

CONVEGNO REGIONALE

«Valori e innovazione per il miglioramento della qualità e della sostenibilità del Sistema sociale e sanitario regionale».

Aula Magna Santa Lucia

29 novembre 2013

Sintesi dell'intervento a nome di SPI-FNP-UILP

di

Rosanna Benazzi

Segretaria Generale della UILP Emilia Romagna

Su questa crisi, ormai, è già stato detto di tutto ed il contrario di tutto. L'unica cosa certa, però, è che essa dura da oltre sei anni ed è certamente la più seria dal dopoguerra continuando a condizionare severamente l'esistenza delle persone, pensionati e anziani in particolare, anche nella nostra regione.

Sviluppo, crescita, coesione sociale e dignità delle persone dovrebbero essere al centro delle priorità del nostro Paese. Ma il problema è di quale welfare, di quale stato sociale possiamo permetterci in un paese che ha un debito pubblico oggi stratosferico? (oltre 2.080 miliardi?)

Come può reagire l'economia di una regione come questa che ha fatto del welfare una scelta politica di qualità?

Non posso sottrarmi dal cercare di inquadrare la nostra realtà nel contesto nazionale, dobbiamo avere il coraggio di esaminarla anche se il sentimento prevalente oggi è l'insicurezza.

Nella legge di stabilità sono state stanziare risorse per alcuni fondi sociali che tuttavia si reputano ancora inadeguate, in particolare per quanto riguarda il Fondo per la non autosufficienza.

Mentre a livello nazionale le forze politiche, che hanno governato in questi ultimi venti anni, non hanno avuto la capacità di emanare una legge per la non autosufficienza, così non è stato nella nostra regione. E' dal 2007 che esiste un fondo dedicato, per anziani e disabili.

E' stata una scelta politica fortemente condivisa dal movimento sindacale regionale unitariamente, e da tutte le associazioni di categoria. Esso si muove nella visione di un diverso ed inclusivo welfare che aveva l'ambizione di anticipare ciò che sarebbe dovuta essere una scelta inevitabile della politica nazionale. Un impegno importante da parte della regione Emilia-Romagna nel momento di quella scelta, ma oggi non più sufficiente, considerato, soprattutto, il progressivo invecchiamento della popolazione: l'allungamento della vita pone l'Italia fra i paesi con la popolazione più anziana nello scenario internazionale, con oltre il 20% (20,13%) di ultra 65enni, la nostra regione raggiunge il 22,5% sui residenti.

Il modello del nostro welfare regionale come può convivere con questa crisi? E' sostenibile? Oppure va cambiato o riorganizzato, razionalizzato in alcune sue parti?

Credo queste siano alcune delle riflessioni che dobbiamo ragionevolmente porci, soprattutto se esaminiamo il costo e la qualità della risposta al problema della non autosufficienza, che nella nostra regione tende a crescere, appunto, poiché si alza l'età media e gli ultra 85/90enni aumentano.

I letti di strutture residenziali, i posti nelle residenze protette, in quelle di alta assistenza, i posti nei centri diurni, nelle residenze temporanee, sono adeguati e sufficientemente complementari alla domiciliarità, (soluzione da privilegiare a nostro avviso, unitamente alle assistenti familiari e “care” familiare)?

Dagli ultimi dati di riferimento ci risulta che i posti letto in strutture a disposizione convenzionati sono diminuiti passando dal 74,8% (del 2011) al 74,2% (del 2012) con liste di attesa in diverse realtà della regione che tendono a crescere, mentre per i posti in strutture semiresidenziali c'è una inversione di tendenza passando dal 47,2% al 53,5%.

Il FRNA così come è impostato ora (circa i 2/3 sono spesi per finanziare la residenzialità), riuscirà a fronteggiare anche le nuove esigenze, i nuovi bisogni comprese le pluripatologie del numero crescente dei «grandi vecchi»? Anche se per quanto riguarda in specifico problema delle demenze senili, con l'apertura dei caffè Alzheimer, e altri centri dedicati, si è iniziato un discreto lavoro per dare delle risposte alle famiglie, ma credo siamo tutti consapevoli che se tutto ciò non sarà supportato da un Piano Nazionale Demenze, con interventi sulla diagnosi precoce, i costi sociali relativi a queste patologie non potranno che aumentare.

Come declinare quindi sostenibilità di stato sociale con riduzione di risorse? Può essere sufficiente una equilibrata razionalizzazione?

Occorre necessariamente una programmazione nazionale dei livelli essenziali delle prestazioni sociali, così pure per la non autosufficienza è indispensabile siano definiti i livelli essenziali dei servizi al fine di evitare le possibili discrezionalità e conseguire omogeneità ed ottimizzazione degli interventi.

Quindi considerato che nessuno di noi pensa che sia possibile ridurre gli interventi dei servizi, dovremo avere chiaro il concetto e portare la discussione su più fronti, dalla ottimizzazione degli interventi (valutazione del costo del lavoro, migliore organizzazione del lavoro, professionalità, disponibilità all'aggiornamento, flessibilità, polifunzionalità per la cura alla persona), alla riduzione degli sprechi. Inoltre dovremo trovare le misure per conseguire questi miglioramenti anche con un confronto ampio con la categoria dei lavoratori attivi del settore socio-sanitario, teso a capire e valutare il costo del personale in rapporto al servizio erogato, alla formazione, alla motivazione, ecc.

Analizzare il nostro welfare come si sta facendo oggi, significa anche dover prendere visione delle incongruenze o delle iniquità presenti in alcuni servizi. Ciò che dobbiamo evitare, ad esempio, è di soddisfare un nuovo servizio nel territorio andando ad accrescere costi o duplicando o sovrapponendo gli stessi servizi, per cui verificare l'appropriatezza dell'intervento anche nel sociale significa razionalizzare ed ottimizzare le risorse.

Noi riteniamo che il ruolo della programmazione distrettuale sia fondamentale perché si possa far fronte alla domanda crescente di bisogni, è necessario che la programmazione territoriale sia resa sostenibile e coerente coinvolgendo in pieno i distretti, (anche il ruolo del sindacato unitario dei pensionati a livello provinciale rendendolo più incisivo e più partecipativo, da parte nostra avrete la massima disponibilità al confronto), e tutto il sistema servizi dovrà nell'insieme divenire più qualificato attraverso:

- a) la garanzia di un sistema di accesso e presa in carico pubblica;
- b) la continuità assistenziale;
- c) l'assistenza domiciliare integrata con i servizi di centro diurno, residenze temporanee, assistenza familiare, "care familiare", ecc.."intervento leggero";

- d) l'individuare servizi che riducano le disuguaglianze di risposte, con un equilibrio tra costi e compartecipazione;
- e) ed infine le residenze, centri diurni.

Le risorse devono essere spostate in buona parte sull'assistenza domiciliare, che per noi è la risposta primaria per l'anziano ancora autosufficiente o parzialmente non autosufficiente, questa scelta consente di conservarlo più a lungo possibile nella propria casa. Ma al tempo stesso l'assistenza domiciliare non può rischiare di tradursi in una risposta socio-sanitaria "povera".

Il problema della sostenibilità è strettamente legato al fattore compartecipazione da parte dell'utenza; un aspetto che non è più eludibile, ma va attentamente adeguato ad una chiara e trasparente conoscenza dei costi, in stretta proporzione al reddito (lo strumento ISEE può aiutare).

Stesso approfondimento dovremmo farlo per il sistema delle ASP che devono candidarsi in concreto ad essere la struttura pubblica che deve governare a livello distrettuale l'intero sistema dei servizi. La rete territoriale oltre alle strutture residenziali per noi dovrebbe vedere rafforzato il ruolo del lavoro pubblico a salvaguardia della qualità del servizio.

Gli alti costi di gestione, la maggiore quantità e qualità di assistenza richiesta, siccome è sempre più alto il bisogno a cui rispondere quando l'anziano entra in struttura oggi e l'allungamento della aspettativa di vita, ci fanno porre la domanda se è ancora sufficiente il 3% (fra l'altro non raggiunto in tutta la realtà regionale) di posti letto in residenze previsto dalla nostra normativa regionale.

I gradi BINA per misurare il case-mix oggi considerato per valutare l'intervento assistenziale sono adeguati o meno? (riflessione necessaria vista la gravità dei non autosufficienti che entrano in residenza: c'è il rischio che per non adeguare le strutture e i costi si scremino i casi complessi, demenze, stati vegetativi, SLA, lasciando sole le famiglie).

L'aumento del fabbisogno assistenziale, dato dalla complessità delle situazioni di fragilità e precarietà di pluripatologie, richiedono a nostro avviso, non solo una rinnovata capacità di programmazione dei servizi nei territori, ma anche più flessibilità negli interventi, più personalizzati e professionalizzati. Le risposte integrate mettendo al primo posto sia l'attenzione ad una domiciliarità accreditata con l'apporto anche dell'assegno di cura (assegno di cura erogato con più linearità al piano assistenziale), sia un più attento utilizzo e una rimodulazione dell'intera rete dei servizi presenti (centro diurno - con flessibilità di orari, ricovero temporaneo- anche solo per fine settimana, telesoccorso, dalla abolizione delle barriere architettoniche nelle abitazioni, appartamenti protetti, partendo da una programmazione che monitorizzi a monte il bisogno dell'anziano).

In questo, l'intervento sociale-assistenziale va collegato in rete alla presenza nel territorio di strutture sanitarie e dovranno dare risposte sempre più integrate, dai nuclei di cure primarie a case della salute, medicina di territorio, di prossimità, di strutture di cura intermedie, e con l'apporto di un ruolo più incisivo del medico di medicina generale. (Ruolo di un professionista da rimotivare, ma che deve diventare il fulcro di questa rivoluzione nel socio-sanitario nel territorio. Oggi il medico di medicina generale è ancora troppo spesso costretto a ricoprire un ruolo oscuro in ambulatorio trasformato spesso in ricettificio).

Ed infine considerando le prospettive di rimodulazione dell'offerta sanitaria e, sempre pensando ad una maggiore integrazione socio-sanitaria, sapendo che la legge 29/94 è stata pensata in un momento nel quale l'integrazione sopra citata non era al centro dell'attenzione e, gli assetti organizzativi non presupponevano ampi contesti di bacini di utenza come le aree vaste (vedi la futura Area Vasta Romagna), sarebbe il caso, che i distretti, luogo specifico dell'integrazione socio sanitaria, acquisissero più rilevanza gestionale.

E' questo il welfare che, pur nel contesto della crisi, SPI, FNP e UILP, consapevoli delle risorse non illimitate, intendono salvaguardare, per il bene dei pensionati (in questa regione ne rappresentiamo oltre 600.000 che sono iscritti alle nostre organizzazioni) e dei cittadini in quanto siamo convinti della sua sostenibilità anche in rapporto ai posti di lavoro che produce. Un aspetto importante quello del lavoro da considerare con attenzione, poiché l'assistenza socio-sanitaria, sia essa erogata sul territorio o in una struttura genera economia e lavoro!

Dovremo impegnarci tutti alla costruzione di un nuovo modello di "Welfare", con risorse finanziarie adeguate ai bisogni sociali, attraverso un sistema integrato di soggetti pubblici e privati, ma che sia garante dell'universalità dell'intervento, per assicurare il benessere sociale delle persone, rafforzando così il concetto di comunità e di coesione sociale. La nostra comunità regionale sarà più sicura e più unita, solo se nessuno e in particolare gli anziani saranno lasciati soli.