

DOMUS PERSONA

**Convegno: "Come affrontare la non autosufficienza in età anziana"
organizzato da Federsanità Anci F.V.G e A.S.P. Itis**

"La sostenibilità di un sistema integrato di servizi alla persona"

Relatore dr. Fabio Bonetta

La sostenibilità nel campo della non autosufficienza in età anziana può essere intesa sia dal punto di vista della persona, del cittadino, che dal punto di vista del sistema pubblico chiamato a garantirne la gestione appropriata.

Il concetto su cui ruota, a mio avviso, la tematica della sostenibilità delle azioni utili ad affrontare la non autosufficienza in età anziana è l'assoluta centralità della persona. In questo senso il rispetto dei diritti costituzionali in capo a persone in condizioni di limitata o assente autonomia va realizzato avendo chiaramente presente quale incidenza ha ed avrà nei prossimi 20 – 30 anni nella società italiana e, particolarmente nel territorio triestino e regionale, l'incremento della vita biologica unito al miglioramento dell'azione sanitaria ed alla contestuale esplosione del numero di persone portatrici di forme di non autosufficienza. I dati descrivono il contesto sociale che si svilupperà: vi saranno tre nonni per ogni nipotino, il 40% della popolazione avrà più di sessantacinque anni, le famiglie saranno prevalentemente composte da numeri limitati di persone, i patrimoni delle famiglie saranno sicuramente ridotti rispetto ad oggi.

Oggi la condizione di non autosufficienza grava sul sistema socio sanitario pubblico in modo totale per le tematiche sanitarie, parziale per quelle socio sanitarie: qui il pilastro rimane la famiglia, con la ulteriore variabile rappresentata dal relativo reddito disponibile. Il IX rapporto sulle politiche della cronicità indica che il 38,8% delle famiglie italiane affronta oggi la cronicità e spende mediamente 15.950,00 euro all'anno per farvi fronte.

Sicuramente è universalmente riconosciuto che la situazione attuale è destinata a diventare insostenibile per il sistema e per le famiglie. In assenza di innovazioni sostanziali si può ben affermare che verranno a crearsi problemi seri per tutti i soggetti interessati e, primariamente, per gli anziani e le loro famiglie.

Dopo decenni di attesa, stanno per entrare in modo strutturato nella realtà socio sanitaria italiana i livelli essenziali delle prestazioni assistenziali; si verrà così a colmare il deficit attuale rispetto ai livelli essenziali sanitari garantiti dal sistema pubblico. Questa è l'innovazione prioritaria su cui è necessario costruire oggi un programma di azioni che possa garantire la sostenibilità del sistema domani.

Viene da sé la domanda: che fare? Partendo dal titolo di questa rassegna, può essere facile da dichiarare che la dignità della persona vada garantita mantenendo le abitudini di vita, il diritto a vivere nel proprio domicilio. Vanno subito demolite le contrapposizioni ideologiche ed un tantino speculative tra domiciliarità e residenzialità. E' indubitabile che una persona deve poter vivere a casa propria fintanto che le garantisca dignità, autonomia ed in genere condizioni appropriate di vita. E' altrettanto indubitabile che il diritto a vivere a casa propria va supportato con azioni legate al bisogno della persona e della sua famiglia, altrimenti sarà inevitabile ciò che accade oggi: la famiglia prova a mantenere a casa persone in condizioni di parziale non autosufficienza, ce la fa per un periodo e poi, all'aggravarsi delle problematiche, è costretta a ricorrere alle strutture protette.

Sicuramente vi sono margini enormi nello sviluppo di una serie di azioni preventive che permettano di allontanare o, in tanti casi, di evitare l'insorgenza o l'evoluzione di condizioni di non autosufficienza. I concetti di persona anziana come risorsa attiva, le forme di inclusione sociale, le pratiche legate al welfare di comunità sono condizioni tese a garantire una vita normale, autonoma e con forme adeguate di socialità.

L'accessibilità degli spazi pubblici e privati, la gestione del territorio, le politiche dei trasporti, le tecnologie di cui si ha evidenza in questa fiera ci

aiuteranno sempre di più a fronteggiare o ad allontanare l'insorgenza della esclusione legata alla non autosufficienza totale. Una grande sensibilizzazione su questi obiettivi è auspicabile perché garantirà, se vi saranno concreti sviluppi, un innalzamento della qualità di vita dell'intera società, oggi molto asimmetrica nell'applicazione di questi principi.

E' però necessario porre altrettanta e forse maggiore attenzione a chi non ha scelta, a chi vive direttamente o indirettamente la non autosufficienza, situazione che annulla in ancora tanti casi la dignità delle persone, le esclude dalla società.

In questo contesto va affermato che in Italia e nella nostra Regione esiste un impianto normativo adeguato, pensiamo ai principi dichiarati dalla L. 328/00 e dalla L.R. F.V.G. 6/06 e dal recente piano socio sanitario regionale. Manca ancora la completa attuazione di queste norme, di questi principi. Il contesto socio sanitario è purtroppo un contesto considerato di serie B, una sorta di fratello minore non riconosciuto del sistema sanitario. Pensiamo alla qualità dichiarata, alla preparazione degli operatori, alle valutazioni ed agli investimenti del sistema pubblico e di quello economico produttivo in questo ambito. Oggi bisogna ribaltare questa cronica sottovalutazione del sistema socio sanitario extra ambito ospedaliero o comunque medico. La società, nelle sue articolazioni, deve comprendere che in assenza di azioni qualificate, il sistema esploderà e da un possibile sviluppo di un volano sia sociale che economico, ci ritroveremo in piena emergenza.

Solo un piccolo inciso esemplificativo, si comprende che fra dieci anni la spina dorsale nell'attuale panorama di servizi alla non autosufficienza, le c.d. "badanti" non contrattualizzate provenienti in gran parte dall'Est europeo, ritorneranno ai propri paesi dove le condizioni di vita miglioreranno progressivamente?

Il comparto sociale e socio sanitario è oggi molto frammentato: molti soggetti sia pubblici che del terzo settore che privati svolgono funzioni simili o sovrapposte o addirittura contrapposte. Le notevoli risorse economiche che dall'evidenza dei bilanci pubblici vengono destinate alla gestione dei servizi sociali e socio sanitari hanno una ricaduta che sicuramente non garantisce risposte per tutti, e in molti casi, le risposte non possono essere considerate appropriate. Questa condizione di frammentazione corrisponde ad una diffusa autoreferenzialità degli interpreti: c'è ancora una relativa capacità di integrazione, di accettazione della necessità di intraprendere percorsi unitari ed omogenei, quasi tutti hanno la propria ricetta, il proprio modello e ne sono gelosi.

A questa evidenza ritengo necessario riaffermare la necessità di una ricomposizione guidata da chi ne ha la responsabilità: la Regione. I soggetti pubblici, le Aziende Sanitarie, gli Enti Locali, le A.A.S.P., i soggetti del Terzo Settore, i soggetti privati devono operare in modo omogeneo ed integrato, oggi questo non avviene.

Poniamo lo sguardo all'assistenza residenziale nel F.V.G., in attesa dell'applicazione del Regolamento di riclassificazione, esistono situazioni inaccettabili che comprimono la dignità dell'utenza e di chi vi lavora. Bisogna avere anche il coraggio di dire che gli anziani autosufficienti devono vivere a casa propria e che alcune "case di riposo" andrebbero semplicemente chiuse.

La Regione potrebbe sviluppare maggiormente l'omogeneità e la qualità dei servizi se venisse attuata una politica di accreditamento di tutti i soggetti che, a vario titolo, fanno parte della rete. La qualità dei servizi passa attraverso modalità gestionali di spessore adeguato, attraverso la professionalità degli operatori non generalistici, garantita da percorsi formativi, attraverso la costante valutazione di efficacia delle azioni. Solo garantendo la qualità si eviterà la dispersione delle risorse, l'inappropriatezza delle risposte e la ricaduta delle problematiche sul sistema ospedaliero ovvero sulle famiglie. L'enfasi data in questi anni alle diverse forme di sussidiarietà non ha prodotto i risultati sperati, esistono troppe disomogeneità non controllate. Ugualmente non va ritenuto che il volontariato

debba garantire servizi, chi opera nei confronti della non autosufficienza deve essere un professionista, in possesso di adeguate competenze che è illusorio richiedere al volontariato, che può ben svolgere funzioni accessorie ugualmente utili, anzi necessarie.

L'utenza e le relative famiglie devono beneficiare di quanto viene da essi ripetutamente richiesto: percorsi unitari, riconoscibili a tutti, di semplice ed evidente accesso nel processo di presa in carico. Non è possibile che soggetti in molti casi deboli o disorientati siano gravati dall'onere di districarsi fra servizi sociali dei comuni, servizi distrettuali, offerte più o meno commerciali, utilizzando magari il sistema piuttosto arcaico, ma talvolta efficace, del passaparola.

Rete integrata dei servizi, modelli omogenei, punti unici, soggetti accreditati sono la base per sviluppare le opzioni e le risposte corrispondenti ai bisogni, nell'obiettivo di fornire servizi appropriati che permettano di evitare sprechi di tempo, di risorse e di efficacia.

Il processo per sviluppare servizi utili e sostenibili passa per l'adozione di percorsi assistenziali individualizzati, basati su una valutazione multidimensionale e multiprofessionale che garantisca una fotografia reale delle componenti della persona, fisiche, psichiche, relazionali/cognitive e valoriali/spirituali. Sarebbe auspicabile l'adozione di una scala di valutazione unica e definita, oggi non è utile la sovrapposizione tra Bina e Valgraf, così come è necessario razionalizzare l'uso dei dati. Ugualmente i Pai andrebbero omogeneizzati e resi uniformi su tutto il territorio. I piani di lavoro, condivisi con l'utenza e trasposti in un contratto di servizio in cui diritti e doveri siano chiari per tutti, dovranno permettere di calibrare le risposte sui reali bisogni, avendo a disposizione le opzioni previste dai Lea per la non autosufficienza e precisamente il pronto soccorso domiciliare, le diverse forme di servizi domiciliari, semiresidenziali e residenziali considerando il ricorso alla residenzialità come l'ultima opzione possibile. I Pai vanno costantemente monitorati e verificati in modo omogeneo al fine di poterli modificare in dipendenza del bisogno, senza barriere di alcun tipo o contrapposizioni.

Io credo molto nell'innovazione del welfare, credo sia possibile arrivare a garantire qualità di vita a chi è portatore di forme di non autosufficienza. E' possibile superare la logica dell'"istituzionalizzazione" che rimane oggi prioritaria perché gli altri livelli assistenziali non sono efficaci. Sono convinto che la "domiciliarità protetta", descritta da chi mi ha preceduto sia la vera rivoluzione per permettere alla persona di rimanere in un proprio domicilio e fruire dei servizi necessari in base ad un Pai, senza sradicamenti da un contesto sociale normale.

Accessorio ed ineliminabile è garantire a questi processi operativi un sistema informativo realmente efficiente, unico per tutti i soggetti della rete dei servizi, interconnesso al sistema informativo sanitario. Tale sistema deve essere operativo, non finalizzato al solo accumulo di dati: deve permettere la gestione unitaria di un sistema unitario. Grazie ad esso tutte le componenti legate al bisogno andranno a legarsi ed a corrispondere al reale consumo di risorse qualificate e definite nei Pai. Si potrà determinare il costo esatto dei fattori produttivi, bilanciarlo rispetto alle diverse tipologie di servizi, delle caratteristiche peculiari delle diverse aree territoriali, si potrà decidere in modo preciso cosa serve alla persona, quali costi vadano sostenuti, ma soprattutto valutare periodicamente l'efficacia sostanziale in termini di beneficio all'utenza e la corrispondenza in termini di risorse impiegate.

Corollario ugualmente necessario è la creazione del c.d. fascicolo sanitario informatico della persona, strumento che deve seguirla in tutti i passaggi nel sistema sanitario, socio sanitario e sociale ed essere utilizzabile, con le dovute attenzioni, da tutti gli operatori professionali.

Se fosse applicata la costruzione di un sistema informativo unico ed evoluto, peraltro alcuni esempi esistono già sul territorio nazionale, oltre a garantire equità nell'erogazione dei servizi e nell'attribuzione dei costi, aspetto di non

secondaria importanza etica, si potrebbe sviluppare un'ulteriore innovazione. Potrebbero essere inseriti nel sistema e nel fascicolo sanitario informatico, tutti i dati economici relativi alla previdenza, pensioni, o indennità a disposizione della persona non autosufficiente. Con tali dati ed in sinergia con la definizione dei costi standard legati ai LEA ed al piano assistenziale individuale sarebbe possibile riequilibrare la disfunzione primaria nel welfare italiano: lo sbilanciamento delle risorse impiegate a favore di erogazioni in denaro che non producono autonomia ed integrazione nella maggioranza dei casi, a fronte di servizi non disponibili a tutti e di qualità variabile. In pratica, si raggiungerebbe l'obiettivo di utilizzare le risorse statali, regionali e della persona in modo omogeneo al fine primario di garantire l'autonomia e la dignità della persona con oneri definiti in modo trasparente e bilanciato, con attenzione prioritaria all'efficacia dei servizi.

Riservando il sistema ospedaliero alle sole reali acuzie, sviluppando nel contempo ulteriormente la funzione primaria dei medici di medicina generale e della rete di servizi sanitari e socio sanitari territoriali, si potrà attuare realmente la continuità assistenziale, garantendo l'appropriatezza e la qualità delle azioni territoriali realmente integrate.

Oggi l'anziano non autosufficiente è probabilmente il costo percentuale che maggiormente incide e sempre più inciderà sul sistema ospedaliero e sanitario. Sviluppando la qualità del sistema socio sanitario, utilizzando i processi sopra descritti anche grazie ad un sistema informativo unico, sarà possibile utilizzare le vigenti risorse oggi centrate sulla risposta ospedaliera per finanziare adeguatamente la rete integrata di servizi socio sanitari. Oggi un anziano ricoverato in ospedale dove, se viene risolto il problema acuto, ne vengono talvolta a crearsi altri legati alla specificità della condizione anziana, una giornata di degenza ha costi almeno cinque volte superiori ad interventi territoriali che, opportunamente organizzati e gestiti unitariamente, potrebbero generare ulteriore sostenibilità del sistema.

Su questi temi sarebbe opportuno attuare forme concrete di sussidiarietà avanzata e di inclusione attraverso una governance partecipata finalizzata alla condivisione di obiettivi qualificati tesi a garantire la sostenibilità del sistema. Sui temi dell'innovazione, della qualità, della professionalità, dei modelli gestionali potrebbero aprirsi scenari evolutivi che potrebbero essere sperimentati in un territorio quale quello regionale e specialmente nella città di Trieste. Bisogna avere la determinazione di sviluppare un laboratorio che veda l'adesione di tutte le componenti della società, politiche, economico/produttive, sociali, su un tema centrale della vita di ogni persona o famiglia: il diritto all'autonomia ed alla dignità.