

Carmelo Scarcella, Fausta Podavitte
e Marco Trabucchi

Strategie per la fragilità

Il titolo del nostro volume edito da Maggioli 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 o azioni che, seppur corrette sul singolo, risultano avulse dal contesto generale.

Carmelo Scarcella, Direttore Generale, ASL Brescia.
Fausta Podavitte, Direttore Dipartimento ASSI, ASL Brescia.
Marco Trabucchi, Gruppo di Ricerca Geriatrica, Brescia.

«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 pre-determinato.

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'oggettivazione 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, esperienze, 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 modello 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 sistema. 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 organizzativi via via 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.

1 **Quale strategia di governo**

La ricchezza di servizi socio-sanitari, accanto a quelli sanitari e della rete socio-assistenziale, di cui il territorio dell'ASL di Brescia dispone, la rendono fra le Aziende Sanitarie più dotate e complete d'Italia.

L'ASL, come già anticipato, ha adottato dal 1999 un modello organizzativo, volto a garantire risposte specifiche ed integrate alla pluralità dei bisogni dei pazienti fragili e delle loro famiglie attraverso:

– le Unità di Continuità Assistenziale Multidimensionale (UCAM), perno di attuazione del sistema, *équipes* che svolgono la loro attività a livello territoriale in raccordo con i medici di medicina generale (MMG) e con gli operatori comunali all'interno del Centro di Assistenza Domiciliare (CeAD). Sono il punto unico di accesso territoriale per accogliere la richiesta del cittadino, accompagnandolo nelle complesse e variegate reti di servizi, per renderlo più consapevole della sua libertà di scelta e per garantire la continuità di intervento;

– la costruzione ed implementazione di sistemi informativi in comunicazione fra loro (BDA, SISS, SISA), supporto alla programmazione strategica, dedicati alla cronicità ed all'area anziani-malati non autosufficienti, implementati costantemente e di facile aggiornabilità in base alle novità normative ed organizzative.

Essi forniscono informazioni su utenza, livelli di non autonomia, servizi fruiti, obiettivi di cura. La particolarità e ricchezza del sistema

informativo Anziani Cure Domiciliari è data dalla partecipazione attiva al suo mantenimento da parte di tutte le articolazioni aziendali operanti nell'area. L'uso del sistema informativo-informatico garantisce un'omogeneità nella pianificazione degli interventi e degli obiettivi di cura ed una costante opera di sviluppo e revisione delle modalità e degli strumenti di lavoro, promossa anche attraverso periodiche iniziative di formazione del personale.

2 Alcuni aspetti nodali. Qualche dato epidemiologico

L'ASL di Brescia, avendo considerato strategico disporre di sistemi informativi specifici, sta sperimentando da anni metodologie innovative nell'utilizzo dei dati amministrativo-gestionali a fini epidemiologici, di governo clinico e di *disease management* delle patologie croniche e delle fragilità. Ciò mediante l'integrazione informatica di dati provenienti dai principali database in uso: anagrafica, esenzioni per patologia, farmaceutica territoriale, assistenza specialistica ambulatoriale, assistenza protesica, ricoveri ospedalieri, assistenza in cure domiciliari ecc.

Degli assistiti nel 2008, 315.033 (27,8%) risultano presi in carico per almeno una delle condizioni patologiche croniche; si è registrato un aumento per quasi tutte le patologie, nel corso degli ultimi anni, sia in termini assoluti che di prevalenza. Va ribadito che l'aumento dei cronici non significa necessariamente un aumento della prevalenza delle malattie nella popolazione generale, bensì una maggiore presa in carico per tale tipologia, determinata anche da un processo diagnostico più esteso ed accurato.

Il rapporto fiduciario con gli Enti gestori e il «governo degli ingressi» nei servizi, inteso come proposta del servizio/prestazione più adeguato in relazione agli effettivi bisogni del paziente ed un corretto uso delle unità d'offerta, garantiscono un controllo efficace del sistema, grazie alla gestione equilibrata di domanda-offerta. La ricerca della qualità avviene anche attraverso l'elaborazione di Linee Guida, Protocolli, Regolamenti condivisi sulla base di alcuni presupposti imprescindibili, come il coinvolgimento degli interlocutori già dalla fase di elaborazione e la condivisione reale riguardo motivazione, contenuti e loro applicazione.

Tale modello permette di far fronte al bisogno di continuità assistenziale per le persone che perdono l'autonomia, indipendentemente dal punto della rete in cui si trovano, che sia il domicilio, l'ospedale o altre strutture territoriali. Per continuità si intende un passaggio rapido ed «accompagnato» da un punto ad un altro, da un livello di cure domiciliari ad un altro o fra

servizi diversi, sulla base dei bisogni del paziente e della sua famiglia, spesso in rapida evoluzione. In questi ultimi anni si è assistito ad una significativa crescita della complessità e varietà dei bisogni presenti nella singola situazione. Ciò è determinato da almeno due fattori: l'affinamento della capacità degli operatori di rilevare e riconoscere le necessità e dall'altra la complessità del quadro clinico-assistenziale delle persone compromesse nell'autonomia. La rete socio-sanitaria è rivolta elettivamente a questi cittadini, che richiedono un impegno significativo da parte delle istituzioni per poter continuare a vivere con dignità, nella propria casa finché possibile. Pur richiedendo una strategia organizzativa comune, cronicità e non autonomia presentano bisogni diversificati, che comportano sia modalità organizzativo/operative, sia il coinvolgimento di diverse articolazioni ASL e unità di offerta dedicate. A fronte di grandi numeri di pazienti cronici, le persone con bisogni assistenziali complessi, seppur meno numerose, richiedono il maggior impegno nella gestione complessiva per ogni singolo caso.

La non autosufficienza riguarda una parte rilevante della popolazione anziana italiana; si tratta di patologie che hanno un'importante ricaduta sull'aspetto funzionale, poiché determinano disabilità e la cui prevalenza è aumentata negli ultimi anni.

Molto spesso si tratta di un carico assistenziale che le famiglie faticano a sostenere; peraltro questa condizione potrebbe peggiorare a causa degli ulteriori prevedibili cambiamenti della struttura familiare (meno figli, meno matrimoni, aumento dei nuclei monocomponenti) e della riduzione della disponibilità di personale di assistenza a basso costo, inducendo una maggiore richiesta di aiuto pubblico (formale) per la non autosufficienza. La continuità terapeutico-assistenziale nell'approccio alla persona non autosufficiente è il presupposto per rendere efficaci gli interventi.

3 La casa come centro delle cure

Nel volume è stato messo in evidenza come un sistema inizialmente aspecifico di cura scarsamente tutelante come quello delle cure domiciliari, abbia avuto nel tempo un tale sviluppo da renderlo al contrario un sistema performante, con una forte capacità di protezione in grado di allungare la permanenza delle persone malate e non autosufficienti di tutte le età al proprio domicilio, in alcuni casi allontanando nel tempo l'utilizzo di strutture protette residenziali. A ciò, in Regione Lombardia, ha contribuito l'erogazione delle cure domiciliari attraverso il voucher socio-sanitario/credit, subordinata al Piano Assistenziale Individualizzato (PAI), modello in atto

dal 2003, esteso nel tempo anche a malati con bisogni complessi (es. SLA, SV, ecc.). Pubblico e privato sono oggi sinergicamente coinvolti nell'erogazione delle cure domiciliari, mantenendo in capo all'ASL la responsabilità dell'individuazione dei bisogni del singolo paziente e la definizione dei profili di cura. Sono stati accreditati Enti di varia natura e tipologia e sei articolazioni distrettuali ASL per l'erogazione di voucher e *credit*, avendo ritenuto l'ASL, per esperienza e caratteristiche, di accreditare alcune sue articolazioni organizzative territoriali. Tutti i 12 Distretti ASL garantiscono invece le prestazioni domiciliari estemporanee, di minor intensità assistenziale rispetto a voucher e *credit*.

Il quadro delle cure domiciliari nel bresciano è reso interessante da almeno due fattori:

1. il numero elevato di pazienti in carico, per dimensione territoriale, fatto che rende il campione significativo e fonte di riflessioni per una pianificazione organizzativa ed il modello attuato nell'ASL, che vede l'Azienda regista del sistema ed in grado di monitorare e «governare» la domanda, consentendo sia una risposta di qualità, sia il passaggio da una tipologia di assistenza ad un'altra, senza alcuna interruzione e ritardo;

2. l'altro aspetto significativo riguarda la puntuale ridefinizione sia dei profili di cura, sia dei criteri di attivazione dei servizi per tipologia, sulla base non solo del quadro clinico del singolo paziente, ma anche della visione complessiva del contesto in cui si trova e del suo *entourage* (condizioni familiari, socio-economiche, ecc.).

Questa appropriatezza di valutazione prognostica, conseguenza di una visione multidimensionale del paziente e della sua famiglia, rende il sistema in grado di reggere nonostante l'aumento della popolazione anziana non autosufficiente, dei pazienti cronici e delle problematiche connesse alla perdita di autonomia ed alla comorbilità.

Nel 2010 i pazienti in carico alle cure domiciliari sono stati 12.663, confermando l'incremento annuo (12.232 nel 2008 e 12.517 nel 2009); il 75% è ultra 74enne e per quanto riguarda gli ultra 64enni il rapporto tra femmine e maschi è nettamente a favore delle prime, che risultano più del doppio rispetto agli uomini.

Lo studio longitudinale effettuato sulla popolazione in cure domiciliari ha evidenziato l'evoluzione delle condizioni di perdita di autonomia dei pazienti, raffrontando le valutazioni effettuate con la scala di Barthel al 1° gennaio 2004 e al 31 dicembre 2008 (tab. 1).

Si evidenzia come i pazienti in condizioni di grave o completa dipendenza sono passati dal 54,7% nel 2004 al 65,16% nel 2008, a fronte della riduzione dal 13,82% al 10,67% delle persone quasi autosufficienti o autosufficienti.

Tabella 1: Indice di Barthel dei pazienti in cure domiciliari: evoluzione negli anni

Indice di Barthel	Pazienti al 1° gennaio 2004 (%)	Pazienti al 31 dicembre 2006 (%)	Pazienti al 31 dicembre 2008 (%)
Dipendenza completa da 0 a 24	39,39	43,33	48,63
Dipendenza grave da 25 a 49	15,31	16,75	16,53
Dipendenza moderata da 50 a 74	17,26	16,05	13,79
Dipendenza lieve da 75 a 90	14,22	12,84	10,39
Quasi autosufficiente da 91 a 99	8,49	7,92	7,18
Autosufficiente 100	5,33	3,11	3,49

Il dato dimostra l'aggravamento delle condizioni di dipendenza delle persone in carico al servizio avvenuto nel corso dei quattro anni. L'ASL ha orientato l'organizzazione e l'attività degli operatori prioritariamente verso i pazienti più compromessi e con livelli più gravi di dipendenza. Si è deman- dato invece ai servizi domiciliari comunali (SAD) la gestione delle persone con compromissioni più leggere e con bisogni prevalentemente di natura assistenziale.

La novità più significativa del 2010 ha riguardato l'attivazione dei Centri di Assistenza Domiciliare (CeAD) quale porta unica di accesso per pazienti fragili di ogni età (anziani e/o disabili) per tutte le necessità di interventi domiciliari e diurni, con competenze di accoglienza della domanda, valuta- zione, orientamento, attivazione di servizi. Del Centro fanno parte operatori ASL delle UCAM ed assistenti sociali e coordinatori dei SAD per i Comuni. L'ideazione ed avvio del CeAD risponde ad alcuni bisogni rilevati da tempo, in particolare alla riduzione della frammentazione dei servizi in capo ad Enti diversi a sostegno della domiciliarità.

4 La residenzialità dell'anziano

L'invecchiamento della popolazione ed i conseguenti bisogni assistenziali stanno creando una spaccatura fra quantità di servizi disponibili e richieste di accesso all'RSA.

Lo studio longitudinale in questo ambito è stato realizzato grazie ai dati resi disponibili dalla gestione delle liste uniche di accesso alle RSA da parte dell'ASL in 8 Distretti.

Nel corso degli anni si è potuto osservare:

- un trend in costante aumento delle persone in lista d'attesa,

Tabella 2: Numero di giorni di attesa dalla data della domanda all'inserimento in RSA in base al punteggio ottenuto alla valutazione socio-sanitaria

Numero giorni intercorrenti dalla data della domanda alla data di inserimento in RSA	Media punteggio sanitario	Media punteggio sociale	Media punteggio totale (sanitario + sociale)
Entro 3 giorni	27,82	43,16	70,98
Da 4 a 30 giorni	29,62	36,86	66,48
Da 31 a 90 giorni	29,16	32,98	62,14
Da 91 a 180 giorni	29,93	34,30	63,62
Da 181 a 360 giorni	28,14	30,27	58,41
Oltre 360 giorni	27,05	28,62	55,67

da 504 nel 1999 a 4.065 nel 2010, passando da una media di 44 a 288,85 giorni di attesa;

– un evidente incremento della condizione di gravità degli ospiti di RSA, desunta dalle schede SOsIA, passando dal 26,61% al 33,02% nella classe 1, la più grave.

Un altro aspetto significativo del modello organizzativo della gestione delle liste riguarda la correlazione fra condizione di gravità e tempi di inserimento in struttura, possibile grazie ad un sistema di pesatura delle problematiche sia sanitarie che sociali. In particolari situazioni di gravità, determinate soprattutto dal punteggio sociale, l'inserimento può avvenire anche in soli 3 giorni (tab. 2).

A completamento del quadro relativo alle RSA meritano un cenno le principali caratteristiche degli ospiti: in prevalenza donne (77,19%), ben il 74,25% sono ultraottantenni, compromessi nell'autonomia, l'80% ha una dipendenza da moderata a totale nella deambulazione, presenta grave comorbilità (in media n. 7 patologie), portatori di patologie psichiatrico comportamentali nell'87,07% dei casi.

5 Cure domiciliari e RSA a confronto

Interessante è il confronto fra tipologia di pazienti in cure domiciliari ed ospiti di RSA, poiché emerge che, a fronte anche di pari gravità di compromissione nei livelli di autonomia, la scelta del servizio è prevalentemente determinata dal contesto familiare.

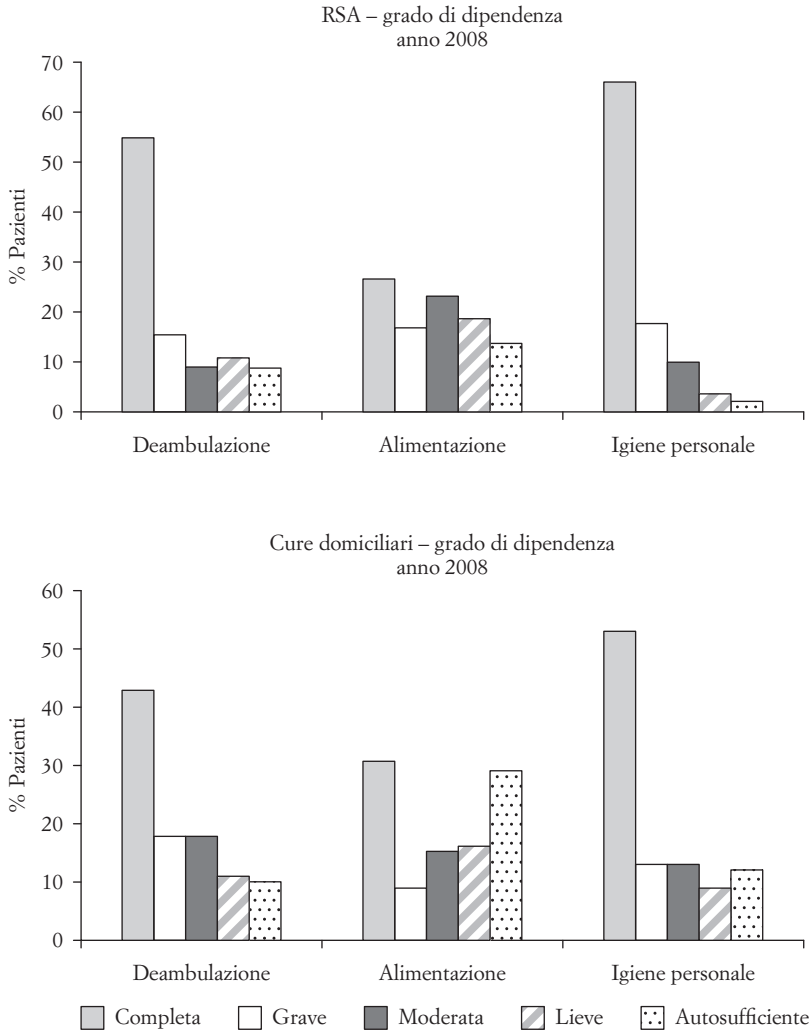


Figura 1: Confronto fra il grado di dipendenza in RSA e nelle cure domiciliari.

La figura 1 mette a confronto il grado di dipendenza in RSA e nelle cure domiciliari.

La differenza fra i due gruppi risulta statisticamente sempre meno significativa, da non giustificare più da sola la scelta fra le due tipologie di servizi. Infatti la dipendenza completa nelle principali BADL da sola non è più un fattore discriminante per la possibilità di una gestione familiare del paziente fragile.

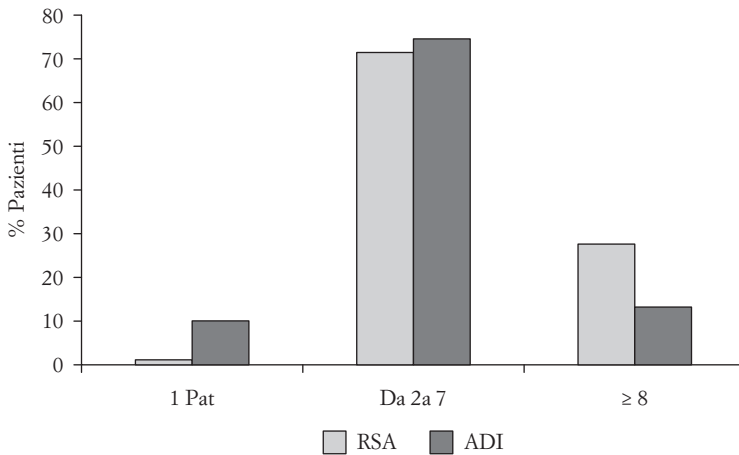


Figura 2: Livello di comorbilità: confronto ospiti RSA e pazienti in cure domiciliari.

Anche il livello di comorbilità fra la popolazione dei due servizi non si discosta in modo significativo (fig. 2).

Invece interessante è la diversità di tipologia di patologia più frequentemente rilevata: a domicilio al primo posto risultano quelle relative al sistema muscolo-scheletrico (80,14% dei casi), in RSA le psichiatrico-comportamentali (87,07%). Pertanto i disturbi comportamentali sono la patologia che influisce maggiormente sulle scelte del servizio, spingendo verso la residenzialità. Nel volume viene in particolare dedicato uno spazio alla gestione dei pazienti affetti da demenza, significativi per numero elevato e per complessità assistenziale. Inoltre viene fatto un accenno anche a patologie di particolare complessità quali la SLA e l'SV, oltre alle malattie rare.

6 Famiglia e *caregiver*

Nel libro trova spazio un capitolo dedicato al ruolo significativo giocato da famiglia e *caregiver* nel panorama dell'assistenza alle persone fragili. Di recente l'attenzione al ruolo chiave di questa figura è aumentata, anche alla luce della consapevolezza che nella fase attuale di crisi rappresenta una risorsa imprescindibile. È altrettanto importante però garantire forme di sostegno e supporto attraverso varie iniziative, fra le quali quelle formative sperimentate dall'ASL con la Scuola di Assistenza in famiglia.

Un volume dedicato ai servizi per le persone non autosufficienti è solo un passaggio, un pezzo di storia di modelli, strategie, dati oggettivi di attività, pur sapendo che lo scenario è in continua evoluzione, orientati già verso il domani.

La coscienza della precarietà rispetto al futuro induce alla costruzione di sistemi aperti, che si possano modificare, aggiornabili costantemente. È fondamentale un livello di governo attento alle variazioni frequenti della domanda di servizi – possibilità di risposta in grado di trasmettere messaggi di flessibilità agli operatori, per evitare che la burocrazia vanifichi ogni cambiamento. In questa prospettiva la formazione ha un ruolo importante, perché rende il singolo operatore e il servizio dove questi lavora in grado di cogliere il significato dei cambiamenti e i risultati positivi che possono essere raggiunti. Il libro indica alcuni punti fermi irrinunciabili nel proseguire l'impegno per la costruzione di servizi adeguati alle persone non autosufficienti, pur in un contesto di accettazione del cambiamento. Alcuni fra i principi sono il criterio di universalismo e la centralità della sofferenza, fulcro dell'organizzazione, anche a fronte di disponibilità economiche limitate, evitando che diventi il perno di ogni provvedimento, ma solo una componente, seppur essenziale.

La collocazione dei servizi alle persone non autosufficienti deve essere all'interno di una collettività, che, anche se incerta e confusa, nelle sue pieghe presenta ancora grandi ricchezze umane. Anche la crisi della famiglia deve essere osservata con attenzione, per evitare di aumentarne le difficoltà, sia caricandola di responsabilità eccessive e suppletive, sia sottraendola al ruolo di erogatore di cure. Solo una forte vicinanza con le realtà concrete permetterà di interpretare con lucidità il livello al quale collocare l'azione dei servizi.

Il modello di una sostanziale continuità dell'assistenza resta intuitivamente e di fatto quello che meglio consente alla persona fragile di non essere sconfitta dalla propria disabilità. Per questo va perseguito con determinazione attraverso un governo forte, che sappia dare obiettivi precisi agli attori che realizzano i servizi e ne controlli con determinazione i risultati, adottando se necessario correttivi.

Il libro è stato possibile grazie alle banche dati disponibili necessarie per l'analisi dell'evoluzione nel tempo della domanda e delle risposte. Il data base si fonda su dati che descrivono la variabilità della condizione del cittadino, guardando alle varie dimensioni del disagio. Fondamentale è l'adozione di strumenti di valutazione multidimensionale standardizzati, nella speranza di arrivare nei prossimi anni ad uno strumento unitario su tutto il

territorio nazionale, così da parlare gli stessi linguaggi tra realtà programmatiche diverse.

Oltre al mantenimento a casa della persona fragile, il futuro si dovrà sviluppare anche nell'identificazione di servizi che si collochino tra l'ospedale e il domicilio, con la duplice funzione di abbreviare al massimo la degenza ospedaliera e di permettere il ritorno a casa di una persona clinicamente stabilizzata e quindi assistibile con buone garanzie per la sua salute. Infine, è necessario a breve sperimentare nuove forme di residenzialità, alcune già in atto nell'ASL di Brescia, che permettano allo stesso tempo il contenimento di costi difficilmente sopportabili sia dal fondo sanitario sia dalla famiglia e la conservazione di stili di vita «naturali».

Il futuro pertanto richiede tutto l'impegno e la creatività di programmatori, gestori ed operatori per garantire un governo dignitoso della fragilità.

