

**Aiuto ! Siamo un Paese di vecchi e fragili.**

Questa pandemia con i lunghi convogli di camion che trasportavano le centinaia di bare dei morti nelle RSA, oltre al dolore e alla Pietas per chi è morto senza assistenza adeguata e senza il conforto degli affetti più cari, è stata una ferita per tutta la comunità. In attesa che si torni a vivere una normalità che non sarà comunque la stessa, questa tragedia deve essere l'occasione, imperdibile, per ripensare le strategie e rinnovare gli strumenti per gestire il futuro in ambito economico, finanziario, sociale e, soprattutto, nel welfare. Nonostante il vantaggio che il nostro Sistema sanitario negli ultimi decenni ha registrato sugli altri paesi europei rispetto alle migliori condizioni di salute dei propri cittadini, la pandemia da Coronavirus ha evidenziato le sue criticità soprattutto nei confronti delle fasce più deboli e, in particolare, gli anziani più vulnerabili. Prevenire le patologie dell'invecchiamento e assicurare adeguati livelli assistenziali costituiscono due obiettivi imprescindibili delle moderne politiche di welfare che richiederanno, anche alla luce della pandemia Covid-19, un impegno economico senza precedenti. Basti pensare a quanto le tecnologie biomedicali (telemedicina, teleassistenza, domotica, etc.) e adeguate interventi di prevenzione (es. screening ematologici e sierologici predittivi di infezioni o patologie croniche), possano essere leve strategiche in grado di riqualificare la rete di cura riducendo anche il ricorso all'ospedale. Ne è prova il fatto che alcuni modelli organizzativi regionali costruiti sulla medicina territoriale e sull'assistenza domiciliare hanno favorito la gestione della pandemia contrastandone efficacemente la diffusione. Del resto, i cambiamenti epidemiologici e demografici in atto costringono le organizzazioni a orientarsi in futuro verso un modello di salute in grado di garantire al paziente, soprattutto se anziano e fragile, interventi adeguati dove gli operatori sanitari, volontariato e istituzioni rappresentano la rete di collegamento tra i residenti e i servizi di assistenza e cura. Questo approccio supera il concetto della Casa di Riposo o Residenza Sanitaria Assistita (RSA) come approdo naturale della terza età, dove le persone possano ricevere prestazioni assistenziali indipendentemente dal luogo in cui queste saranno garantite ed erogate, sia che si tratti della dimora naturale, housing (coabitazione) sociale pubblico o privato o altre strutture specializzate. Questo modello avanzato di welfare è già in atto in alcune regioni del nord Europa, che non impongono separazioni e non costringono le persone a cambiare necessariamente abitazione in caso di disabilità; sono strutture di cohousing sociale che abbinano i vantaggi della vita indipendente a quelli della vita assistita. Perché questo progetto possa realizzarsi in futuro è necessario un ripensamento profondo che parte da una nuova visione culturale in cui è fondamentale riconoscere il ruolo sociale dell'anziano. Ma nell'urgenza del momento attuale, l'esperienza di questa pandemia, che pare attenuarsi nella sua diffusione e virulenza, dovrà continuare ad essere la motivazione e l'occasione per riscoprire la solidarietà tra generazioni, fatta di piccoli gesti, come aiutare a fare la spesa, andare in farmacia e fare loro compagnia in attesa di superare questo momento critico. Nel contempo, mentre noi tutti non dobbiamo allentare i comportamenti e le precauzioni di sicurezza fin qui adottate, il compito più importante e gravoso spetta agli organi istituzionali locali e nazionali. I piani di riorganizzazione sanitaria dovrebbero essere già stati predisposti ed avviati perché, se si dovesse partire, come si teme, ad estate inoltrata, correremo il rischio di non essere pronti nel caso, non improbabile, di un ritorno della diffusione del virus nel prossimo autunno-inverno. Sulla base dell'esperienza, per quanto detto sopra, uno dei temi critici da affrontare è la cura e l'assistenza dei pazienti anziani con malattie croniche, o semplicemente vecchi soli e con mezzi economici inadeguati. L'assistenza per questi soggetti cresce in Italia troppo lentamente, più lentamente di quanto crescano i cittadini che ne avrebbero bisogno.

Non dobbiamo dimenticare che l'Italia è uno dei paesi più longevi d'Europa, ma in molti casi gli anziani sono fragili, con più di una malattia, una ridotta autosufficienza e con molti farmaci da assumere. Sono 14 milioni gli over 65, quasi un italiano su 4, e oltre 2 milioni di persone superano gli 85 anni. Sono questi la maggioranza dei soggetti che sono andati ad intasare i pronto Soccorso e le terapie intensive degli ospedali divenuti il fulcro centrale per la gestione dell'epidemia. Nella pandemia da COVID-19 è stata proprio questa situazione che ha mostrato chiaramente i propri limiti, poiché tutti gli altri pazienti sono rimasti sul territorio con un'assistenza non sempre pienamente organizzata ed efficace. In particolare quelli sul territorio sono stati affidati alle cure "fai da te" di familiari e badanti, quando non abbandonati alla solitudine forzata nelle RSA. E sono stati proprio questi pazienti con infezione, asintomatici o con pochi sintomi, il vero e proprio veicolo di diffusione del virus. Per allontanare il rischio di futuri simili scenari guardiamo alle esperienze virtuose che pur ci sono state nel nostro paese, in particolare in Emilia Romagna, Liguria, Toscana, Lazio e Umbria, dove uno dei protagonisti delle buone pratiche di continuità assistenziale è stato il medico di Medicina Generale che ha operato sul territorio in sinergia con gli altri colleghi e con l'Ospedale. Dobbiamo però essere consapevoli che l'implementazione di questi modelli a livello nazionale richiedono un adeguamento non solo delle risorse umane e delle professionalità, ma anche culturale e un sistema di formazione continua. Gli strumenti ci sono, occorre solo gestirli ed implementarli. Per poter concretamente programmare e attivare l'assistenza territoriale è necessario conoscere in anticipo quali e quanti sono i pazienti "fragili". Questo è possibile perché tutte le ASL, e quindi le Regioni, dispongono dei dati dei singoli assistiti, dalla storia dei ricoveri ospedalieri, all'elenco di tutte le prestazioni (visite, esami, etc.) erogate dal SSN, fino all'elenco dei farmaci. Tutte queste informazioni possono essere utilizzate, oltre che per scopi amministrativi, per finalità di programmazione sanitaria. E' possibile cioè stratificare la popolazione di una regione, di un ASL o di un singolo territorio, per sesso, età e presenza di patologie croniche, etc.. Conoscere per ogni singolo territorio quali e quanti sono i pazienti fragili per cronicità e multimorbilità, corrisponde a mappare i soggetti a rischio di ospedalizzazione, complicanze e prognosi e predisporre un percorso decisionale e di intervento assistenziale mirato, dalle cure domiciliari, all'esecuzione di test e indagini cliniche, fino al distanziamento sociale e alla fornitura di dispositivi di protezione individuali. Questo è il futuro che dobbiamo aspettarci, anzi pretendere, per poter affrontare con maggiore serenità e sicurezza il futuro che attende tutti noi e chi verrà dopo di noi.