

Fondazione "Socialità e Ricerche ONLUS"

**Newsletter n. 6**

Giugno 2011

[www.fondazione-sr.it](http://www.fondazione-sr.it)



**IN QUESTO NUMERO**

- ✓ **Sotto la lente** - *Regionalismo e livelli essenziali di assistenza* di [M.Trabucchi](#)
- ✓ **Lavori in corso** - *Spesa per anziani e crescita economica*  
*La rilevanza dei "Servizi agli anziani non autosufficienti" nell'economia italiana* di [M. Ciaschini](#), [R. Pretaroli](#) e [C.Socci](#)
- ✓ **Novità e segnalazioni – Spazio ai lettori**
  - *Misery details – L'autobiografia nell'elaborazione del lutto: racconto terapeutico o esercizi narrativi?* di [N. Ferrari](#)
  - *Strategie per la fragilità* di [C.Scarcella](#), [F. Podavitte](#), [M.Trabucchi](#)
- ✓ **Il punto di vista** - *Malattia, vecchiezza e povertà: condizione necessaria ma non sufficiente* di [P. Rescigno](#)
- ✓ **Un po' di diritto** - *Il percorso della normativa regionale in tema di continuità assistenziale e di integrazione tra servizi sanitari e servizi sociali* di [M.C. Claudi](#)

**Comitato di redazione della Newsletter:**  
[Carlo Ferri](#) e [Marco Trabucchi](#), [Massimo Oliverio](#) e [Francesca Vanara](#), [Maria Carla Claudi](#) e [Federica Lussiana](#).

**La Fondazione Socialità e Ricerche**

La Fondazione Socialità e Ricerche ONLUS è stata istituita per studiare i problemi connessi con la vita della persona che invecchia.

Oggi si riconosce che la complessità caratterizzante la società post-moderna non permette al singolo programmatore o decisore di stabilire quali siano le opzioni più opportune: è necessario un lavoro di preparazione e di studio che solo una cultura della ricerca e dell'analisi sperimentale può compiere. Il metodo della ricerca sperimentale deve essere improntato al principio di riconoscere la centralità della persona ed al rispetto assoluto per la sua libertà ed autonomia nel ricostruire una dignità vera, anche in condizioni cliniche e psicosociali critiche.

In tale ottica, la Fondazione "Socialità e Ricerche ONLUS" intende stimolare studi e progetti al fine di offrire concrete proposte di lavoro a chi, nei molti ambiti vitali della persona fragile, si preoccupa di costruire ambienti più "normali", dove nessuno sia dimenticato, soprattutto se si trova in condizioni di fragilità, di sofferenza o di non autosufficienza.

[Carlo Ferri](#)  
Presidente  
della Fondazione

[Marco Trabucchi](#)  
Presidente  
Comitato scientifico

## SOTTO LALENTE

### Regionalismo e livelli essenziali di assistenza

di **Marco Trabucchi**, *Presidente del Comitato Scientifico della Fondazione Socialità e Ricerche Onlus; Università di Roma Tor Vergata.*

**C**i voleva una denuncia del Ministero della Salute per riportare all'interesse generale il problema della diseguaglianza tra le regioni rispetto ai servizi forniti ai cittadini. Così tutti hanno saputo che Molise, Abruzzo, Sicilia, Campania, Lazio e Calabria non riescono a fornire i servizi che pure dovrebbero essere garantiti a tutti i cittadini. Inoltre Basilicata, Puglia e Sardegna sono state dichiarate parzialmente inadempienti.

Quali considerazioni si possono trarre da questo dato di fatto, al fine di ipotizzare possibili passi avanti a favore dei cittadini?

Una prima osservazione - e abbastanza sconsolante - è che le persone fragili hanno poca voce e che quindi la mancata risposta ai loro bisogni non trova attenzione nelle sedi del potere. Peraltro non hanno nemmeno ascoltato presso le fonti di informazione, per cui non si viene neppure a sapere quanto sta avvenendo. Così l'opinione pubblica non protesta e la politica non interviene (ben diversa a nostro avviso dovrebbero essere l'ispirazione e l'esercizio di una politica che non avesse bisogno di pressioni quando si tratta di dedicare attenzione alle persone più deboli ed incapaci di difendersi da sole).

Una seconda osservazione porta a considerare che tutte le regioni in qualche

modo inadempienti appartengono al sud (e a parte del centro) del nostro paese. Chi scrive ha una lunga personale storia di impegno per il regionalismo; si sente quindi libero di affrontare la tematica senza attenzione agli aspetti di "correttezza politica". Cosa si dovrebbe fare per modificare seriamente questa situazione, che non mostra segni di autonoma trasformazione nel prossimo futuro?

La coraggiosa scelta dei piani di rientro ha portato a qualche progresso qui e là, ad opera di valenti commissari che si sono spesi per riportare alla norma le situazioni più drammatiche (o altrimenti definibili come scandalose). Ma è illusorio pensare che un intervento di queste dimensioni possa rimettere in ordine non solo i conti, ma soprattutto la produzione di salute in una determinata regione. Continuando su questa strada la situazione tenderà a peggiorare lentamente ma inesorabilmente, con le regioni del nord sempre più in marcia verso standard europei (che talune hanno abbondantemente già raggiunto e superato) e le regioni del sud incapaci di seria programmazione e di porsi obiettivi concreti. Facendo un confronto con le modificazioni degli ultimi tre anni, non vi è alcuna possibilità concreta di raggiungere obiettivi dignitosi nei prossimi dieci (sarei pronto a scusarmi

con politici, amministratori e cittadini di quella regione che smentisse queste precisioni).

Che fare, quindi? Costruire un modello di commissariamento non solo attento ai costi, ma allo sviluppo complessivo della sanità e dell'assistenza di una regione, fornendo allo stesso tempo le risorse necessarie perché i piani possano realizzarsi e le modalità di governo perché i soldi stanziati possono essere spesi in tempi ragionevoli? Questa sospensione del regionalismo in alcune aree sarebbe politicamente accettabile? Forse l'aggravarsi della crisi potrebbe indurre a ripensare temporaneamente ad una sospensione dell'autonomia; ma come conseguenza sorge un altro interrogativo, altrettanto pesante: il governo centrale ha oggi gli strumenti per governare il superamento della crisi? Dispone di una burocrazia in grado di reggere un impegno certamente gravoso sul piano organizzativo, ma anche umano e psicologico? Le regioni che funzionano bene sarebbe disponibili a creare dei ponti sui quali far transitare informazioni, progetti e appoggi sostanziali per la loro realizzazione? Ancora una volta l'interrogativo si ribalta sulla politica: abbiamo la forza come collettività nazionale per atti di generosità sostanziale, lasciando da parte decenni di critiche, di incomprensioni, di rivendicazioni più o meno fondate?

Una terza fonte di preoccupazione - più vicina alle tematiche affrontate da questo bollettino - è il riconoscimento che le aree più a rischio di crisi sono quelle collegate alle malattie croniche e all'assistenza all'anziano. Infatti l'assistenza ospedaliera ha una propria autonomia che è diffici-

le porre sotto controllo, così come è molto difficile verificare l'appropriatezza degli atti compiuti nel corso dei ricoveri. L'attenzione (e i tagli) quindi si concentrano soprattutto su tutta l'area dell'assistenza territoriale ed a lungo termine, che va dalle attività riabilitative (in regime di ricovero e non, alla residenzialità in tutti i suoi livelli di intensità clinica, all'assistenza domiciliare ed ai servizi ad essa connessi). Si tratta in effetti il più delle volte di servizi che possono essere ridotti o aboliti senza un'eccessiva visibilità e senza che le proteste dei cittadini siano troppo forti (oppure che vengano ascoltate).

Come si può intervenire, allora? E' necessario prima di tutto non essere dominati dal fatalismo e dalla rinuncia a difendere gli interessi dei più deboli. Il pensare che una parte rilevante dell'Italia non è in grado di fornire servizi adeguati dovrebbe stimolare ogni persona di buona volontà. Ma realisticamente ritengo che anche in questo caso le persone più disponibili al coinvolgimento sono quelle - come la gran parte dei lettori di questa newsletter - che ogni giorno si confrontano con le difficoltà di garantire agli ammalati e alle famiglie servizi decenti, che diano loro la sensazione di non essere dimenticati dalla collettività. Questo sentire sarebbe anche un mezzo per dare ai cittadini delle regioni meno fortunate un messaggio di solidarietà sostanziale e l'impressione di una cittadinanza credibile. E' un obiettivo che merita da parte di tutti (compresa la politica) di operare anche superando i condizionamenti di parte, le "correttezze" politiche e le oggettive difficoltà che lo scenario ci pone davanti.

## LAVORI IN CORSO – Spesa per anziani e crescita economica

Nella presente Newsletter sono riportati, in forma sintetica, i risultati di base ottenuti nella ricerca promossa dalla Fondazione Socialità e Ricerche Onlus.

*Si rimanda alle Newsletter precedenti per un'illustrazione del metodo adottato.*

Per la riuscita complessiva del progetto e per dare maggiore visibilità, peso ed utilità pratica alla ricerca, riteniamo indispensabile la partecipazione di altri soggetti che vogliano condividere l'iniziativa e restiamo in attesa di *ricevere commenti e riflessioni* utili al dibattito.

### La rilevanza dei “ Servizi agli anziani non autosufficienti” nell'economia italiana

di **Maurizio Ciaschini, Rosita Pretaroli e Claudio Socci**

*Dipartimento di Studi sullo Sviluppo Economico - Università di Macerata*

**E**liminando dall'economia italiana i “Servizi agli anziani non autosufficienti” (così come definiti e quantificati nelle Newsletter precedenti e ricordando i limiti insiti nei flussi informativi), solo come esercizio teorico<sup>1</sup>, il PIL, per l'effetto sia diretto che indiretto che indotto<sup>2</sup>, risulterebbe inferiore del 5% circa, con una perdita importante di posti di lavoro sia nel settore “Servizi agli anziani non autosufficienti” che in altri settori.

In termini assoluti, il Pil attivato dai “Servizi agli anziani non autosufficienti” nel 2003 complessivamente è stato di 67.846 milioni di euro.

Nota 1: Considerare isolatamente la domanda finale di un settore risulta estremamente irrealistico e il risultato che ne deriva può essere oggetto di forti critiche in virtù del fatto che molto difficilmente la situazione economica reale registrerà effettivamente questa struttura.

Le produzioni dei settori “Prodotti energetici”, “Alimentari, Prodotti Chimici”, “Agricoltura, zootecnia, pesca”, “Servizi pubblici” e “Tessile e Abbigliamento” vedrebbero il proprio volume d'affari ridotto rispettivamente del 6,36%, 6,06%, 5,54%, 5,42%, 5,36% e 5,16%.

Eliminando solo uno dei tre comparti considerati nella ricerca della spesa per anziani non autosufficienti (v. Newsletter precedenti) si avrebbe una riduzione del PIL rispettivamente del:

- 2,39% dovuto all'effetto complessivo della “Spesa per Assistenza Residenziale Market”;

Nota 2: L'analisi è condotta attraverso l'uso della SAM italiana per il 2003, quindi ed è di carattere generale a differenza di quelle parziali condotte attraverso le sole Tavole Economiche Intersectoriali.

- 0,62% dovuto all'effetto complessivo della "Spesa per Assistenza Domiciliare Integrata";
- 2,09% dovuto all'effetto complessivo della "Spesa per Assistenza Residenziale Non Market".

La produzione attivata risulta concentrata per 7.526 milioni di euro nel settore "Ser-

vizi agli anziani non autosufficienti", parte di tale produzione è costituita dal valore aggiunto che risulta 5.797 milioni di euro.

Gli altri settori a maggiore attivazione, in termini assoluti, risulterebbero "Commercio", per un ammontare di 19.709 milioni di euro e "Servizi Privati" per un ammontare di 18.298 milioni di euro.

## **NOVITA' E SEGNALAZIONI – SPAZIO AI LETTORI**

Questo spazio è dedicato a fornire informazioni sulle novità e sugli studi, a livello nazionale ed internazionale, sulle problematiche di diversa natura riguardanti gli anziani e, in generale, i soggetti che versano in stato di svantaggio, materiale, fisico e psicologico.

Nella presente sezione vengono anche pubblicati materiali e proposte sulle problematiche predette forniti da chi intende collaborare alla nostra iniziativa.

### **Misery details – L'autobiografia nell'elaborazione del lutto: racconto terapeutico o esercizi narrativi?**

*di Nicola Ferrari, Associazione Maria Bianchi - Sostegno psicologico gratuito alle persone in lutto*

*"Pure autobiografie sono dettate: o da malati di nervi, sempre confinati al loro Io, e ad essi appartiene Rousseau; o da un prepotente egocentrismo, artistico o avventuroso, come quello di Benvenuto Cellini; o da storici nati, semplice oggetto a se medesimi di storiografia; o da donne, che civettano colla posterità; o da animi previdenti, che prima di morire vorrebbero mettere in ordine il più piccolo atomo di polvere e non possono congedarsi dal mondo senza dare spiegazioni sopra se medesimi; oppure esse non sono altro che arringhe di difesa davanti al pubblico.*

*Una numerosa classe di autobiografi è formata dagli autopsi (descrittori di se stessi)."*  
**Friedrich Schlegel**

I racconti autobiografici delle esperienze dolorose della vita riempiono da anni gli scaffali delle librerie, molte case editrici pubblicano stagione dopo stagione numerosi di questi libri e la tendenza è in continua espansione. Queste narrazioni di sofferenze vissute dall'autore (*miseria reports*) non sono però espressioni riconducibili esclusivamente ad un'esigenza (per alcuni una moda) letteraria. La questione è più ampia e complessa e si manifesta compiutamente nell'approccio narrativo, una metodologia relazionale caratterizzata dal racconto dettagliato della propria esperienza di sofferenza da condividere con una o altre persone. Tipico è l'utilizzo di questo approccio nei gruppi di auto mutuo-aiuto, in alcune modalità di conduzione dei colloqui non clinici, oltre naturalmente alla scrittura personale.

L'importanza e la positività insite nel raccontare a se stessi e/o ad altri le difficoltà della vita sono innegabili, al punto che da tempo ormai si utilizza il concetto di '*medicina narrativa*' come risorsa nel rapporto medico-paziente, a testimonianza dell'indubbia efficacia.

L'argomento presenta molteplici aspetti e non può ridursi semplicemente, come spesso accade, alla glorificazione di questa modalità e all'esaltazione dei vantaggi per chi ne è l'autore e per chi la condivide. Da anni, nella mia attività di formatore per operatori professionali e volontari che si occupano di supporto psicologico a persone in lutto, uso l'approccio narrativo e ne vivo in maniera costante gli evidenti

benefici; non solo: a livello associativo<sup>1</sup> l'autobiografia è una parte consistente del nostro lavoro e si traduce in un concorso nazionale per testi inediti, la pubblicazione di libri, l'inserimento di storie nel sito oltre ad un servizio di sostegno a distanza tramite un rapporto epistolare di mail/lettere postali<sup>2</sup>.

Ma tutto questo non mi impedisce di scorgerne i limiti e i rischi.

Nel libro '*Medicina e letteratura*' a cura di Sandro Spinsanti, Franco Toscani<sup>3</sup> in un intrigante articolo<sup>4</sup> ha analizzato le insufficienze dei *miseria reports*:

- 'racconti faticosi, cronacistici, angoscianti, grevi, melensi, narcisistici, retorici, insomma illeggibili'
- frutto di 'sadismo editoriale'
- 'evocano nel lettore il samaritano che è in tutti noi, non lo stimolano a sporcarsi le mani, reclamano commozione e fratellanza'
- 'non servono per imparare. Ogni esperienza è unica, ogni contesto ospedaliero o simile è diverso'
- 'sono in realtà romanzi, fiction: non è vita vera perché ci sono scelte di cosa scrivere', sono frutto di 'semplificazione, esaltazione dei personaggi', vengono 'tolti alcuni passaggi... non è la realtà'.

Insomma, come scrive Toscani, giocando sul titolo di un famoso film (non a caso

<sup>1</sup> Associazione Maria Bianchi, sostegno psicologico gratuito alle persone in lutto

<sup>2</sup> In questo specifico caso l'autobiografia è inserita in un contesto di scambio tra operatore e utente.

<sup>3</sup> Medico anestesista, esperto in cure palliative, Direttore Scientifico della Fondazione Lino Maestroni, Cremona.

<sup>4</sup> '*Misery deve morire*', pag. 249.

centrato sulla storia di un mediocre scrittore di romanzi gialli di massa che decide di scrivere un testo 'serio' uccidendo l'eroina dei suoi libri), 'Misery deve morire'.

E' meglio allora utilizzare buona letteratura, leggere esperti autori di romanzi che, con i loro personaggi e storie inventate, offrono chiavi interpretative della realtà, e in questo caso dei vissuti di dolore, molto più intense, affascinanti, riflessive e per molti versi educative del 99% delle esperienze personali. Si tratta di una conclusione (o una provocazione) forse eccessiva ma certo, leggendo ad esempio i racconti di Raymond Carver<sup>5</sup>, le lettere di Emily Dickinson<sup>6</sup> o alcuni famosissimi romanzi, come minimo non può che sorgere il dubbio. Se però allarghiamo la riflessione non solo al valore letterario/educativo dei testi autobiografici ma appunto alla più eterogenea e complicata questione dell'approccio narrativo, allora è necessario aggiungere ulteriori analisi perché il tema, in Italia da vari anni in espansione esponenziale, è di assoluta portata.

Innanzitutto il soggetto che scrive o racconta a voce. Quali benefici e svantaggi ottiene? Appare spesso, dopo una prima fase caratterizzata da aumento del dolore esistenziale legato al flashback, la diminuzione del senso di angoscia, oppres-

sione e solitudine che il raccontare determina. Ci si sente 'alleggeriti' interiormente, si riesce a respirare come non accadeva da tempo, non di rado ritorna un po' di appetito e diminuiscono i problemi legati al sonno. Poter raccontare di se stessi, della malattia o problema che si sta affrontando è di certo un aiuto e un'utile esperienza. Ciò che conta, nello specifico del vissuto di lutto, è:

- il ricordo della perdita avvenuta: il momento del decesso, il tempo immediatamente precedente e seguente, i riti successivi, la personalità del defunto, il rapporto che ho avuto con lui, il suo lascito in me;
- il lavoro, solo apparentemente formale, di trovare le 'parole giuste' per esprimere tutto ciò che ricordo, sento e penso. 'Giuste' non nel senso di stilisticamente eleganti o originali ma corrispondenti a tutto quello che vive nella mia memoria e nel mio cuore.

In questa ricerca di un collegamento tra il vissuto interiore e le parole pronunciate/frasi scritte che riescano ad esprimerlo, risiede il valore dell'autobiografia nel lutto. È la capacità, cercando la *forma buona*, di creare una separazione tra l'io e l'esperienza di perdita che permette un inizio di differenziazione interiore tra quello che mi sta accadendo e la possibilità di affrontarlo.

D'altro canto esistono dei limiti in questo processo che vari autori interpretano come auto-curativo. Manca innanzitutto un punto di vista altro: le dinamiche legate alla perdita di un mio caro sono sempre e solo quelle che io riesco ad attivare. Non ho alternative, occasioni diverse di interpretazioni, spunti altri di approfondimento,

<sup>5</sup> 'Una cosa piccola ma buona', da 'Principianti', Raymond Carver, Einaudi 2009. La versione di questo racconto è da preferire a quelle uscite in altri libri perché ripropone il testo com'era stato originariamente scritto da Carver, senza quei tagli e aggiunte che il suo editore Gordon Lish fece prima di darlo alle stampe.

<sup>6</sup> Lettere 1845-1866, Emily Dickinson, a cura di Barbara Lanati, Einaudi 2010.

manca insomma un qualsiasi tipo di feedback. Se la persona in lutto è fondamentalmente una persona in crisi, cioè vive una situazione nella quale non riesce a trovare una via per uscirne, è chiaro che avere a che fare solo con se stessi e i propri prodotti emotivo-cognitivo-esperienziali non aggiunge tanto<sup>7</sup>. Certo, non si può sottostimare il valore dell'autoanalisi, dell'approfondimento personale di ciò che mi sta accadendo dentro a livello di emozioni e pensieri ma nel nostro caso abbiamo a che fare con chi sta vivendo la perdita e quindi si trova in confusione esistenziale, dominato dal senso di vuoto e abbandono, spesso con sensi di colpa, rabbia nei confronti del defunto, crisi progettuali e tutta una serie di dinamiche che ognuno ben conosce. Un individuo sereno, lucido, riflessivo ha ottime possibilità di trarre grande beneficio dalla sua autobiografia. Diverso, molto diverso, per chi invece non lo è.

Anzi, può essere addirittura controproducente e aumentare il disagio continuare a ricordare-rivivere-risentire, durante l'atto di scrittura, i momenti così difficili relativi alla perdita subita.

E poi i ricordi: censure, omissioni, tagli, sono aspetti assolutamente comuni e altrettanto comprensibili. Da soli, di fronte ad una tastiera o ad un foglio bianco, probabilmente nella casa dove si è vissuti con chi ora non c'è più, immersi a ripensare il defunto, in un contesto complessi-

vo di intensa fragilità emotiva: come può tutto questo non incidere nella scrittura e condizionare quali memorie scrivere, quali rievocazioni trasformare in frasi e racconti? La stessa oggettività dei ricordi è sovente debole: fantasmi e sogni riempiono i racconti autobiografici. Certo, ciò che conta non è il dato oggettivo fine a se stesso ma come viene interpretato e rivissuto dall'autobiografo ma non dobbiamo dimenticarci che siamo in un contesto di intensa alterazione della vita. Quale alternativa può rivelarsi ad una persona in lutto per cercare di stare meglio, per modificare la vita se ripercorre quelle stesse pene che sono causa del suo dolore? Tanto dipende dal punto di vista che si sceglie nel raccontarsi: è chiaro quindi che dall'arbitrarietà di questa scelta discende il rischio di resoconti settari, tendenziosi, non obiettivi. Dovrebbe invece crearsi 'una specie di armonia tra l'esperienza esterna e l'evoluzione interna, tra gli eventi della vita e la loro assimilazione spirituale, sì che ogni circostanza ed ogni evento divengano parte di un processo e di una rivelazione di qualcosa all'interno della personalità, invece di apparire come fatti estranei'<sup>8</sup> Ogni autobiografia è ovviamente il riflesso del suo artefice: ma quando l'autore stesso soffre, è turbato ed in ansia, diventa complicato trarre effettivi benefici da questa scrittura o racconto orale, a parte quelli che si nominavano precedentemente.

Perché i ricordi-chiave nel lutto possano formare un racconto autobiografico tera-

---

<sup>7</sup> Nei gruppi di auto mutuo-aiuto sono certamente presenti numerosi scambi di riflessioni ma provengono tutti da persone in situazione di smarrimento esistenziale di diverso livello: spesso sono quindi interventi sui quali il facilitatore deve intervenire per mediare, arricchire, far emergere alcuni aspetti a scapito di altri...

---

<sup>8</sup> 'Teorie moderne dell'autobiografia', a cura di Bartolo Anglani, 1996, Edizioni Graphis, pag 24

peutico (scritto e/o orale) è necessario allora che siano:

- reali, non nel senso di avvenimenti oggettivamente accaduti ma di eventi passati che hanno senso nel presente per l'autore
- attivi, in grado cioè di accordarsi e prendere forma per dare valore ad una storia che si sta ricostruendo
- efficaci, cioè stilisticamente scritti in una forma che traduce con utilità, per il biografo, la storia vissuta.

Ma l'autobiografia è una modalità che, sperimentata quando si soffre, è dominata dall'ansia e dall'autoinganno e la possibilità di utilizzare ricordi reali/attivi/efficaci di un proprio caro deceduto diventa alquanto improbabile. Ciò che alla fine importa invece è la capacità di riscrivere narrazioni secondo nuove linee interpretative che però con grande difficoltà riescono ad imporsi all'autore: l'attività autobiografica infatti si concentra tutta intorno all'io, al desiderio di scandagliare, di analizzare, di risolvere un processo elaborativo di assoluta fatica e pena. E quando l'io soffre, tutto il processo autobiografico ne risente. Ma non solo: viene a mancare lo stimolo alla dimensione sociale del lutto, alla possibilità cioè di aprirsi al mondo esterno come rifugio e risorsa nel periodo di sofferenza. Se la perdita si elabora anche attraverso il divenire del dolore, quando da questione privata si apre ad una dimensione sociale e comunicabile, è l'autobiografia ad eliminare a priori questo passaggio, ad esclusione dei casi nei quali viene poi divulgata (ma se si tratta di libri veri e propri, i tempi che intercorrono tra l'evento luttuoso e la disponibilità del testo edito sono sovente

troppo lunghi per portare poi benefici reali durante la fase di diffusione e confronto con l'esterno).

C'è poi l'interessantissima questione della costruzione della narrazione come vero significato e valore delle scritture autobiografiche: "in fin dei conti ciò che importa non è se la narrazione si riferisca al mondo reale o se venga raccontata 'come se' fosse realmente accaduta, perché il presupposto ideologico rimane lo stesso. Ciò che conta è la costruzione della narrazione, giacché i dati possano venir 'resi' fattuali, possano essere sistemati in una forma fattuale (come nel romanzo realistico), dandoci l'apparenza di una simile conformità al vero. Una sequenza di eventi che sia verosimile non è diversa da una sequenza che si verifichi realmente: nell'analisi conclusiva entrambe le sequenze vengono prodotte da una consapevolezza profonda nella sua comprensione del mondo materiale."<sup>9</sup> Questo vale anche nel lutto: non importa, entro ragionevoli limiti, ciò che è realmente successo dopo la morte ma come è stato vissuto dal soggetto. Il problema sta nella ricostruzione scritta del vissuto soggettivo e situazione analoga si presenta durante i colloqui o nei gruppi di auto mutuo-aiuto dove la ricomposizione è orale. Per approfittare del valore dell'autobiografia devo "tradurre i movimenti incoerenti della vita nelle scansioni regolari del racconto"<sup>10</sup>; si tratta di sequenze e concatenazioni, fondamentali per dare ordine e priorità alle mie devastazioni interiori: "il programma di recupero deve essere guidato

---

<sup>9</sup> Ibidem, pag. 118

<sup>10</sup> Ibidem, pag 125

da criteri di pertinenza, da una specie di 'teoria' sui modi in cui i fatti isolati di una vita riescono a trovare la propria coerenza. Questa teoria (o trama narrativa) non tanto seleziona i cosiddetti fatti, ma piuttosto li crea ed in seguito li organizza. I 'fatti' si potrebbe dire sono in parte creati, in parte trovati."<sup>11</sup> La condizione esistenziale dell'autobiografo in lutto è tale da rendere altamente improbabile la possibilità di creare da solo questa trama (è proprio la mancanza di pertinenza, coerenza e senso sui fatti avvenuti a mettere in crisi il soggetto).

Non si tratta però solo di successioni e interdipendenze: creare un racconto che abbia valore terapeutico per l'autore e non esercizi narrativi di esperienze funeste, implica saper utilizzare il linguaggio per la costruzione del testo/ricostruzione del vissuto. E' indispensabile la capacità di avvalersi della lingua scritta/orale, come sottolineavo all'inizio riferendomi alla 'forma buona', di usare consapevoli convenzioni letterarie che traducano movimenti interiori, intuizioni etiche, ipotesi socio-comportamentali. Nulla importa dell'abilità stilistica fine a se stessa, non serve essere autori professionisti, avvezzi da anni alla scrittura o fini oratori: ho letto decine di splendidi racconti autobiografici nel lutto chiaramente redatti da chi ha una conoscenza semplice della lingua italiana scritta. Ma conta assolutamente la capacità di traduzione formale di ciò che mi angoscia cuore, anima e mente: e questa capacità prevede una competenza tecnica che non può essere minima. Semplice ma non minima. Perché quando

questo accade, e sono centinaia le autobiografie così costruite, il racconto diventa pura cronaca, la capacità di riflessione è imbarazzante, la retorica e banalità hanno il sopravvento. Perde, o almeno diminuisce assai, il valore di questa operazione per lo stesso autore che si ritrova ad avere tanto pianto e sofferto scrivendo/ricordando, con varie memorie ora certamente fissate sulla carta e quindi cancellate dal rischio dell'oblio ma, alla fin fine, nulla più.

L'autobiografia nel lutto quindi come possibilità non per tanti e a condizione che il processo elaborativo di ricostruzione esistenziale sia già in fase avanzata o comunque tale da permettere una prima, anche limitata ma presente separazione e distanza tra la persona e l'evento drammatico. Che fare allora per oltrepassare questi confini? Quando riceviamo i racconti di chi sta vivendo un dramma personale per la morte di un proprio caro, nella fase caratterizzata dalla presentazione più o meno dettagliata di ciò che è successo, la persona spontaneamente spiega il dolore che sta vivendo. O almeno crede che di questo si tratti. Perché le parole sono poche e banali, le frasi brevi e scontate, le emozioni e i concetti ripetuti più volte. Non si tratta di incapacità ad accedere agli aspetti più profondi e caratteristici di se stessi (eccetto situazioni di lutto bloccato o traumatico) ma della mancanza di strumenti per esprimerli. E ciò che non si comunica, non diviene. È questo il motivo per cui si rivela necessario e urgente introdurre la 'narrazione guidata': una modalità che si inserisce pienamente all'interno della metodologia autobiografica, arricchendola con gli sti-

---

<sup>11</sup> Ibidem, pag 161

moli che di volta in volta vengono offerti alla persona in lutto e che, in una costruzione dialogica di significati tra le persone coinvolte (autore del testo e lettore che dialoga con l'autore), si vengono reciprocamente ad attivare. Si creano così una serie di elaborazioni e ricostruzioni condivise dell'evento traumatico, in maniera del tutto dettagliata e relativa alle conseguenze interiori, spirituali, cognitivi e sociali della perdita subita.

Come associazione stiamo lavorando da anni per verificare sul campo e dettagliare metodologicamente questa nuova modali-

tà narrativa da usare nella scrittura, nei gruppi ama e nei colloqui: al punto in cui siamo ora ci sembra di disporre di una serie di esperienze vissute e riflessioni sul metodo tali da poter offrire pubblicamente questo apporto per arricchirlo di riflessioni, critiche e stimoli di chiunque ne fosse interessato. Ed è quello che faremo presto.

*Per saperne di più [www.mariabianchi.it](http://www.mariabianchi.it)*

§ § §

*Segnaliamo il volume recentemente edito dalla Maggioli nella Collana Sociale & Sanità, i cui contenuti sono sintetizzati nelle seguenti parole degli Autori.*

### **Strategie per la fragilità**

di **Carmelo Scarcella \***, **Fausta Podavitte \*\***, **Marco Trabucchi \*\*\***

\* Carmelo Scarcella - Direttore Generale, ASL Brescia

\*\* Fausta Podavitte - Direttore Dipartimento ASSI, ASL Brescia

\*\*\* Marco Trabucchi - Gruppo di Ricerca Geriatrica, Brescia; Presidente Comitato scientifico della Fondazione Socialità e Ricerche Onlus

**I**l titolo del volume contiene due vocaboli fondamentali: *strategia e fragilità* per sottolineare due aspetti oggi in primo piano, meritevoli di attenzione e delineanti gli scenari del prossimo futuro.

La *fragilità* caratterizza un numero sempre più ampio di persone che, per età, condizione di autosufficienza, patologie, stato sociale, richiedono un corretto approccio clinico/gestionale/assistenziale al

singolo individuo ed alla sua famiglia, ma anche di costruire servizi sanitari/socio sanitari e sociali in grado di reggere la forte pressione sul sistema di welfare.

Il paziente fragile presenta un numero elevato di bisogni, oltre che di varia tipologia, anche contestuali e richiede rapidità di intervento, una visione e valutazione globale del suo quadro, oltre che prognostica circa il suo prossimo futuro.

Il termine “fragile” ha la positività di ricomprendere tipologie di pazienti variegata per età, oltre che per quadro generale, tutte accomunate da condizioni di disabilità invalidanti, che rendono precaria e meritevole di attenzione e monitoraggio la loro situazione. Il libro allarga pertanto la visuale oltre gli anziani, verso i malati particolarmente complessi oggi gestibili anche in ambiente domestico. I primi rimangono però per numero il gruppo più significativo di persone fragili, condizione determinata anche dall'età.

L'altro termine che compone il titolo, *strategie*, rimanda ad una particolare modalità del farsi carico delle fragilità; di fatto gestirle è compito di tutti gli addetti ai lavori, il rischio diffuso è l'episodicità ed improvvisazione degli interventi od azioni che, seppur corrette sul singolo, risultano avulse dal contesto generale.

“Strategie” rimanda inoltre alla piena assunzione di responsabilità nel definire piani di azione a medio/lungo termine per pianificare, attivare e coordinare azioni tese a raggiungere uno scopo ben preciso e predeterminato.

Adottare strategie organizzative significa assumersi piena responsabilità di obiettivi, processi ed esiti, ciò presuppone di superare i due rischi più frequenti e pericolosi:

- fermarsi all'improvvisazione, indipendentemente dalle regole del sistema, che di per sé è parte fondante della creatività, ma lasciata sola in ambito organizzativo genera episodicità, mancanza di processi che permettano la riproducibilità di azioni valide, delega di responsabilità al singolo operatore, mancanza di visioni del futuro,

poca attenzione alla verifica ed al controllo;

- applicare viceversa pedissequamente le norme nazionali e regionali senza interpretarle e contestualizzarle per valorizzarne gli esiti nel territorio di competenza.

Vale la pena un accenno a quanto sta avvenendo in ambito medico nella ricerca di correlazione fra evidence based medicine e medicina narrativa, per dare risposte alla molteplicità degli aspetti caratterizzanti l'essere umano. La evidence based medicine ha segnato un pezzo fondamentale della sua storia, alla ricerca di metodo e strumenti di misurazione, basandosi sull'oggettività e validazione dei processi clinico-terapeutici. Oggi attraverso la medicina narrativa si cerca risposta al forte bisogno di prestare attenzione anche alla relazione con il paziente, altrettanto fondamentale, essenziale, nei processi di cura ed assistenza. Anche il mondo dell'organizzazione ha necessità di ricorrere a “strategie dell'evidenza” per usare un'analogia, per dimostrare gli esiti di scelte che richiedono coraggio, responsabilità, attenzione, lungimiranza, competenza; non si deve però scordare la risorsa base essenziale alla riuscita dei processi, gli operatori. La partecipazione intellettuale ed emotiva al lavoro è ingrediente fondamentale ed imprescindibile per il successo di qualunque strategia organizzativa. Costruire mediazioni, gestire la complessità senza banalizzarla, sono altri elementi che danno vita ad un insieme di realizzazioni su cui è possibile confrontarsi. Le tre dimensioni temporali in cui operiamo si caratterizzano per un passato come fonte di conoscenze, espe-

rienze, in cui ricercare conferme, sicurezze, motivazioni, per un presente quale unica dimensione in cui possiamo apportare cambiamenti, con lo sguardo però già rivolto verso il domani cui tendere, onde evitare miopie con forte ricaduta sull'organizzazione. Nelle responsabilità organizzative rientrano la garanzia di competenza, trasparenza e pertanto equità, rispettando la centralità della sofferenza di chi è in condizione di fragilità.

Il volume oggetto di attenzione nasce da una storia ultradecennale dell'ASL di Brescia di costruzione di strategie, processi, modelli, strumenti di lavoro, cultura, attenzione agli operatori appositamente formati, inizialmente per anziani compromessi nell'autonomia e via via per le persone fragili di qualunque età. Già nel 1999, anno di avvio di una lunga storia di lavoro, la caratterizzazione che ha permesso di sopravvivere agli eventi ed all'evoluzione del modello organizzativo è stata la filosofia guida del lungo cammino ancora in atto.

Alcuni degli elementi chiave del modello sono: un'accoglienza della richiesta organizzata, funzione assegnata a personale ad hoc formato per una valutazione e gestione multidimensionale, strumenti di lavoro comuni a tutti gli operatori del settore, supportati nella costruzione di un'identità di area, scale di valutazione validate, formazione degli operatori, esiti misurabili, sistema informativo implementato quotidianamente grazie al fascicolo multidimensionale utente in uso in tutta l'area di lavoro.

Celerità, professionalità, semplificazione, accompagnamento sono altri punti cardine del sistema. Al centro si trova un mo-

dello flessibile, modificabile, implementabile, che non perde mai la sua identità grazie alla filosofia guida, capace di integrare ed assimilare nuove regole e processi, evolvendo continuamente.

Il libro affronta e presenta dati di attività riguardanti, oltre gli anziani, anche i malati di qualunque età, che, per patologia e conseguente disabilità, non sono più in grado di condurre in autonomia la loro esistenza in quanto compromessi nelle abilità funzionali e/o nelle capacità cognitive e necessitano di servizi di varia intensità e tipologia. L'elaborazione dei dati, fondamentale per la lettura degli esiti e dei bisogni, ha fornito utili elementi per verificare, sviluppare, estendere ed incrementare servizi. La banca dati è risultata supporto fondamentale nella programmazione, definizione di percorsi, verifica dell'attività, ma anche nell'ideazione di sperimentazioni che portano al sistema nuovi approcci, servizi ecc.

Le analisi comparative, i continui studi longitudinali sono stati in tutti questi anni l'asse portante dell'organizzazione stessa, fornendo a chi ha la responsabilità di "governare" un'ampia gamma di argomenti di riflessione e di confronto, così da essere stimolo ed aiuto per la definizione delle linee organizzative-gestionali del futuro.

Si deve tempestivamente essere in grado di modificare la rotta intrapresa, rendendola compatibile ed in linea con l'evolvere rapido del quadro clinico dei pazienti, in risposta all'evoluzione della medicina, ma in particolare dei bisogni, sia sanitari che psicologici e familiari, del contesto sociale in tutte le sue aree, fra le quali anche quella di compatibilità economica del si-

stema. Responsabilità è richiesta anche nel garantire un livello dignitoso di protezione attraverso i servizi della rete, pur a fronte di risorse limitate ed in fase di significativa riduzione.

Nel volume si è voluto riflettere sull'attività sinora svolta "narrandola" e confermandola attraverso dati di attività che dimostrano realtà ed attendibilità dei modelli aggiornati.

I temi trattati nel libro prendono in esame le aree più significative della fragilità: le strategie organizzative aziendali sono accompagnate da dati demografici ed epidemiologici relativi alle malattie croniche, per dedicare il resto del volume ai pazienti fragili.

Fra i temi si ricordano la casa come luogo delle cure ed una domiciliarità sostenibile, che viene delineata nel modello organizzativo confortato dai dati di attività, confrontati con quelli relativi alla residenzialità dell'anziano. Sono le RSA infatti le strutture della rete a cui viene dedicato spazio, alla luce del numero assai elevato di ospiti anziani che vengono accolti ogni anno.

Un accenno viene fatto anche ad iniziative rivolte al sostegno dei caregiver familiari, altro tema attuale di grande valore per la sostenibilità del sistema assistenziale.

## **IL PUNTO DI VISTA ...**

Pubblichiamo il commento critico del **prof. Pietro Rescigno**, professore emerito di diritto civile dell'Università La Sapienza di Roma (socio nazionale dell'Accademia dei Lincei e componente del Comitato Nazionale di Bioetica dal 1990 al 2005), su una recente e discutibile sentenza della Cassazione Civile, Sez. Lavoro, 17.6.2010, n. 14642 (comparso nel quarto fascicolo del 2011 di 'Giurisprudenza italiana').

*La sentenza afferma che la valutazione positiva ottenuta dall'UVG per il ricovero in una RSA è condizione necessaria per acquisire il diritto a percepire il contributo, ma non sufficiente, rimanendo quest'ultimo subordinato alle disponibilità di bilancio.*

## Malattia, vecchiezza e povertà: condizione necessaria ma non sufficiente

**M**erita di essere segnalata una sentenza recente della nostra Cassazione, Sezione Lavoro (17 giugno 2010, n.14642). La lettura critica non ha carattere tecnico, poiché il Collegio non era chiamato a risolvere delicate questioni giuridiche e non è incorso in errori nell'applicazione della legge o in una incoerente motivazione. Con un'antiquata terminologia potrebbe perciò parlarsi di un'annotazione 'di costume', con la parola intendendo riflettere sulla realtà politico-sociale del nostro paese rispecchiata nella decisione.

Una donna ultraottantenne, affetta da Alzheimer e in condizione di grave disagio economico, fa valere la pretesa al contributo regionale per il ricovero in una residenza sanitaria assistita; ha ottenuto il parere positivo dell'Unità di valutazione geriatrica ed è stata inserita nell'elenco dei beneficiari, anche per l'impossibilità di ottenere un sostegno economico dai familiari (da una risalente giurisprudenza individuati nella larga cerchia dei soggetti su cui grava l'obbligo degli alimenti).

La pronuncia risponde in primo luogo ad un quesito che rivela come il sistema, a fronte dei problemi della materiale esistenza delle persone e della sopravvivenza di vecchi malati, reagisca con giochi di parole con cui si diletta una distratta burocrazia: il contributo regionale al ricovero della povera donna è prestazione sanitaria a rilevanza sociale – qualifica assistita da un maggior grado di tutela – o è prestazione sociale a rilevanza sanitaria,

classificazione che vale a relegarla su un più basso gradino?

Il tutore dell'aspirante al ricovero aveva configurato la pretesa come un diritto 'assoluto' che nasce con il positivo parere dell'unità di valutazione geriatrica. Sulla denominazione come 'assoluto' del diritto al contributo della Regione la S.C. si astiene dall'esprimersi, ma sembra condividere l'idea che si tratti di una pretesa 'giustiziabile', per usare un altro inelegante vocabolo del gergo dei giuristi.

Ma all'esercizio viene in concreto opposto, dai giudici di merito e di legittimità, un ostacolo insuperabile: la favorevole valutazione tecnica dell'autorità amministrativa – e cioè l'accertamento che la persona è irreversibilmente malata, vecchia e indigente – è condizione necessaria ma non sufficiente; la donna avrebbe potuto chiedere il 'platonico' riconoscimento del diritto se fosse stata esclusa dalla 'lista di attesa' o se il contributo fosse stato elargito a soggetto collocato più in basso nella graduatoria; ma ogni aspettativa è preclusa dalla mancanza dell'altra condizione – espressa o implicita in ogni promessa e impegno dei pubblici poteri – delle disponibilità di bilancio.

La condizione ulteriore, e di fatto preminente e decisiva della disponibilità di bilancio sarà sempre di difficile se non impossibile avveramento, se le regioni continueranno a dare nei bilanci priorità alle indennità di consiglieri che organizzano simpatici intrattenimenti notturni o alle

macchine blu che accompagnano i presidenti ad incontri galanti, come abbiamo appreso da cronache che potremmo definire rosa-nero, se la formula per avventura non offende i calciatori del Palermo che indossano la maglia di quel colore.

Ancora una 'moralità' di sapore brechtiano può trarsi dalla triste vicenda. Siamo portati ad interrogarci sulla evidente ipocrisia dei discorsi in cui fanno a gara di presenza e di sdegno taluni partiti politici e confessioni religiose, nel rifiutare ogni spazio per l'autodeterminazione dei singoli vista come strada che conduce a le-

gittimare suicidio ed eutanasia. Converrà chiedersi perché venga intanto ignorata, e quindi nei fatti giustificata ed accettata, quella che in anni ormai lontani venne denunciata da osservatori ricchi di cultura ed umanità, tra i primi Norberto Bobbio, come una vera e propria 'eutanasia da abbandono' (così si intitolava il libro edito nel 1988, a Torino, da Rosenberg & Sellier, con contributi di C.M. Martini, Battistacci, Dogliotti, Cappellini, M. Trabucchi e altri, fra i quali l'autore di questo breve commento).

PIETRO RESCIGNO

## **UN PO' DI DIRITTO**

In questa rubrica segnaliamo, via via, la principale normativa, emanata nel tempo, a livello internazionale, nazionale e regionale, per offrire risposta ai bisogni degli anziani e, più in generale, delle persone fragili, in coerenza con le finalità della Fondazione.

*Questa sezione è curata da **Maria Carla Claudi** per conto della Fondazione Socialità e Ricerche Onlus; [mariacarla.claudi@gmail.com](mailto:mariacarla.claudi@gmail.com).*

### **Il percorso della normativa regionale in tema di continuità assistenziale e di integrazione tra servizi sanitari e servizi sociali**

Nei numeri precedenti abbiamo ripercorso la principale normativa internazionale e nazionale in materia sanitaria avuto riguardo agli aspetti dell'integrazione tra servizi sanitari e servizi sociali e della

continuità assistenziale, elementi questi fondamentali in tema di assistenza agli anziani e più in generale alle persone fragili. In questo numero proseguiamo ad evidenziare le disposizioni legislative e di

programmazione emanate da alcune regioni sulle tematiche in questione.

### **Regione Toscana.**

Una interessante e inedita soluzione organizzativa, tecnica e gestionale dell'assistenza territoriale per l'integrazione del sistema sanitario con il sistema socio-assistenziale dei comuni è quella adottata dalla Regione Toscana con la costituzione delle Società della salute, previste dalla l.r. 24.2.2005, n. 40 e successive modificazioni, configurate quali consorzi ai sensi della vigente normativa sugli enti locali, i cui titolari sono le aziende sanitarie locali e i comuni. La costituzione delle Società per la salute, già previste sperimentalmente nel Piano sanitario regionale 2002-2004, è stata mossa dalla volontà di favorire non solo il coinvolgimento delle comunità locali, delle parti sociali, del terzo settore e del volontariato nella individuazione dei bisogni di salute e nel processo di programmazione, ma anche dalla necessità di garantire la qualità e l'appropriatezza delle prestazioni, il controllo e la certezza dei costi, l'universalità e l'equità. L'attività delle Società della salute è impostata utilizzando lo strumento del Piano integrato di salute. Recentemente, la sentenza della Corte costituzionale 326 del 17 novembre 2010, ha messo in discussione il modello definito dalla Regione Toscana, nel presupposto che la legge finanziaria dello Stato per il 1999 ha previsto la soppressione dei consorzi di funzioni tra enti locali. La Regione Toscana, pertanto, per mantenere il modello di integrazione programmatica e organizzativo-gestionale definito nella l. r. 40/2005, che doveva partire in via defini-

tiva essendo conclusa la sperimentazione, sta individuando nuove formule giuridiche per garantire il governo dell'offerta espressa nel territorio affidato alle Società per la salute.

Nel Piano sanitario 2008-2010 approvato con la deliberazione del Consiglio regionale n. 53/2008, la Regione Toscana nel prevedere lo sviluppo e il consolidamento dei modelli assistenziali già configurati nei precedenti piani, prevede uno specifico piano per cogliere nuove opportunità nei livelli di assistenza, nell'ambito del quale è posta particolare attenzione al coordinamento interistituzionale, al sistema delle cure primarie integrato, alla creazione del punto unico di accesso, alla rete delle cure intermedie, all'offerta assistenziale per livelli di intensità, all'organizzazione dell'ospedale per intensità di cure e al ruolo dei piccoli ospedali. Il Piano prevede, tra l'altro, anche l'introduzione del *chronical care model* consistente nell'interazione tra paziente e team multiprofessionale, in percorsi assistenziali costruiti nell'ottica di una assistenza sanitaria d'iniziativa sia a livello ospedaliero che territoriale, volti a prevenire l'insorgenza o la riacutizzazione di malattie o condizioni di non autosufficienza, l'adozione di strumenti informativi quali la carta sanitaria elettronica basata sul *patient summary* e la "cartella sommario".

### **Regione Lazio**

Il recente Piano sanitario della Regione Lazio 2010-2012, emanato in correlazione con il piano regionale di rientro della spesa sanitaria e di ridimensionamento della rete ospedaliera, ha ampiamente af-

frontato i temi in questione, recependo sia le esperienze in corso o maturate in altre parti del territorio nazionale sia le indicazioni del coevo PSN 2011-2013, ma individuando anche soluzioni innovative che richiederanno, tuttavia una adeguata sperimentazione.

Nel Piano sanitario regionale del Lazio 2010-2012, è sancito l'affidamento al distretto di un ruolo di governo effettivo della domanda e dell'offerta di prestazioni. Viene inoltre dato impulso alle cure primarie ed intermedie, prevedendo o potenziando specifiche forme di erogazione delle prestazioni. In particolare, sono previsti l'organizzazione diffusa di *day service*, la promozione dell'uso appropriato dei *day hospital* e dei *day surgery*, l'introduzione del *week hospital*, aperto su cinque giorni alla settimana. Viene ridefinito il ruolo dei medici di medicina generale dei quali, in particolare, è prevista l'integrazione nella rete dei servizi che connotano l'offerta sanitaria e la loro partecipazione al governo della domanda, anche secondo la metodologia del *chronic care model*, basato sul passaggio dall'attesa dell'acuzie alla capacità proattiva e alla medicina di iniziativa, al coinvolgimento della comunità, all'educazione all'autogestione del paziente, all'abituale ricorso a linee guida/raccomandazioni scientifiche disponibili.

Ma la principale novità del Piano è rappresentata dai Centri clinico-assistenziali distrettuali (CeCAD), da attivare in correlazione con gli atti programmatori di riordino della rete ospedaliera, di cui vengono indicate le caratteristiche e funzioni nonché le modalità organizzative. I CeCAD definiti strutture di assistenza inter-

media a vocazione multifunzionale e a gestione multi professionale (con particolare valorizzazione della figura del *case manager*) sono destinate a trattare persone affette da patologie cronico-degenerative in fase non acuta e con esigenze diversificate, che in passato afferivano all'assistenza ospedaliera.

La tipologia assistenziale nei CeCAD prevede:

- *funzioni "core"* irrinunciabili ed identificative della struttura: Punto Unico di Accesso (PUA) integrato con i servizi sociali dell'ente locale quale funzione che massimizza l'integrazione e la presa in carico della fragilità e della complessità, con compiti di ricezione della domanda di salute, di prelievo integrato – *triage* del bisogno, di orientamento ai servizi territoriali, di iniziale presa in carico dei bisogni di salute più complessi e di organizzazione della risposta più adeguata; specialistica ambulatoriale inserita nell'ambito di specifici percorsi assistenziali in forma integrata con la medicina generale, secondo le modalità previste dal *chronic care model*, con particolare riferimento alla cardiologia, alla pneumologia, alla diabetologia e alla geriatria; ambulatorio infermieristico/infermieristica di comunità per lo svolgimento di funzioni gestite da personale infermieristico, nell'ambito delle proprie competenze professionali, con funzioni non solo prestazionali ma anche di *care management* e di *case management*; diagnostica di base (radiologia, laboratorio/punto prelievi; continuità assi-

- stenziale (ex guardia medica), assistenza domiciliare integrata (ADI) in continuità fisica con il PUA per facilitare la tempestività della presa in carico;
- *moduli funzionali aggiuntivi* per implementare l'offerta territoriale rispetto alle funzioni "core": distribuzione di farmaci ed erogazione di presidi ed ausili; forme di aggregazione dei MMG e PLS; arricchimento della specialistica ambulatoriale e della diagnostica strumentale; eventuale servizio di telemedicina;
  - *moduli funzionali caratterizzati*: degenza infermieristica per pazienti affetti da patologie cronicodegenerative in fase post acuta e in progressiva stabilizzazione o in fase di parziale riacutizzazione, caratterizzati da relativa stabilità clinica e da necessità assistenziali medio-elevate; moduli di emergenza (classificati in tipo A, tipo B e tipo C) con punti di primo intervento (PPI), collegati al sistema di emergenza-urgenza 118, diversamente organizzati in funzione della loro complessità assistenziale, con la previsione, in quelli più complessi, di letti tecnici per osservazione breve e di posti letto di medicina generale;
  - *moduli funzionali residenziali e sociali* consistenti in nuclei di RSA, hospice, residenze protette per persone con disabilità, centro diurno per anziani fragili, attività fisica adattata per persone fragili e soggetti con capacità motoria ridotta legata all'età; moduli abitativi protetti o comunità alloggio.

La gestione dei CeCAD è affidata al distretto, con la previsione di un medico di distretto responsabile con compiti essenzialmente igienico sanitari e di organizzazione, di un dirigente infermieristico di distretto con competenze in materia di personale e di collaborazione con il medico dirigente per quanto riguarda gli aspetti organizzativi, dell'infermiere coordinatore con compiti più propriamente operativi. La responsabilità clinica e assistenziale spetta al medico di medicina generale o da altro medico in conformità ad apposito protocollo. Tali strutture rappresentano il centro dell'attività assistenziale svolta sul territorio, sono in un rapporto di forte integrazione con gli altri servizi, e sono diretti a favorire l'integrazione tra servizi sanitari e socio-assistenziali. I CeCAD comporranno un nuovo e più avanzato ruolo del medico di medicina generale in un rapporto organico con il resto delle attività assistenziali del territorio.

Nell'ambito dei CeCAD è prevista l'istituzione di specifiche unità di degenza infermieristica (UDI) quale risposta assistenziale per soggetti affetti da patologie cronicodegenerative in fase post acuta.

Il Piano sanitario laziale pone particolarmente l'accento sull'"infermieristica di comunità", quale base per un nuovo modello di assistenza territoriale, tratta da esperienze del Regno Unito e, in Italia, della Regione Friuli Venezia Giulia. L'infermieristica di comunità viene intesa quale assistenza infermieristica avanzata, nell'ambito della quale gli infermieri agiscono in stretta collaborazione con i MMG e PLS secondo strategie integrate con i servizi del distretto sanitario. L'obiettivo principale è quello di promuov-

vere modificazioni di condizioni ed abilità, finalizzate al raggiungimento dell'autonomia dell'assistito, mediante l'attivazione di comportamenti favorevoli la salute e la capacità di autogestione delle patologie, in collaborazione con i professionisti del territorio e soprattutto con il medico di medicina generale. Questo nuovo modello di

assistenza comporterà un tavolo regionale di concertazione con l'Università per definire la specifica formazione degli infermieri.

*Per approfondimenti sulla normativa citata e correlata è possibile consultare il sito delle diverse regioni.*

