

Strumenti  
per crescere/7

# «Rsa escluse dalla sanità che verrà» Anziani, i rischi che il Pnrr non basti

PAOLO VIANA

Il mondo delle Rsa critica il Pnrr. Siamo di fronte a uno dei protagonisti dell'emergenza Covid-19, ma è stato tagliato fuori dagli investimenti. Franco Massi, presidente di Uneba, una

presidente di Uneba Marche Giovanni Di Bari «il Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza ha una forte connotazione di *governance* pubblica e centralista. Anche il tassello sulla non autosufficienza sembra rispettare questa matrice; ma ciò non deve necessariamente implicare l'esclusione o la marginalizzazione del privato sociale (Terzo settore) che, dal punto di vista delle pratiche di cura, ricopre una posizione non certo secondaria quando si passa dall'ospedale al territorio o al domicilio». La preoccupazione è «che tale impianto possa reggere nel tempo. L'iniezione di risorse finanziarie effettuata dall'Unione europea deve seriamente essere interpretata e agita in maniera generativa (di sistemi economici che divengano autonomi)». In altre parole, non c'è investi-

**Il ministro Speranza: «Puntiamo a diventare primo Paese in Ue per l'assistenza agli over 65»**

mento che abbia un futuro se non viene sostenuto da un'adeguata spesa corrente. Anche in questo caso il Pnrr viene accusato di pensare solo al mattone. Aggiungiamoci che il personale andrà formato. «Con il Pnrr serviranno ancora più infermieri in vista dell'introduzione della nuova figura di infermiere di comunità che prevede un infermiere ogni 3mila abitanti, quindi, con 59,5 milioni di abitanti in Italia. E questo significa quasi ventimila nuovi infermieri - segnala il vicepresidente di Uneba Nazionale, Fabio Toso -. Inoltre, si prevede una casa di comunità hub ogni 50mila abitanti, e in ogni casa di comunità dai 7 agli 11 infermieri. Con 1.200 nuove case

di comunità, quindi, serviranno almeno altri diecimila nuovi infermieri. La richiesta totale sale quindi a trentamila nuovi infermieri, in un momento in cui si registra un'emergenza infermieristica già molto preoccupante».

A Bologna, ad Exposita, il ministro Roberto Speranza ha rivendicato con orgoglio i 4 miliardi che il piano investirà su assistenza domiciliare e telemedicina. «L'Italia - ha detto -, che fino a pochi mesi fa aveva una percentuale di copertura dell'assistenza domiciliare del 4% a fronte di una media Ocse del 6%, pur avendo una delle popolazioni più anziane del mondo punta a diventare il primo Paese nella Ue per l'assistenza agli over

65 arrivando al 10% di copertura». Uneba ricorda tuttavia che l'Italia è in fondo alle classifiche in Europa per i posti letto in residenza sanitaria assistenziale - Francia e Germania ne hanno quasi il triplo - e che il Pnrr, mentre investirà per trasformare le Rsa in alloggi protetti, non metterà risorse sulle residenze né risolverà la già grave carenza di personale.

La risposta del Pnrr per la fragilità e la non autosufficienza passa attraverso il rafforzamento dei servizi sociali territoriali - finalizzato alla prevenzione dell'istituzionalizzazione e al mantenimento di una dimensione autonoma (Missione 5) - e il potenziamento dell'assistenza sanitaria, soprattutto quella radicata sul territorio (Missione 6). Il Sistema degli interventi in favore degli anziani non auto-

sufficienti introdurrà un sistema organico di interventi mentre le Reti di prossimità, strutture e telemedicina per l'assistenza sanitaria territoriale definiranno un nuovo modello organizzativo per la rete di assistenza primaria. Ma è un progetto che, secondo gli enti, taglia fuori la residenzialità non profit. Sul tavolo del governo, però, c'è da mesi la proposta per l'introduzione del Sistema nazionale di assistenza anziani (Sna) che prevede l'integrazione tra domiciliarità e residenzialità. A firmarla è il Patto per un nuovo welfare sulla non autosufficienza, che raggruppa 48 organizzazioni della società civile coinvolte nell'assistenza agli anziani non autosufficienti (tra cui la stessa Uneba). La proposta - racconta Di Bari - si articola in 4 sezioni: percorso unico, rete integrata delle risposte, programmazione e governance, modalità di finanziamento. Attraverso il punto unico di accesso, che si trova all'interno delle Case della comunità, ogni persona può accedere alla valutazione nazionale di base, grazie alla quale viene definito con criteri unici e omogenei su tutto il territorio nazionale il grado di salute dell'anziano e la possibilità di accedere al Sistema nazionale di assistenza anziani. Attraverso i passaggi successivi si decide quali interventi debbano essere erogati. Viene ipotizzata anche una Rete nazionale per l'assistenza integrata alle persone anziane non autosufficienti (Ministeri, Regioni, Comuni e Inps), che ha il compito di elaborare il Piano nazionale integrato per la non autosufficienza. Concorreranno a questo sistema le attuali fonti di finanziamento delle misure per la non autosufficienza (Lep e Lea), ma sarà necessario individuare delle ulteriori risorse a carico della finanza pubblica. «In occasione di questo passaggio, dovranno essere ridefinite anche le rette dei presidi semiresidenziali e residenziali. Si promuove, inoltre, lo sviluppo di un secondo pilastro integrativo con funzione complementare alle prestazioni assicurate dal sistema statale» spiega infine Di Bari.

**La proposta del Terzo settore sulla non autosufficienza: integrare i servizi territoriali e le strutture**

La proposta del Terzo settore sulla non autosufficienza: integrare i servizi territoriali e le strutture

## L'ALLARME

L'atto di accusa del mondo non profit: «Un errore porre l'assistenza domiciliare in alternativa alla residenzialità»  
Il nodo delle malattie che non possono essere curate a casa

**Terza età e salute Una sfida tutta italiana**

**6,9 milioni**

Gli anziani che vivono in Italia. Oltre 2,7 milioni (cioè il 39,1%) presentano malattie e disabilità motorie e visive: non sono autonomi

**18,8%**

La percentuale di anziani malati che non ricevono alcun aiuto (1,3 milioni). Tra questi ultimi, circa 1 milione (il 14,4%) vive solo o con altri anziani

**52%**

La percentuale di posti letto riservati agli anziani gestiti dal non profit. Il 25% fanno capo al privato profit, l'8% a cooperative, il 15% sono pubblici

**30mila**

I nuovi infermieri che serviranno per lavorare nelle 1.200 case di comunità previste dal Pnrr e coprire il servizio dell'infermiere di comunità

**4%**

La percentuale attuale di copertura dell'assistenza domiciliare nel nostro Paese a fronte di una media Ocse del 6%. L'obiettivo è arrivare al 10% con il Pnrr

**4 miliardi**

I fondi del Pnrr che il governo ha deciso di investire su telemedicina e assistenza domiciliare (quelli previsti per la salute sono 15,6)



Un'anziana in una casa di riposo / Epa

© RIPRODUZIONE RISERVATA



Americo Cicchetti

L'INTERVISTA AL DIRETTORE DELL'ALTA SCUOLA DI ECONOMIA E MANAGEMENT DEI SISTEMI SANITARI DELLA CATTOLICA, AMERICO CICCETTI

## «L'assistenza domiciliare? Complessa. Serve il doppio di risorse»

**I Pnrr investe quattro miliardi in assistenza domiciliare e telemedicina. Basteranno per assistere milioni di anziani?**

Sicuramente no, perché partiamo da un deficit significativo - risponde il professor Americo Cicchetti, economista Università Cattolica e direttore dell'Alta Scuola di Economia e Management dei sistemi Sanitari -. Rispetto ad altri Paesi come Francia e Spagna siamo innegabilmente indietro. Diciamo a metà della copertura media europea. Abbiamo bisogno di almeno il doppio di risorse, anche perché gli anziani italiani sono tra i "peggiori" in Europa come indicatori medi della salute ed esiste una grande variabilità tra le Regioni. Quindi dobbiamo riequilibrare il gap territoriale e quello con la comunità europea e questa rincorsa richiede molte risorse.

**Eppure il governo sembra molto ottimista.**  
Siamo abituati a pensare che l'assi-

stenza domiciliare sia semplice, ma un buon servizio di questo tipo richiede risorse e competenze. Fare una buona assistenza a domicilio per un anziano con molte patologie è più complesso di un intervento chirurgico. Implica programmazione, competenze, coordinamento: curarlo in ospedale paradossalmente è più semplice.

**È possibile integrare assistenza domiciliare e residenzialità?**

È una cosa che riterrei utile ma estremamente difficile: non siamo riusciti a integrare l'ospedale con il territorio e questa è una sfida ancora più complessa. Bisogna partire da una base logistica che è necessariamente la struttura residenziale, ma poiché gran parte degli istituti fa riferimento al privato non profit una integrazione diventa titanica per ragioni di divario istituzionale.

**Perché le Rsa sono state tagliate fuori dal Piano?**  
Per due ragioni. Il modello Rsa è con-

siderato superato, rispetto ad altri, come il *social housing*. E il Covid ha dato il colpo finale al modello Rsa perché è passato come il contesto dove gli anziani morivano. Questa duplice ragione ha demotivato l'investimento nelle Rsa. È brutto dirlo, ma politicamente non paga.

**Il non profit accusa il Pnrr di centralismo. C'è del vero?**

Sì. Un'accusa che viene anche dalle Regioni, in parte a ragione all'inizio perché il Pnrr è stato disegnato al ministero della Salute e le Regioni erano all'oscuro. Certamente è un piano che investe sul settore pubblico strettamente inteso e ci sono spazi dove si arriva in seconda battuta ad investire nel non profit, che deve tuttavia rientrare in un progetto comunque a gestione pubblica. Ciò è un grande limite perché non si valorizzano *asset* che esistono. La lamentela c'è ed è oggettiva.

**Anche Uneba, dopo Fnomceo e F-nopi, denuncia che non si stanzi-**

**no abbastanza risorse per far funzionare le strutture che nasceranno con il Pnrr. Esiste il rischio di uno sbilancio tra investimenti e spesa corrente?**

Esiste. In questo momento nascono molte case della salute che non avranno infermieri né ora né domani, con l'attuale modello formativo. Oltre al personale, che rappresenta la quota più importante della spesa corrente, non si è pensato ai presidi, alle tecnologie e ai dispositivi medici, che non rientrano negli investimenti del Pnrr. Vi rientrano le apparecchiature, ma il criterio di sostituire le più datate senza verificarne l'utilità e l'utilizzo effettivo lascia perplessi. Diciamo che dopo aver allargato i cordoni della borsa tra il 2020 e il 2021 la spesa corrente si fermerà nel 2023 e ciò vuol dire che, aumentando le strutture, avremo dei problemi a farle funzionare.

Paolo Viana

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Secondo l'economista il deficit dei servizi territoriali è troppo grande per essere colmato