

Intervento della dott.ssa Ebe Sorti Ravasio Assessore ai Servizi Sociali del Comune di Bergamo e Presidente della Conferenza Sindaci Distretto di Bergamo

Alcuni dati sugli anziani residenti a Bergamo

All'1/1/99 Bergamo conta 116.549 residenti, di cui 24.577 sono anziani. Di questi il 12,67 % vive in famiglia, il 7,02% solo, e l'1,39 in convivenza.

Fra quanti vivono in convivenza, la fascia che va dagli 85 agli 89 è la più alta, ben 336 persone (298 F e 38 M) pari all'1,37%; segue la fascia dei 75/79 (278 F e 51 M) pari all'1,34%; quindi gli 80/84, pari all'1,08%; poi i 70/74 pari all'1,03; gli ultra 90 rappresentano lo 0,83%, mentre coloro che vanno dai 65 ai 69 sono lo 0,96%. Le donne sono sempre predominanti.

SAD e RSA

Confrontando le persone >65 "in convivenza" con quelle seguite dal SAD, si nota come la percentuale in SAD sia notevolmente inferiore rispetto alla convivenza: 1,5 contro il 6,8%.

Inoltre si è notato una correlazione diretta tra il crescere dell'età e l'essere "ricoverati" (tra i 90enni, 1 anziano su 5 risulta ricoverato) mentre la stessa correlazione risulta meno marcata per gli utenti del SAD.

In sostanza si può dire che dai 75 anni in poi la persona anziana non autosufficiente viene istituzionalizzata o perché è sola o la famiglia non è più in grado di assisterla.

Quindi prima di parlare di bisogno dell'anziano c'è un bisogno della famiglia che va sostenuta e valorizzata, riconoscendo il prezioso ruolo che svolge offrendo per prima una grande quantità di servizi.

Perciò nel riconoscere all'anziano malato il diritto, prima del bisogno di essere curato e di rimanere nella propria casa, fra i propri cari, dobbiamo sviluppare ulteriormente progetti di sostegno ai familiari che curano in casa persone anziane gravemente malate e non più autosufficienti, quando gli ospedali vogliono dimmetterle anche in assenza di alternative di cura adeguate alle loro condizioni, estendendo i servizi di cura a domicilio dove oltre all'ASA dovranno essere presenti altre figure quali: il medico di base, il fisioterapista, l'infermiera, lo specialista, in pratica si chiede di attuare veramente l'ADI, assicurando una buona copertura per tutti i giorni della settimana.

Gli altri servizi

Dall'esperienza maturata in questi anni posso dire che altri 3 servizi dovrebbero essere ampliati: Riabilitazione - CDI - Posti di sollievo.

Per la riabilitazione bisognerà riprogrammare i posti letto.

Infatti in questi anni la richiesta di riabilitazione è aumentata da parte dei familiari, che vedono in questo servizio un aiuto per l'anziano a recuperare almeno in parte le abilità perse mentre per la famiglia, significa un periodo di adeguamento alla nuova situazione, e quindi di riorganizzazione domestica sconvolta da questi tracolli spesso improvvisi dell'anziano.

Il CDI invece è un servizio estremamente importante che deve essere incentivato perché permette di trattenere l'anziano grave nell'ambiente familiare, gestendo la parte diurna all'interno di una struttura residenziale, dove vengono garantite cure sanitarie e assistenziali e dove vengono svolte attività di socializzazione che sono sempre benefiche dal punto di vista psicologico oltre al fatto che potrebbe essere considerato un servizio utile di inserimento graduale nella casa di riposo.

Anche i posti di sollievo sono importanti per la famiglia che vuole recuperare forze psicologiche o avere un periodo di vacanza dopo mesi di cure e di attenzioni spesso gravose seppur attuate con grande affetto.

Ma si dovrebbe rivedere il discorso rette.

Si deve quindi creare una rete di servizi in cui le RSA rivestono una parte strategica. Ma per attivare e far funzionare in modo congruo e rispondente alle esigenze dei malati anziani tutto il sistema di rete dei servizi è necessario istituire una efficace UVG, elemento necessario per curare meglio il paziente anziano purchè questo non venga strumentalizzato.

L'Unità di Valutazione Geriatrica

Intendo dire che l'UVG non deve rispondere semplicemente a uno smistamento di anziani da indirizzare in varie strutture, né deve valutare anziani solo attraverso documenti anziché visitare e ascoltare per meglio identificare i bisogni sanitari dell'anziano e pianificare la cura.

Solo attraverso un'attenta valutazione si potrà intervenire prendendo in carico direttamente i pazienti a rischio, mentre per gli altri a rischio minore e moderato si potrà intervenire con controlli periodici e cure adeguate a domicilio per ritardare il più possibile la richiesta di ricovero.

Ma quando l'anziano deve comunque essere ricoverato, la RSA può diventare una risposta di cura reale se è in grado di rispondere alle esigenze di tipo sanitario e al bisogno "di vita" dell'utente.

L'istituzionalizzazione come "ultima" scelta

Infatti l'andare a vivere in una struttura residenziale, rappresenta per l'anziano che è ancora "attivo" intellettualmente, uno dei cambiamenti più traumatici del proprio stile di vita.

E' la perdita ufficiale della propria identità, degli affetti, delle abitudini, delle tradizioni. La mancanza di privacy, la separazione dalla società, l'abitudine, la depersonalizzazione, la perdita dell'autodeterminazione insieme alla situazione patologica quando questa è realmente grave, inducono una serie di effetti negativi quali la depressione, l'insoddisfazione, l'infelicità, l'immagine negativa di sé, il senso di perdita di valore, l'impotenza.

In istituto l'anziano viene preso da un ingranaggio rigido da rispettare che prevede e disciplina praticamente tutto in ogni momento della giornata e lo fa sentire uno dei tanti, inoltre la solitudine, la mancanza di affetti, l'abbandono creano situazioni di disagio che, se non affrontate adeguatamente, si trasformano in problemi organici, che richiedono interventi sanitari e inducono alla "passività", in quanto l'anziano convinto che la sua sopravvivenza dipenda dagli altri, da chi lo aiuta, cerca di adattarsi, sopportare e subire il più possibile, per essere più accettato e ben visto.

Ma il processo evolutivo in atto nella cultura dei servizi socio assistenziali e sanitari rende i parenti più attenti e l'utente più consapevole dei suoi diritti oltre che dei suoi bisogni, per cui è necessario che anche le strutture socio - sanitarie non basino più l'assistenza sulle prestazioni che danno semplicemente risposte ai bisogni fondamentali ma sul raggiungimento di determinati obiettivi.

Per un migliore ambiente nelle RSA

Di conseguenza anche all'interno delle RSA si dovrà porre più attenzione a un modello organizzativo dove l'utente, con gli operatori i parenti e i volontari, è il soggetto protagonista e responsabile del suo processo di riabilitazione o di riattivazione, per cercare di evitare l'inefficacia degli interventi, l'insoddisfazione degli anziani, l'insofferenza degli operatori, lo scontento dei parenti.

Sarà necessario allora provvedere per esempio alla formazione permanente degli operatori che dovrebbero tendere a migliorare il livello qualitativo della vita in una struttura residenziale; a incontri periodici con operatori privati, forze sociali, volontari e familiari ai quali offrire collaborazione costante mettendo a disposizione un referente (tutor); a un comitato degli ospiti e dei parenti che dovrà rappresentare nel modo più ampio le espressioni degli utenti in termini di bisogni, esigenze, richieste, proposte, iniziative... inoltre potrebbe configurarsi, laddove possibile, come strumento idoneo a

"Se
faccio la
brava la
mia
mamma
viene a
trovarmi
? "

Voci raccolte da
allievi dei corsi
regionali ASA
1998/99
nelle RSA della
provincia

favorire la responsabilizzazione degli Ospiti e dei parenti e la loro partecipazione alla gestione della casa di Riposo.

Si potrebbe pensare a una cura particolare nel momento dell'accoglienza, a un forte coinvolgimento delle famiglie degli utenti nelle attività per garantire la continuità dei rapporti, oppure pensare a organizzare anche frequenti rientri in famiglia, e cercare di aprire all'ambiente esterno per favorire la socializzazione e la normale vita di relazione degli utenti.

Tutto ciò vuol dire per la struttura farsi carico non solo dell'assistenza socio - sanitaria ma anche delle problematiche emotivo - psicologiche degli utenti - operatori - parenti - volontari, quindi significa soprattutto aver voglia di migliorare la qualità della vita dell'anziano promuovendo tutti quei servizi utili per mantenere viva e inserita nella società una persona che, dopo aver dato tanto, giunti gli anni della debolezza non deve sentirsi espulsa dalla normale vita quotidiana della comunità.

