

Progetto di ricerca finalizzata ex art. 12 del D.Lgs. 502/92: “La condizione dell’anziano non autosufficiente – Analisi comparativa delle attuali forme di tutela e delle potenziali prospettive”.

La rete dei servizi per l’anziano fragile: appunti per un decalogo

Documento di lavoro per il seminario:

“L’organizzazione dei servizi per l’anziano fragile tra omogeneità culturale, livelli essenziali di assistenza e molteplicità organizzative”, Roma, 14 luglio 2005

*Progetto di ricerca finalizzata, ex art. 12 del D.Lgs. 502/92 “La condizione dell’anziano non autosufficiente
– Analisi comparativa delle attuali forme di tutela e delle potenziali prospettive”*

A cura del Gruppo di lavoro della ricerca

La rete dei servizi per l’anziano fragile: appunti per un decalogo

Premessa

L’analisi condotta nella ricerca promossa dall’ASSR evidenzia la diversità nell’approccio all’anziano fragile nei piani sanitari o sociosanitari e nei progetti obiettivo fino ad ora proposti, che talora si associa con una scarsa efficacia degli interventi.

La via percorribile è quindi la condivisione di alcune idee di fondo sul significato umano e pratico della rete dei servizi per gli anziani, nonché l’impegno ad un confronto tra i diversi modelli individuati dalle Regioni, rispetto alla configurazione organizzativa, alle procedure adottate e all’analisi dei risultati attesi.

In sintesi l’applicazione uniforme dei livelli essenziali di assistenza e di poche ma indispensabili modalità organizzative può assicurare agli anziani il diritto alla salute.

1. L’approccio di una programmazione globale e omnicomprensiva deve lasciare spazio alla costruzione oggi e subito di segmenti della rete, collocati nell’ambito di una prospettiva strategica e misurati in base alla capacità di rispondere ad uno specifico bisogno. La via dei piccoli passi è l’unica percorribile, indipendentemente dal livello di partenza dei diversi sistemi regionali.

E’ però irrinunciabile un sistema informativo che colleghi l’esistente, in modo da conoscere per ogni singola area i bisogni, la consistenza e la qualità di servizi di qualsiasi livello e forma giuridica.

2. La celerità è fondamentale di fronte ad uno scenario demografico e sociale caratterizzato da alcuni aspetti nodali:

- a. invecchiamento della popolazione, in particolare aumento della speranza di vita in età avanzata;
- b. aumento della prevalenza di anziani affetti da malattie croniche che inducono la perdita dell’autosufficienza;
- c. crisi della famiglia, come luogo di contenimento delle difficoltà dei componenti più fragili e quindi incertezza sul futuro dei sistemi di “caregiving” informale;
- d. difficoltà della cultura geriatrica a proporre modelli verificati di risposta agli specifici problemi clinico-assistenziali;
- e. perdurante limitazione delle risorse destinate all’area della cronicità.

Questo quadro di assieme in continua evoluzione impone una logica di sperimentazioni allargate, evitando la diffusione di indagini demografico-epidemiologiche per indirizzarsi verso modelli di servizio da sperimentare concretamente rispetto a metodi, risultati e costi.

3. La casa è il luogo privilegiato di vita delle persone a qualsiasi età. La persona anziana fragile conserva quindi il diritto civile a ricevere assistenza, fino a quando è possibile, nel proprio ambiente naturale.

Il sistema dei servizi, opportunamente governati da una regia regionale, deve essere incentrato sulla casa per rispondere ai bisogni della persona che invecchia. In Italia l’attore principale è il medico di medicina generale, con il quale devono essere concordati con puntualità compiti, responsabilità, poteri e strumenti per esercitare la funzione centrale del sistema con una progressività in evoluzione.

4. La continuità nell’assistenza è oggi spesso poco più che uno slogan. Prima ancora di prevedere concretamente tutti i segmenti della rete è necessario che l’ospedale adotti procedure di apertura verso il paziente dimesso, in modo da facilitare il trasferimento delle responsabilità al Medico di medicina generale ed ai servizi territoriali nelle loro espressioni di servizio sanitario e sociale.
5. L’ospedale è il luogo appropriato per la cura delle patologie cure dell’anziano, che deve essere assistito rispettandone la fragilità, la complessità clinica e l’eventuale limitazione delle funzioni cognitive. Gli interventi in ambito medico e chirurgico devono essere mirati anche ad un recupero dell’autosufficienza, valorizzando la dignità della persona. *A quando l’ospedale amico dell’anziano?*
6. L’area dell’assistenza post-ospedaliera prevede unità di riabilitazione e di lungodegenza, secondo soluzioni e modelli organizzativi molto variabili, da posti letto in RSA ad Ospedali di comunità. In quest’area devono essere chiariti sia gli obiettivi sia gli strumenti più adeguati per la cura di pazienti fragili, a rischio di perdita dell’autosufficienza o di un ulteriore aggravamento delle condizioni di autonomia.
7. L’assistenza domiciliare nei suoi vari aspetti costituisce un momento importante della rete, perché permette di mantenere il più possibile la persona a domicilio. La modellistica dei servizi domiciliari è oggi eccessivamente frammentaria; sarebbe invece necessario prevedere pochi livelli di intensità progressiva, riunendo sotto la stessa guida programmatica ed operativa le componenti sanitarie e quelle socio-assistenziali.
8. L’assistenza residenziale è caratterizzata da una forte variabilità dell’offerta, alla quale conseguono sistemi tariffari differenziati, sia per quanto riguarda la quota a carico del servizio pubblico, che per quella a carico dell’utente o della sua famiglia. Le sempre più elevate difficoltà economiche, nonché la pressione da parte dei cittadini per l’ottimizzazione qualitativa di queste strutture, deve indurre a restringere le tipologie di offerta soltanto a persone con rilevante compromissione dell’autosufficienza, analizzando l’opportunità di nuclei con compiti specifici: luoghi di sollievo per la persona disabile e la famiglia, nuclei per preminenti esigenze riabilitative o per problematiche cliniche, ecc.
9. L’assistenza all’anziano nel suo insieme non deve essere progettata come un’area marginale, con interventi limitati e caratterizzata da un basso uso della tecnologia, ma deve trovare la confluenza di più professionalità nella valutazione multidimensionale dei bisogni, effettuata in modo semplificato ed efficace. E’ quindi necessaria un’affermazione di principio sulla parità dei diritti rispetto ai servizi, qualsiasi sia l’età e la condizione di salute della persona.
10. Ogni miglioramento pur piccolo nella quantità e qualità dei servizi rivolti all’anziano fragile rappresenta un rilevante progresso rispetto allo status quo, verso il quale è necessario adottare un criterio di intolleranza creativa, cioè il rifiuto di quanto fino ad ora è stato costruito senza rispettare la dignità della persona che invecchia ed ispirandosi ad una indispensabile creatività per sperimentare con coraggio soluzioni innovative.