

SUL CAMPO

# Territorio e servizi, il “modello” Rsa

Si apre oggi il Congresso nazionale di Uneba: sul tavolo la sfida di ridisegnare l'assistenza (e non solo agli anziani)

In sintesi

1

L'Unione nazionale istituzioni e iniziative di assistenza sociale (Uneba) è una associazione di categoria del settore socio-sanitario, assistenziale ed educativo nata nel 1950

2

L'Uneba riunisce in Italia circa mille enti di ispirazione cristiana, quasi tutti non profit. Si tratta di Rsa, ospedali, Comunità di accoglienza, Centri diurni e imprese sociali

3

La sua missione è concorrere attraverso l'azione delle realtà associate a migliorare la condizione morale, materiale e sociale delle persone e delle famiglie in difficoltà



FULVIO FULMI

**D**a oltre 70 anni la Fondazione don Carlo Gnocchi fornisce servizi e assistenza socio-sanitaria a bambini, adolescenti, disabili e anziani in 27 strutture residenziali e una trentina di ambulatori in nove regioni. La onlus intitolata al beato lombardo è tra le prime in Italia nella gestione di Rsa, con 1.600 posti letto per over 65 distribuiti soprattutto nei sei centri della Lombardia, ma anche a Roma e in Basilicata. Fabrizio Giunco è il direttore del Dipartimento cronici e ha dovuto affrontare tutti gli aspetti sanitari e clinici legati alla pandemia. Una voce scientifica da ascoltare nel giorno in cui a Lignano inizia il congresso nazionale Uneba, rete di cui la Don Gnocchi è tra le istituzioni di riferimento.

Tra marzo e dicembre 2020 ci sono stati in Italia circa 20mila morti nelle Rsa (anche se non tutti riconducibili direttamente al Covid).

Un ciclone che si è abbattuto su tutte le strutture per anziani. Voi come lo avete fronteggiato?

È stato un duro colpo. Il virus si è propagato velocemente, tutti ci siamo dovuti muovere tra mille incertezze e, soprattutto all'inizio, con informazioni frammentarie e imprecise, anche da parte dell'Istituto superiore di sanità. Ma l'emergenza non ci ha colto impreparati: nelle nostre Rsa abbiamo attivato le unità di crisi già da inizio febbraio anticipando le disposizioni del primo Dpcm, quello dell'8 marzo. Ci siamo attrezzati subito con le procedure di sicurezza: triage, dispositivi di protezione individuale, controllo degli operatori e limitazioni delle visite esterne. Questo, però, non ha impedito al virus di entrare. Abbiamo imparato sul campo la regola del "+15": ciò che accade oggi è dovuto a un contagio avvenuto 15 giorni prima. Siamo riusciti a contenere in tre settimane il primo grosso cluster, nonostante la crisi degli operatori che ha comportato una maggiore fatica. Ma adesso la situazione nelle nostre Rsa può essere definita solida e sicura.

Come sono cambiate la cura e l'assistenza degli anziani con il Covid? Ci sono nuove patologie di cui dovete occuparvi?

Abbiamo rilevato che tra gli ospiti contagiati da Sars-Cov-2 quasi mai si sono verificati sintomi respiratori. Spesso ci siamo trovati di fronte a quadri clinici complessi e difficili da individuare singolar-

mente. Ma nessuno strascico di rilevante entità. I problemi più grossi sono dovuti all'isolamento forzato, alla mancanza di contatti con parenti e amici, al lungo allettamento e alla conseguente difficoltà nel riprendere la funzionalità motoria.

Con le vaccinazioni agli ospiti e al personale i casi di coronavirus sono crollati e si sono potute riaprire le strutture. Ma è sufficiente questa profilassi?

I risultati della campagna vaccinale anche nelle Rsa sono evidenti. Non solo si registrano casi sporadici e meno importanti di Covid-19 ma anche l'influenza, che nelle precedenti stagioni ha fatto registrare picchi di mortalità consistenti, è quasi sparita e comunque più bassa del solito. E questo grazie anche agli screening periodici e alle misure di sicurezza che ancora vengono adottate.

Dopo questa esperienza andrà ripensata l'attuale forma della Residenza socio-assistenziale per anziani? E quale modello è da seguire?

Innanzitutto va definito un sistema unico di classificazione delle strutture per anziani, che oggi varia da regione a regione. Dobbiamo anche capire quali tipologie di Rsa vanno riformate, tenuto conto che quasi tutte nascono da un modello datato, quello dell'ospedale. Con la conseguenza che nella maggior parte dei casi c'è poca attenzione agli spazi privati. I servizi comuni non devono essere troppo intrusivi: meglio le camere singole, o al massimo doppie, niente camerate tipo corsia ospedaliera.

Il modello scandinavo viene preso spesso come esempio...

Mah... nelle strutture per anziani di Svezia e Danimarca la pandemia ha colpito ancora più duramente che da noi, perché lì c'è molta attenzione all'autonomia dell'ospite ma poca verso i più fragili che, se si ammalano, devono andare in ospedale. Reggono meglio le residenze non affollate. Ci devono essere investimenti più cospicui, chi fa non profit lo dice da 20 anni. Ma ancora non è cambiato nulla. Dovrebbero esserci soluzioni diverse a seconda del territorio, perché fare una Rsa nella Pianura padana non è la stessa cosa che farla in Lunigiana. È necessario privilegiare spazi aperti e una certa modularità interna, housing sociale con i servizi. Ma ho l'impressione che non siamo pronti a riorganizzare così profondamente l'assistenza.



Fabrizio Giunco

## L'ESPERIENZA Qui Fano Vittime di tratta, disabili e malati La casa per tutti

È un'impresa sociale che accoglie e assiste un centinaio tra anziani (anche non autosufficienti), madri sole con problemi socio-economici, donne vittime di violenze o di tratta, minori in difficoltà (anche scolastiche), famiglie e persone che cercano soluzioni abitative adeguate (housing sociale). L'Associazione Cante di Montevecchio opera da più di cento anni a Fano, nelle Marche, ed è un punto di riferimento per tutto il centro Italia. Nacque come orfanotrofio nel 1919 per iniziativa di due famiglie nobili del luogo. «Da sempre la nostra missione è ospitare persone fragili e offrire a ognuno di loro un progetto di vita più sano e tutelante» spiega Giovanni Di Bari, presidente di Uneba Marche, responsabile Area sviluppo e nuove progettualità dell'associazione che ospita una Rsa e tre case di accoglienza (due per minori e una per le mamme) e occupa circa 70 dipendenti tra educatori e personale sanitario. «Un lavoro di per sé difficile, quello dell'accoglienza, nel quale cerchiamo di mettere sempre al centro l'essere umano in rapporto con il contesto socio-culturale» aggiunge Di Bari - anche se il rischio oggi è quello di appiattirsi nell'organizzazione quotidiana perché si è persa la cultura del servizio, ma noi non eroghiamo solo prestazioni, vogliamo proporre relazioni di senso. Di fronte a un bambino di 10 anni o a uno di 17 che ci viene affidato ci domandiamo, per esempio, che cosa fare della sua vita, quale progetto può essere realizzato con lui, oppure, prendendoci cura di un anziano cerchiamo di tracciarne un dignitoso cammino per quello che resta della sua esistenza». Obiettivi che si raggiungono con molta più fatica dopo la pandemia, anche per mancanza di risorse adeguate. «Il socio-sanitario, infatti, "viaggia" bene nei canali politici - commenta il responsabile dell'associazione - mentre il sociale ancora no: eppure aiutare un bambino o un ragazzo fuori dalla famiglia significa affrontare non solo questioni affettive che possono essere legate a violenze o prevaricazioni subite, ma anche economiche: va assolutamente recuperata la cultura del sociale nel nostro Paese e speriamo che, almeno nel Pnrr, questa lacuna si possa colmare mettendo a disposizione fondi per incentivare anche questo settore». Manca, a chi opera sul campo, una rete di supporto esterno. Un esempio? «Noi gestiamo anche un doposcuola e nel periodo del lockdown per poter continuare l'attività con una decina di ragazzi attraverso la Dad abbiamo dovuto acquistare a nostre spese i "device" che mancavano». Ma è solo uno dei tanti problemi che qui si devono affrontare ogni giorno. (E Ful.)

## BioLingua

### Tra il dolore e la sofferenza

RENZO PEGORARO



**D**olore e sofferenza non sono sinonimi, anche se spesso sono profondamente intrecciati. Il dolore è esperienza legata alla nostra corporeità, con meccanismi fisici e neurologici ben conosciuti, scale collaudate per misurarne l'intensità, trattamenti farmacologici sempre più efficaci. Ci avverte che qualcosa di biologicamente dannoso ci sta accadendo, è un utile segnale d'allarme ma può essere lacerante, protratto, "totale", in quanto coinvolge tutte le dimensioni dell'esistenza: stiamo male. La sofferenza è esperienza più complessa, che riguarda la risposta emotivo-affettiva negativa generata da stimoli dolorosi, ma può essere determinata da complessi processi psichici e spirituali (depressione, sconforto...). È più "mistriosa" nelle sue cause e manifestazioni. Dolore e sofferenza risentono molto delle caratteristiche della persona, di fattori socio-culturali, dello stato d'animo del momento, del contesto esistenziale e religioso.

Nel dolore e nella sofferenza emerge sempre la questione del "perché", di cosa sia risolvibile e di ciò che va sopportato perché non eliminabile. E chi può aiutarci? Giovanni Paolo II ricorda nella *Salvifici doloris* che «solo l'uomo, soffrendo, sa di soffrire e se ne chiede il perché; e soffre in modo umanamente ancor più profondo se non trova soddisfacente risposta». Sono domande difficili, che chiedono rispetto, ascolto, vicinanza, talvolta solo presenza silenziosa. Il dolore, causato da vari tipi di malattia, va "preso sul serio", va accolto e compreso il lamento del paziente, va instaurata una relazione tra curante e malato che aiuti a definire il trattamento analgesico più appropriato per alleviare o eliminare tale dolore. Occorre un approccio integrato - farmacologico e psicologico - che può prevedere l'uso di oppioidi o altri farmaci efficaci, fino alla sedazione profonda nel caso di resistenza a tali trattamenti. Già Pio XII aveva affermato che è lecito sopprimere il dolore per mezzo di narcotici, pur