiegare, e come è assolutamente evidente dai dati e dalle ricerche nazionali, **le RSA non sono entità isolate dal contesto istituzionale. Sono invece parti del sistema a filiera della salute che può trovare una maggiore o minore, migliore o peggiore, territorializzazione e reticolazione**. Da questo punto di vista pensare di sostituire le RSA, almeno per quel tipo specifico di anziani non autosufficienti che normalmente accolgono, con un generico quanto illusorio ritorno in famiglia non pare una strada percorribile in molti casi. Non si deve confondere la residenzialità con l'istituzionalizzazione, la permanenza in strutture speciali come diniego della familiarità o della possibilità di rimanere in contatto con la famiglia. **Il vero tema è quello di connettere meglio processi simultanei di domiciliarizzazione e de-domiciliarizzazione, di residenzialità temporanea e durevole che vadano a costruire una rete territoriale di servizi plurali**, adatti a diversi bisogni e capaci di connettersi in modo continuo: una filiera di servizi e di risposte di cura e di presa in carico che vada a costituire un continuum spazio-temporale. **L'assistenza domiciliare e la residenzialità non sono assolutamente da mettere in alternativa, ma in sinergia.**

La continuità spazio-temporale delle cure, secondo le organizzazioni della cura

A nostro parere, cogliere le opportunità di cambiamento dovute alla drammatica situazione pandemica è necessario per non permanere in una situazione sociosanitaria che ha mostrato ormai definitivamente i suoi limiti e che non è più proponibile: incredibilmente è quello che sta accadendo! Per farlo, però, bisogna cercare di essere più realistici e partire dalla situazione attuale. Il quadro del ragionamento è questo: qualsiasi riflessione sulle RSA o su ogni altro aspetto istituzionale delle cure sociosanitarie, va trattato all'interno del "sistema" della sanità che a sua volta è solo un pezzo della generazione di salute che si svolge ben oltre i suoi confini istituzionali e organizzativi. **Se occorre riformare, la riforma dovrà essere di sistema e di filiera. Nessuna proposta limitata a mere "parti" del sistema** – e che non tenga conto del più vasto ambiente salutogeno – potrà mai cogliere nel segno.

Il sistema è rappresentabile come un *continuum* di “risposte sociosanitarie” alle domande degli utenti e delle loro famiglie, ognuna delle quali adeguata ai loro problemi peculiari, ognuna con punti di forza e di debolezza. Insieme agli attori del sistema sociosanitario sta il suo ambiente correlato di riferimento, quello dei bisogni-domande degli utenti e delle famiglie che vanno codificati dal sistema per poter essere “letti” ed “inclusi” in esso. Ma nell’ambiente del sistema sociosanitario, abbiamo anche le regole istituzionali, l’economia dei servizi, le decisioni politiche, la ricerca scientifica, etc.

La centralità è della “persona anziana” a cui tutte le parti in gioco si riferiscono per rendere la sua vita la più degna possibile, nelle sue specifiche condizioni psicofisiche e nei pressi più vicini del suo contesto quotidiano di riferimento, quale che esso sia.

BIBLIOGRAFIA

Macchioni E., Prandini R. (2022), *Elderly Care during the Pandemic and its future Transformation*, in Italian Sociological Review, 12, 6S, 247-267.