

“Il ruolo del Comune nei confronti dell’anziano dal punto di vista sociale”

Francesco Lingiardi, assessore ai Servizi alla persona del Comune di Treviglio

Il nostro sistema di Welfare è basato su tre pilastri: il fondo pensionistico, il fondo sanitario nazionale e il fondo sociale nazionale. Siamo molto generosi con il primo (ai vertici in Europa per la quantità della spesa), meno di altri paesi europei nel secondo (spesa sanitaria), agli ultimi posti per quella destinata alla assistenza sociale.

Abbiamo cioè un sistema di welfare profondamente squilibrato: eroga molte risorse all’ultima fase della vita, in termini di trasferimenti monetari ma è strutturalmente incapace di garantire una adeguata rete di servizi integrati per le persone e le famiglie, in particolare per le persone anziane non autosufficienti.

A fronte dei crescenti bisogni delle persone anziane non autosufficienti magari anche solo per brevi periodi in cui è necessario mettere in atto dei percorsi di riabilitazione e anche dei bisogni delle famiglie che si prendono cura di loro, le attuali risposte sono inadeguate. I livelli essenziali di assistenza a volte non sono completamente adeguati soprattutto ai soggetti più deboli e che non hanno alle spalle una famiglia in grado di supportarli.

Le ragioni di tutto questo sono strutturali. La nostra speranza di vita alla nascita è pressoché raddoppiata negli ultimi cento anni e aumenterà ancora nei prossimi anni. Siamo un paese sempre più vecchio, non solo per anzianità ma anche per il rapporto squilibrato tra generazioni. Conserveremo questo primato nei prossimi decenni con necessità quindi di ripensare strutturalmente il sistema di risposte per le persone anziane.

Ad aggravare il quadro dei bisogni contribuisce la compresenza di minore mortalità per patologie acute e l’aumento delle patologie cronico – degenerative, con persone non autosufficienti sempre più curabili ma non guaribili e quindi con la necessità di una crescente domanda di presa in carico dai servizi sociosanitari.

Un dato impressionante viene fornito dalla ragioneria generale dello stato (da uno studio del Ministero del Tesoro del 2001). Questo studio ha previsto che nel 2050 la crescita della spesa sanitaria per gli anziani, quindi quella post ospedaliera, sarà percentualmente più del doppio rispetto a quella per acuzie. Non è una novità ma una ulteriore conferma. Da qui l’urgenza di governare adeguatamente la domanda e il suo impatto sulla organizzazione e gestione dei servizi per le persone e per le famiglie.

Ma quali sono i problemi che affliggono la fase post ospedaliera nel caso di dimissioni di un anziano non autosufficiente?

Ebbene vorrei qui elencare alcune criticità avvertite in tanti casi segnalati ai servizi sociali del Comune di Treviglio, parlando della esperienza vissuta ogni giorno dalle assistenti sociali e anche dal sottoscritto nei rapporti con le famiglie:

- Il passaggio dal sistema sanitario (Azienda Ospedaliera) al sistema assistenziale (Servizi sociali ma anche Azienda Sanitaria locale) è delicato e non sempre è condivisibile il “momento” in cui l’Ospedale decide che questo debba avvenire.

Spesso le dimissioni sono “precoci”, soprattutto per l’anziano cronico non autosufficiente, rischiando addirittura di non rispettare il suo diritto di cura.

Questo accade ad esempio negando interventi riabilitativi per il semplice dato anagrafico, (... è troppo anziano: la riabilitazione è inutile!!!) o non attivando

adeguatamente gli interventi preventivi (mobilitazione passiva a letto, cambiamento della postura ecc.) che generano poi gravi complicanze (piaghe da decubito). 10-15 giorni di Ospedale possono causare anche questo.

Oltre all'aspetto sanitario e sociale interviene un aspetto di criticità non irrilevante. Il passaggio da un servizio fornito completamente gratuito (Azienda Ospedaliera) ai servizi comunali a tariffa. L'azienda Ospedaliera attinge dal Servizio sanitario nazionale le risorse mentre i Comuni attingono in parte dalle tasse dei cittadini ed in parte dalla tariffa fatta pagare all'utente a seconda del servizio offerto. In molti casi se l'utente non è conosciuto dal servizio sociale è necessario che fornisca l'Isee cioè l'indicatore socio economico equivalente che determina la tariffa.

- L'informazione sui servizi, sulle strutture, sugli ausili non sempre viene data direttamente in Ospedale, il cittadino deve ricercarla usando le proprie risorse, non tutti sono in grado di farlo, spesso l'informazione arriva distorta o non corretta (...vada in comune che le danno subito il posto per la "Casa Sollievo" che c'è qui accanto all'ospedale...). Ed invece si parla di posti di sollievo all'interno della casa di riposo usati spesso non per il sollievo ma per le emergenze in vista di un posto libero.

- Oltre all'informazione, la famiglia dell'anziano ospedalizzato, necessita di una vera e propria "consulenza" per analizzare la situazione ed i bisogni del proprio parente, per orientarsi fra le diverse possibilità d'offerta di servizi, presidi e strutture, nonché di un accompagnamento per attivare quanto necessario. Questo lavoro viene svolto dal servizio sociale comunale, ma solo una parte dei familiari degli anziani ospedalizzati vi arriva. L'informazione è un aspetto fondamentale. Situazioni di questo genere capitano raramente nella vita e non si è attrezzati per risolvere autonomamente il problema.

- I tempi dell'ospedale non coincidono con i tempi dell'organizzazione dei servizi, o dell'inserimento in strutture residenziali o in Istituti di riabilitazione.
Esempi:
 - Se sono necessari ausili questi non sono immediatamente disponibili alle dimissioni (carrozzina, letto da ospedale, materasso anti-decubito), e non sempre le prescrizioni sugli appositi modelli ASL e la visita fisiatrica necessaria per ottenerli vengono effettuati mentre l'anziano si trova ancora in ospedale, per cui succede che, una volta a casa, il familiare debba andare all'ASL a ritirare i moduli, dal medico curante per la prescrizione, al CUP per prenotare la visita fisiatrica necessaria ecc. ecc., ed intanto l'anziano già rientrato a domicilio non ha gli ausili necessari;
 - Le liste d'attesa per l'accesso nelle RSA o negli Istituti di Riabilitazione sono troppo lunghe, difficilmente è possibile un passaggio diretto dall'ospedale alla RSA, nemmeno per i casi più gravi sia dal punto di vista sanitario che sociale, in quanto non esistono posti di pronto intervento per le urgenze;
 - Le dimissioni vengono comunicate nel momento stesso in cui avvengono e spesso realizzate nella giornata del venerdì o sabato, rendendo difficile al cittadino l'immediata attivazione dei servizi sociali domiciliari, (sad, pasti, telesoccorso) che comunque richiedono un'istruttoria, se pur celere.

- L'ospedale, per i tempi rigidi e sempre più ristretti delle degenze, spesso non riesce a favorire un passaggio diretto del degente verso altri reparti, o altri ospedali o Istituti di riabilitazione, comportando all'anziano il difficoltoso rientro a domicilio, in attesa della chiamata presso un'altra struttura (es. "Istituto Caimi" di Vailate).
- La rete territoriale dei servizi per gli anziani ha "maglie troppo larghe" e spesso lascia dei vuoti pesanti per le famiglie, costrette troppo spesso a ricorrere al privato (badanti) non sempre in modo regolare, con rischi, ed a volte anche cattive esperienze, a danno del fragile anziano.
Utile potrebbe essere, oltre alla formazione delle badanti, attivata in alcune esperienze territoriali, anche un coordinamento per il regolare reperimento di queste risorse.
- I servizi sociali e sanitari, domiciliari, semi- residenziali e residenziali, esistenti sul territorio non sono ancora in grado di operare in stretta integrazione tra loro, non rendendo agevole il passaggio dell'utente tra le diverse risorse ed opportunità esistenti, rischiando di frammentare l'unitarietà della persona che rischia di essere settorializzata fra i rinvii delle diverse prestazioni erogate da diversi soggetti.

La domanda che dobbiamo porci è quindi: se e cosa si può fare per affrontare il problema prima che diventi emergenza difficilmente gestibile.

L'assistenza sanitaria ha una valenza sociale e anche psicologica molto rilevante: di fronte alla malattia, alla sofferenza, di invalidità permanente o addirittura di morte, il cittadino pretende la massima qualità, senza porsi il problema del rapporto costi/benefici e della sua sostenibilità.

Un problema che caratterizza la condizione attuale delle risposte per la non autosufficienza è la diffusa incapacità di garantire una presa in carico integrata del bisogno. L'approccio domanda – risposta è dominante e andrebbe sostituito qualificando la valutazione interprofessionale del bisogno ed il lavoro socio sanitario basato su progetti personalizzati di assistenza.

Bisogna incentivare il lavoro sociosanitario, e apposta non dico solo sociale, basato su percorsi integrati di cura territoriali e domiciliari, coinvolgendo le persone e le famiglie nelle decisioni e nella valutazione partecipata dei bisogni.

Ciò permette di garantire un circuito assistenziale che accompagna l'evolversi dei bisogni delle persone e delle loro famiglie (per il recupero e mantenimento funzionale delle abilità residue) e di supportare i famigliari attraverso servizi utili a rendere meno gravoso il carico assistenziale e a dare risposte alle sofferenze di breve o di lungo periodo.

Una risposta si può trovare nei livelli essenziali di assistenza e l'esigenza di organizzare le risorse e le responsabilità necessarie perché questo avvenga attraverso la definizione di soglie minime di offerta e di spesa coerenti con i bisogni da soddisfare.

Le risposte che qui si sono accennate però devono consolidarsi in azioni.

Personalmente credo sia essenziale cominciare ad equiparare il SSN con le problematiche per la non autosufficienza, a questo proposito è necessario che lo stato investa di più nel Fondo per la non autosufficienza che significa investire per l'estensione ed il consolidamento del sistema di protezione sociale solidaristico con un nuovo ramo della sicurezza sociale specializzato nel dare risposte ai bisogni e ai diritti delle persone non autosufficienti.

Dobbiamo investire di più in strutture quali l'Ospedale di comunità o strutture intermedie fra la domiciliarità, i centri diurni e le case di riposo.

Infine mi permetto di accennare ad un passo importante verso la costruzione di una reale integrazione tra Territorio i Comuni, Azienda Ospedaliera e ASL al fine di migliorare servizi e prestazioni verso i Cittadini. A questo proposito faccio riferimento al protocollo per il **SERVIZIO SOCIALE PRESSO L'AZIENDA OSPEDALIERA** che si stipulerà fra l'ufficio di piano in rappresentanza di tutti i comuni dell'ambito 13, l'Azienda Ospedaliera e l'Asl.

Credo di poter dire che confermare la stipula del protocollo in questa giornata promossa dall'osservatorio delle Associazioni di Volontariato di Treviglio, sul tema del prendersi cura dell'anziano fragile assume un significato simbolico e culturale di innovazione e cambiamento.

Il volontariato e l'associazionismo, insieme ai servizi, rappresentato il sistema vitale per i nostri territori, alimentano con le loro capacità, disponibilità e competenze quel tessuto di relazioni di prossimità che danno valore alle prestazioni di servizi e delle professionalità impegnate nella cura delle nuove e vecchie fragilità.

Istituire il servizio sociale presso l'azienda ospedaliera apre una nuova attenzione al prendersi cura, intesa come capacità di accogliere una condizione di sofferenza, malattia, attivando una rete di relazioni e di attenzioni preventive che consentono una gestione efficace delle dimissioni ma soprattutto di una presa in carico globale e integrata della persona.

Questo protocollo prevede l'istituzione di gruppi di lavoro integrati, e va altresì verso il superamento del lavoro per competenze separate privilegiando processi in cui ognuno concorre (ospedale, ASL, Comune, Volontariato), con le proprie specificità alla costruzione di un miglioramento delle condizioni di benessere per le persone.

Infine, non meno importante, questo protocollo rappresenta un modello speriamo positivo nel confermare come, attraverso la compartecipazione e il conferimento di risorse diverse, economiche, professionali, è possibile attivare nuovi servizi sostenibili.

Sta a noi tutti assieme far sì che questo investimento risulti efficace nel dare le risposte che i cittadini si aspettano.