

## **Nota stampa per l'Adige**

### **Welfare in Trentino**

#### **Il problema degli anziani**

Egregio Direttore visto l'ampio dibattito apertosi sulle pagine del suo giornale in merito al Welfer provinciale, mi permetto di inviarLe alcune mie considerazioni.

Alcuni giorni fa le ACLI provinciali avevano organizzato un convegno dal titolo particolarmente significativo: "Anziani e non autosufficienza – Quale welfare per il Trentino di domani? Valutare l'esperienza per disegnare il futuro." Si trattava di affrontare in quella sede una delle questioni centrali per il Welfare futuro del Trentino, quello dell'invecchiamento della popolazione e delle percentuali sempre più significative di persone anziane che da uno stato di fragilità "scivolano" verso una parziale autosufficienza e poi nella non autosufficienza con vari livelli di gravità. ( nel 2010 c'erano 30.800 ultraottantenni di cui oltre 13.800 con gravi disabilità). La parziale non autosufficienza e la non autosufficienza, semplificando al massimo, sono di fatto causate da due elementi essenziali: le pluripatologie di carattere fisico e le demenze.

Le modalità con le quali si è cercato di dare una risposta in termini di servizi in questi ultimi anni, all'avanzare di tale fenomeno, è stata quella della residenzialità (per non usare quel brutto termine, ma significativo della istituzionalizzazione). A differenza di molte altre regioni italiane da noi si è optato, condizionati forse anche dal fatto che sul territorio erano presenti in modo molto numeroso le case di riposo trasformate "o pe legis" in Residenze Sanitarie Assistenziali, per il modello residenziale consentendo una crescita molto più contenuta all'assistenza o meglio cura domiciliare.

L'aver abbracciato il modello residenziale (abbiamo la più alta percentuale di posti letto RSA di tutta Italia) e l'aver conseguentemente destinato minori risorse allo sviluppo e potenziamento della domiciliarità oggi ci pone una serie di problemi che vanno affrontati con determinazione e chiarezza d'intenti anche perché il modello esistente scricchiola a causa di un altro elemento importante e statisticamente acquisito, quello della fragilità delle famiglie e della loro oggettiva difficoltà a reggere sotto il peso di un progressivo aumento del "bisogno di cure" degli anziani presenti al proprio interno (fenomeno badanti da un lato e liste di attesa per RSA lo stanno a dimostrare). Aggiungo infine un ultimo elemento, di cui spesso non teniamo conto, quello che normalmente l'anziano e la sua famiglia tende a evitare il più possibile l'istituzionalizzazione accettandola solo in casi di vera emergenza o di assenza di alternative credibili e percorribili.

Dal convegno ACLI sono uscite non poche sollecitazioni affinché si proceda rapidamente ad una revisione di questa parte del welfare garantendo ad anziani e famiglie una più significativa rete di servizi a domicilio e una continuità assistenziale, cosa tra l'altro condivisa anche dall'assessore provinciale alla salute dott. Rossi.

Deve però essere chiaro che scegliere la domiciliarità non significa solo e soltanto indirizzare maggiori risorse verso questo settore, ma innanzitutto definire quale sarà il modello futuro di riferimento. Se, come appare dalle dichiarazioni, vi è la disponibilità ad un riequilibrio dell'"offerta" verso la domiciliarità rispetto all'istituzionalizzazione dobbiamo avere chiaro l'obiettivo che va messo mano a tutta la rete dei servizi attualmente esistenti a favore dell'anziano e che non basta qualche piccolo ritocco qua e là magari dando qualche risorsa monetaria alle famiglie per "acquistare" qualche prestazione dalla solita rete di servizi presenti sul territorio. Operare una scelta coraggiosa verso la domiciliarità richiede una revisione di tutto il settore dalle RSA sino all'assistenza domiciliare.

Poter garantire all'anziano di rimanere il più a lungo possibile fra le mura di casa propria e consentire alla famiglia di rispondere positivamente a tale necessità oggi significa da un lato qualificare e potenziare i servizi domiciliari esistenti a partire dall'assistenza domiciliare, all'assistenza domiciliare integrata, all'ospedalizzazione domiciliare. Significa potenziare,

specializzare e diversificare il ruolo dei centri diurni in: centri diurni per autosufficienti, in centri diurni integrati per non autosufficienti parziali (attualmente inesistenti nel territorio provinciale), in centri diurni per malati di Alzheimer e demenze (attualmente in numero ampiamente insufficiente). Significa creare case di soggiorno con residenze temporanee per autosufficienti. Significa potenziare gli interventi negli appartamenti di proprietà degli anziani per renderli confortevoli anche alla disabilità introducendo anche elementi di domotica e teleassistenza. Significa diversificare la possibilità di utilizzo di un alloggio protetto con livelli diversificati di protezione assistenziale.

Per le istituzioni RSA significa affrontare una piccola rivoluzione come: flessibilizzare l'utilizzo dei posti letto aumentando la dotazione dei posti letto e della permanenza temporanea per interventi riabilitativi o per interventi di stabilizzazione clinica; significa specializzare alcuni posti letto destinandoli a patologie particolarmente significative cronico-degenerative (Parkinson, SLA) o per stati vegetativi; significa ancora dotarsi di nuclei specializzati per demenze e Alzheimer; significa impegnarsi nella ricerca e nell'innovazione; significa infine definire protocolli di dimissioni dall'ospedale alla RSA per favorire il recupero delle capacità residue dell'anziano ed il suo successivo ritorno a domicilio e di protocolli interni per favorire il ritorno a domicilio di pazienti sufficientemente stabilizzati e gestibili dalla rete dei servizi domiciliari; significa infine integrarsi nella rete dei servizi territoriali anche mettendo a disposizione il patrimonio di grande professionalità presente all'interno delle strutture (attualmente è l'unica realtà che ha acquisito nel tempo una profonda conoscenza delle modalità di intervento sul paziente non autosufficiente con impostazione socio-sanitaria e con modalità che privilegiano il "prenderci cura" della persona).

L'individuazione dell'UVM come unico punto di accesso ai servizi e la creazione al proprio interno della figura del "case manager" che si prende cura della persona nel suo percorso di cura e ne garantisce la continuità assistenziale.

All'interno di questo disegno la funzione di cura riservata alla famiglia deve trovare modalità nuove di esplicazione sostenendo il caregiver con forme di rete familiare allargata, volontariato, vicinato, reti di mutuo aiuto. Cosa non impossibile in una terra come quella trentina ove la solidarietà è ancora un valore di riferimento.

Ancor prima di parlare di quante risorse ci vorranno sarebbe bene cercare di condividere il progetto, gli obiettivi verso i quali ci muoviamo o vogliamo andare, credo che poi con la dovuta programmazione anche le risorse e le priorità di spesa possano essere individuate e reperite con minor difficoltà.

Renzo Dori  
Presidente Azienda Pubblica di Servizi  
alla Persona M. Grazioli - Povo

Povo 19.05.2011