

Per quanto riguarda l'offerta ospedaliera si ricorda, inoltre, l'efficacia delle unità di terapia intensiva respiratoria nella gestione completa del paziente respiratorio critico, con possibilità di attuare terapia intensiva respiratoria non-invasiva e notevole miglioramento della qualità di vita, possibilità di ridurre l'occupazione di posti letto in reparti di rianimazione e riduzione dei costi di gestione del paziente con insufficienza respiratoria.

5.3. La non autosufficienza: anziani e disabili

La non autosufficienza è una grande problematica assistenziale, che tenderà ad assorbire crescenti risorse nell'ambito dei servizi sanitari e socio-sanitari. E' pertanto, fondamentale attuare sistematici interventi di prevenzione primaria, secondaria e terziaria, tramite interventi in grado di affrontare la molteplicità dei fattori che concorrono a determinare e ad aggravare la situazione di non autosufficienza. Altrettanto basilare è il rafforzamento delle reti assistenziali, con una forte integrazione dei servizi sanitari e sociali.

Gli Anziani

Il possibile incremento delle disabilità e delle malattie croniche causato dall'invecchiamento della popolazione è funzione di vari fattori, tra loro contrastanti, gli uni legati al naturale deterioramento fisico, gli altri alla validità degli interventi di prevenzione e al miglioramento delle condizioni di vita già nelle età precedenti. I possibili scenari che al momento attuale possono prevedersi presentano caratteri discordanti: a) incremento degli anziani non autosufficienti proporzionale all'incremento del numero di anziani con forte crescita in numeri assoluti, b) incremento del numero assoluto di anziani non autosufficienti più contenuto grazie al miglioramento delle condizioni di vita, dei progressi della medicina, delle attività di prevenzione.

Infatti già oggi si registra un innalzamento ad età più elevate delle problematiche più importanti (perdita di autonomia, riduzione della mobilità, decadimento cognitivo) connesse con l'età anziana. In ogni caso il mutato assetto demografico impone un'accelerazione nell'attuazione delle scelte di politica sanitaria in questo campo. Agli effetti dell'invecchiamento della popolazione si sommano i cambiamenti nella struttura familiare che hanno portato ad una drastica diminuzione del ruolo tutelare della famiglia, che, lì dove è presente, si trova appesantita dalla difficoltà di affrontare a volte da sola problematiche complesse alle quali non sempre è preparata e che richiedono grande dispendio di tempo, energie e risorse, soprattutto in presenza di "anziani fragili".

Con tale termini si intendono anziani limitati nelle attività quotidiane per effetto di pluripatologie, ritardo nei processi di guarigione e recupero funzionale.

Negli anziani, accanto ai problemi di carattere sanitario, spesso sono presenti problemi di carattere economico. L'incidenza della povertà è superiore alla media (13,9%) tra le famiglie con almeno un componente di oltre 65 anni di età e raggiunge il valore massimo quando i componenti anziani sono due o più (16,7%). Il disagio relativo è più evidente nelle Regioni del Sud, dove l'incidenza media è pari al 21,3% ma le coppie povere con persona di riferimento di oltre 65 anni sono il 28,2% e gli anziani poveri e soli il 25,7%.

Partendo dall'esperienza di questi anni e dall'esperienza internazionale, che sta individuando quale priorità in tutta Europa un incremento delle cure domiciliari rispetto all'istituzionalizzazione, l'obiettivo prioritario che il SSN vuole perseguire in tutto il territorio è la garanzia per l'anziano non autosufficiente della permanenza al proprio domicilio, laddove le condizioni sanitarie, sociali, abitative e di solidarietà sociale lo rendano appropriato. Conseguentemente è necessario lavorare in collaborazione con le istituzioni e i gruppi formali ed informali, che concorrono all'assistenza per l'ottimizzazione degli interventi di propria

competenza, per un miglioramento delle componenti di cura e di assistenza al fine di ampliare le condizioni di appropriatezza.

Occorre, in tal senso, agire essenzialmente sull'implementazione dell'integrazione funzionale tra le varie componenti sanitarie ospedaliere e territoriali e tra i servizi sanitari e sociali, con le modalità previste dall'attuale normativa (Piani attuativi locali che recepiscono le indicazioni dei Piani di zona, e che costituiscono la base degli accordi di programma tra i Comuni e le ASL, e il Piano delle attività territoriali, articolazione dell'accordo di programma etc), per il raggiungimento di obiettivi comuni tramite la concertazione degli interventi e la condivisione delle risorse

Occorre, inoltre:

- riorganizzare la rete dei servizi sanitari, potenziando l'assistenza territoriale e l'integrazione con il sociale, avvalendosi anche del privato, disponibile a progettare e a realizzare vere reti assistenziali con supporti tecnologici e pacchetti di servizi;
- garantire il livello di assistenza agli anziani non autosufficienti su tutto il territorio nazionale, ancorando la definizione del livello all'individuazione di standard di prestazioni, di processo e di esito, anche ai fini di una valutazione della sua effettiva erogazione;
- promuovere la ricerca biomedica e clinica sull'invecchiamento ed in particolare sulle relazioni esistenti tra fragilità, patologia, comorbidità, menomazioni e disabilità geriatriche, promuovendo inoltre il coordinamento delle ricerche gerontologiche attraverso una maggiore cooperazione tra i paesi europei;
- procedere alla realizzazione di una sorgente di finanziamento adeguata al rischio della non autosufficienza.

I Disabili

Nell'analizzare gli interventi e le politiche da attuare per l'integrazione dei servizi di cura per le persone diversamente abili, non si può prescindere dal contributo fortemente innovativo, apportato dalla riflessione internazionale in questo campo, concretizzatosi nella "Classificazione internazionale del funzionamento, disabilità e salute (ICF)". L'approccio, che è alla base dell'ICF, amplia grandemente il campo di azione degli interventi da porre in essere per una più piena integrazione delle persone affette da disabilità, mettendo in risalto la responsabilità condivisa delle varie istituzioni (istruzione, sanità, lavoro, enti locali, etc) per il miglior inserimento o reinserimento nel contesto familiare, lavorativo, relazionale e sociale di questi pazienti.

In questa visione è ribadita la centralità dell'individuo nei processi assistenziali e sanitari, cui devono essere garantiti i Livelli Essenziali di Assistenza, eliminando le disuguaglianze che ancora caratterizzano l'accesso ai servizi. Conseguente è la necessità (più volte ribadita in documenti del livello centrale e regionale) che i servizi e gli operatori si attivino per rispondere in maniera coordinata e continuativa alla molteplicità dei bisogni espressi, in un sistema di interrelazioni che costituiscono la rete integrata per le disabilità. L'approccio da seguire per il paziente con disabilità è, quindi, il coordinamento delle attività multiprofessionali e multidisciplinari, che analizzi tutti gli aspetti della persona in relazione ai bisogni causati dall'evento lesivo per la successiva elaborazione di un programma individualizzato di riabilitazione, rieducazione e reinserimento sociale, alla cui definizione partecipa attivamente il paziente con disabilità e la sua famiglia. Nel progetto individuale i diversi interventi sono integrati e i diversi operatori riconoscono il loro apporto professionale, per quanto autonomo, facente parte di una strategia più ampia finalizzata al raggiungimento di obiettivi comuni.

L'impegno del Servizio sanitario nazionale in primo luogo è volto a garantire che l'intervento riabilitativo sia precoce per ridurre gli esiti invalidanti degli eventi lesivi, facilitando il recupero di competenze funzionali e/o lo sviluppo di competenze sostitutive. Per tale scopo vanno sviluppati anche in questo settore gli strumenti del governo clinico e della valutazione della qualità, tramite indicatori di struttura, di processo e di esito, implementando l'utilizzo di linee guida cliniche e di percorsi assistenziali, fondati sui principi della medicina basata sulle evidenze.

Alla dimissione dell'ospedale il paziente entra nella dimensione riabilitativa territoriale: per garantire la continuità delle cure soprattutto nel delicato passaggio dall'ospedale al territorio e dalle strutture territoriali al domicilio, è necessario promuovere e potenziare il coordinamento delle strutture e dei servizi sanitari che entrano a far parte della rete di riabilitazione in modo da consentire la presa in carico globale del paziente, l'unitarietà degli interventi, il facile passaggio da un nodo all'altro della rete.

A questo riguardo vanno previsti percorsi assistenziali anche per la fase di cronicità, dimensionando i nodi della rete a livello regionale e locale, secondo l'epidemiologia del territorio. E' auspicabile che, per migliorare l'integrazione e la comunicazione, si utilizzino terminologie comuni per individuare i bisogni, gli obiettivi e i risultati degli interventi. A tale proposito, in considerazione del grande sviluppo in termini di organizzazione, tecnologie, ricerca, bisogni informativi che il mondo della riabilitazione ha avuto in questi anni, occorre procedere ad una rielaborazione delle linee guida ministeriali per le attività di riabilitazione, già approvate con un Accordo Stato-Regioni nell'anno 1998.

Occorre inoltre provvedere ad un aggiornamento del nomenclatore dei presidi protesici ed ortesici, al fine di adeguare la lista dei dispositivi erogabili e meglio ricollegare l'assistenza protesica alla più generale assistenza riabilitativa.

L'integrazione territoriale prevede il coinvolgimento della rete assistenziale e di solidarietà sociale. Importante infatti nel campo della disabilità è il contributo che può essere apportato dal volontariato e dal privato no profit, per la peculiarità di queste associazioni di rispondere in modo flessibile ed articolato ai bisogni anche non codificati dei pazienti. E' inoltre molto importante l'apporto delle associazioni di familiari e dei gruppi di auto-aiuto, il cui contributo va ricercato e riconosciuto.

Il programma individualizzato di riabilitazione deve prevedere, inoltre, interventi finalizzati alla formazione professionale e al reinserimento o inserimento scolastico. Vanno, pertanto, promossi incontri congiunti tra gli operatori sociosanitari e scolastici per definire percorsi di integrazione e di orientamento scolastico e con i centri di formazione professionale per l'inserimento nel mondo del lavoro. L'esercizio del diritto all'istruzione e al lavoro costruisce infatti il primo passo verso quella piena integrazione sociale, che insieme al raggiungimento e al mantenimento della massima autonomia costituisce l'obiettivo a cui tutti gli interventi di riabilitazione sono finalizzati.

A questo proposito, in favore dei disabili gravi, in sinergia con i servizi sociali, è opportuno promuovere la realizzazione delle condizioni che permettano una vita quanto più indipendente, che non deve essere necessariamente legata al venir meno del supporto familiare (il cosiddetto "dopo di noi"), ma può essere preparata con la partecipazione propositiva della famiglia. E' possibile ipotizzare soluzioni abitative in residenze di piccole dimensioni che, pur promuovendo l'autonomia, mantengano il paziente in un contesto relazionale favorevole.