Le sfide della non autosufficienza degli anziani… e il realismo delle proposte del ‘Patto per un nuovo welfare sulla non autosufficienza’

I Luoghi della cura online propone ai lettori le riflessioni di Antonio Monteleone in merito all’attesa riforma per l’assistenza agli anziani non autosufficienti e ai contenuti della recente proposta del Patto per un nuovo welfare sulla non autosufficienza.

Di Antonio Monteleone *(Presidente AGeSPI Lombardia)*

La non autosufficienza propria degli anziani ha di fronte diverse sfide, che vanno comprese in numero, estensione e profondità. Incluse quelle volontariamente non espresse o relegate nel sub-conscio. Nelle poche righe a disposizione mi soffermo su alcune.

Tragitto esistenziale e continuum assistenziale

Comincio dalla sfida più rimossa e proprio per questo più perniciosa: la posizione di pensiero verso la vecchiaia. La cronaca pandemica ci ha fatto costatare che è, infatti, possibile applicare il ‘protocollo ufficioso svedese’ (Brusselaers et al, 2022), per cui ammalarsi di Covid-19 per i molto anziani ha significato affacciarsi sull’abisso della rupe Tarpea, la parete rocciosa posta sul lato meridionale del Campidoglio dalla quale venivano gettati i traditori della comunità. In Svezia, infatti, sono stati pochi gli anziani ricoverati negli ospedali per SARS-CoV-2 e ad essi sono stati spesso negati trattamenti medici appropriati, potenzialmente salvavita.

Oppure l’invecchiamento è osservato come un processo naturale, per il quale si comprende la proposta elaborata dal Patto per un nuovo welfare sulla non autosufficienza che s’incentra su un modello d’intervento rispettoso dei mutamenti bio-psico-sociali della persona e pertanto basato sull’integrazione delle varie risposte disponibili – pubbliche e private, formali e informali – e sulla loro modulazione nel tempo in un continuum di soluzioni complementari, progettate secondo l’evoluzione delle condizioni dell’anziano e delle sue reti di affiancamento.

Luoghi familiari e di buon vicinato

La pandemia ha messo in risalto l’importanza delle relazioni degli anziani ospiti delle strutture residenziali coi loro parenti (Avancini et al, 2021). In realtà, il contesto delle relazioni affettive e consuetudinarie, suscitate a domicilio e nelle sue adiacenze, configura un clima di sicurezza sempre più psicologicamente in primo piano man mano che si attenua l’autonomia nella vita quotidiana.

La tranquillità di ritrovarsi in un ambiente noto, in cui la memoria procedurale non abbisogna di nuove esplorazioni e adattamenti; la consapevolezza di poter contare su conoscenze di buon vicinato, che stemperano il timore di trovarsi in solitudine di fronte a eventuali inconvenienti; l’esperienza di confortevoli interazioni di assistenza con accuditori che ordinariamente sono sempre gli stessi; tutti questi sono aspetti che generano sempre e in chiunque conforto e

rassicurazione. In questa linea si prospetta lungimirante il disegno di un Sistema Nazionale Assistenza Anziani – SNA pensato come una filiera organica di risposte differenziate e complementari, in coerenza con i molteplici profili della non autosufficienza.

La filiera è progettata lungo diversi setting assistenziali – domiciliare, semi-residenziale e residenziale – e attribuisce priorità agli interventi a casa degli anziani. In situazioni di non grave dipendenza, tale priorità è incontestabile, perché l'io umano è principalmente tra le mura domestiche che si consolida, tra gli altri e con gli altri, e i tratti della personalità si alimentano e si proiettano negli ambienti fisici di vita, ed è qui che si danno anche migliori opportunità alle tecniche di 'life review therapy' che, tramite reminiscenze autobiografiche emotivamente gradevoli, possono prevenire l'insorgere di un processo di disintegrazione identitaria (Butler, 1974; Serrano et al., 2004).

Equità efficienza ed efficacia della presa in carico

Ho davanti il testo su "Modelli e standard per lo sviluppo dell'Assistenza Territoriale nel Servizio Sanitario Nazionale" che il Governo ha deciso di adottare autonomamente, essendo mancata l'intesa con le Regioni. In esso si trovano diverse conferme allo sforzo fatto dal 'Patto', fin da luglio 2021, di promuovere un impegno per superare la frammentazione e ricondurre a un quadro unitario la molteplicità di risposte previste (siano esse contributi economici o servizi), fornite da attori sovente non coordinati tra loro. Sottolineo la rilevanza della risoluzione di adottare un modello di stratificazione comune su tutto il territorio nazionale, che permetterà lo sviluppo di un linguaggio uniforme necessario a garantire equità di accesso ed omogeneità di presa in carico. Solo attingendo a tali flussi informativi le Regioni potranno fare una programmazione aderente alla realtà e i Distretti e le Case di Comunità avranno modo di essere efficienti e di governare efficacemente l'integrazione della rete e della filiera.

Ritengo tuttavia che permanga la validità del monito del 'Patto' quando mette sull'avviso che, non di rado, gli interventi destinati agli anziani non autosufficienti misconoscono le peculiarità ed eterogeneità della loro condizione, sicché all'atto pratico modelli d'intervento validati ed esperienze locali efficaci non hanno la diffusione che meritano. In questa direzione risulta di estremo pragmatismo la proposta per cui la possibilità di usufruire degli interventi dello SNA abbia luogo solo in presenza di una sola valutazione integrata, la **Valutazione Nazionale di Base** (VNB). Non sono contemplati altre modalità per avere accesso allo SNA.

La VNB, a mio parere, va realizzata sua una piattaforma informatica dal medico di medicina generale (MMG) e dall'assistente sociale (AS), ad esempio quello operante nel Servizio Sociale Professionale Territoriale (SSPT) o ad esso assimilabile, ricorrendo a un questionario ovunque condiviso e che riprenda item in grado di profilare da una parte la fragilità sanitaria e la vulnerabilità sociale dall'altra. Il MMG potrebbe ricorrere a un riadattamento della 'Scala di Brass', mentre per l'AS serve uno schema non limitato alla sola criticità economica, ma ampliato alle condizioni abitative, culturali e al sostegno parentale o di prossimità. Tale VNB sarà compilabile e presente esclusivamente all'interno del Fascicolo Sociosanitario Elettronico (FSE), così che il MMG possa aggiornare gli item della valutazione per la parte prettamente sanitaria, ad esempio a seguito di un ricovero ospedaliero.

Inoltre, grazie al FSE in caso di ingresso in ospedale, oltre che avere bene in vista un auspicabile 'Profilo sanitario sintetico', si potrà da parte dell'assistente sociale interno dare un immediato sguardo alla VBN e insieme coi sanitari orientarsi verso la più appropriata dimissione protetta. Lo stesso anziano, da solo o con qualche aiuto, può aggiornare il FSE con le variazioni del nucleo familiare, della situazione abitativa e del supporto sociale. La VNB verrà ripresa su iniziativa del MMG qualora si renda necessaria la costruzione di un progetto individuale e l'inizio di un percorso lungo la filiera dei servizi.

BIBLIOGRAFIA

Avancini G., Bertoglio C., Notari G., (2021), *Il rapporto tra gli anziani che vivono in struttura e le loro famiglie: le conseguenze del Covid-19*, in I Luoghi della Cura online, 7 settembre.

Brusselaers N., Steadson D., Bjorklund K., Breland S., Stilhoff Sörensen J., Ewing A., Bergmann S., Steineck G., (2022), *Evaluation of science advice during the COVID-19 pandemic in Sweden*, in Nature – Humanities and social sciences communications, 22 March.

Butler R.N., (1974), *Successful Aging and the Role of the Life Review*, in Journal of American Geriatric Society, Dec;22(12)529-35

Patto per un nuovo welfare sulla non autosufficienza (2022), *Proposte per l'introduzione del sistema nazionale assistenza anziani*, 1marzo.

Serrano J. P., Latorre J. M., Gatz M., Montanes J., (2004), *Life Review Therapy Using Autobiographical Retrieval Practice for Older Adults With Depressive Symptomatology*, in Psychology and Aging, Jun;19(2)272–277.