

Newsletter dell'Associazione Italiana di Psicogeriatría

Settembre 2009

Care amiche ed amici dell'AIP,

riprendiamo la nostra normale attività dopo la pausa estiva, che molti peraltro non hanno fatto perché impegnati nel servizio clinico-assistenziale.

Svariati impegni ci attendono nei prossimi mesi perché l'AIP non può essere assente dai dibattiti in corso nella società, nel mondo della scienza e della medicina. Il punto centrale in questo momento è -a mio avviso- il collegamento tra l'identificazione di nuove possibilità di cura delle persone anziane con problemi psicogeriatrici e la predisposizione di servizi adeguati perché le cure siano davvero possibili. Dobbiamo essere preparati affinché nei cambiamenti organizzativi (e culturali) che avverranno nei prossimi mesi (vedi, ad esempio, il futuro Patto per la Salute ed il dibattito sul Libro Bianco del ministro Sacconi) venga dato uno spazio adeguato ai bisogni delle persone anziane non autosufficienti. Noi medici rappresentiamo la presenza più avanzata in difesa delle persone fragili: siamo adeguati per questo compito, cioè abbiamo elaborato al nostro interno i contenuti che ci permetteranno di affermare non solo le basi di principio, ma anche quelle concrete per migliorare l'assistenza?

In particolare mi preoccupa la discussione attorno al tema della welfare community come risposta all'attuale crisi dei sistemi di assistenza. Siamo davvero sicuri che il ricorso al privato ed al terzo settore risolve i problemi di un'assistenza oggi molto costosa e spesso inadeguata? L'alternativa rappresenta certamente un'ipotesi seria, anche se è fondata sul presupposto che la società sia sempre in grado di liberare energie e ricchezze umane per fornire un supporto essenziale ai nuovi attori dell'assistenza. In molte zone del nostro Paese questo è possibile, ma non in tutte; non è quindi un'ipotesi valida per ogni area geografica o tipologia della struttura sociale. Affidarsi al privato ed al terzo settore può rappresentare un modello dove l'organizzazione pubblica dei servizi non ha dato buona prova di sé; però questa non può essere assunta come regola generale, perché vi sono zone dove il sistema pubblico di assistenza ha raggiunto ottimi livelli qualitativi. Guai quindi se si procede per affermazioni ideologiche e non si va invece alla ricerca di quello che meglio potrebbe funzionare in una determinata condizione umana, professionale, organizzativa, economica. Il medico che lavora con gli anziani possiede la cultura dell'"assessment", cioè la capacità di "leggere" in modo analitico la condizione del paziente per poi compiere una sintesi operativa. Noi siamo quindi particolarmente adatti a suggerire un metodo di lavoro in grado di identificare i veri bisogni e di indicare le risposte, dopo aver compiuto una sintesi. Non dobbiamo quindi rinunciare a questa metodologia, ma cercare di trasferirla ad altri ambiti più ampi rispetto a quelli del rapporto con il singolo paziente.

Su un versante più tecnico mi preoccupa il dibattito riguardante i servizi per pazienti post-acuti, per evitare che si pensi di risolvere la tematica in termini di risparmio, riducendo qualità, professionalità coinvolte, quantità di personale. Le persone affette da demenza, ad esempio, tra i molto vecchi rappresentano una percentuale rilevante; devono quindi essere assistite dopo un ricovero ospedaliero in ambiti specializzati sia per quanto riguarda gli aspetti riabilitativi (lo stato funzionale è, infatti, spesso più compromesso rispetto al periodo precedente la malattia che ha indotto il ricovero) che quelli legati alle terapie da proseguire, i controlli da eseguire sull'efficacia delle terapie stesse, l'attenzione da dedicare alla polipatologia che può portare a nuovi squilibri.

Ma dove e come si può realizzare questa assistenza?

Il dibattito accanito che in questi giorni si sta sviluppando negli USA attorno al tema della riforma sanitaria rappresenta un esempio di alto livello di come si possa costruire il futuro pur tra forti contrasti, ma sempre avendo la dignità della persona come obiettivo primario. E dignità significa rispetto del bisogno clinico-assistenziale, qualsiasi sia la condizione di compromissione fisica e psichica, ma allo stesso tempo messa in atto di tutti gli strumenti forniti dalla scienza per la cura del singolo cittadino ammalato e l'organizzazione dei servizi.

Marco Trabucchi