Domiciliarità e residenzialità, due mondi in uno

In una società con forte crescita della popolazione anziana ci ritroviamo con servizi pubblici scarsi e poco efficaci per fronteggiare la crescente non autosufficienza. A partire da una panoramica dei servizi esistenti in Piemonte e dall'analisi di alcune loro criticità, l'autrice offre una riflessione sulle possibili risposte "dal basso", in grado di fornire soluzioni diversificate e flessibili. Partendo da un'esperienza locale, l'articolo propone di allargare lo sguardo verso sperimentazioni simili, con l'auspicio che vengano comprese, accolte e implementate allo scopo di creare un sistema di servizi diverso, prima che la non autosufficienza diventi un'emergenza sociale.

Di Denisa Garrone *(Assistente sociale specialista)*

Le politiche per gli anziani non autosufficienti della regione Piemonte

Gli interventi pubblici rivolti all'anziano, parzialmente o totalmente non autosufficiente, residente in Piemonte, si differenziano in diversi livelli di intervento:

- Residenzialità.
- Residenzialità temporanea o ricoveri di sollievo.
- Semiresidenzialità.
- Domiciliarità: prestazioni erogate presso il proprio domicilio.
- RSA aperta: (attivata solo in alcuni casi sporadici) misura che coinvolge ultrasessantacinquenni non autosufficienti, idonei ad un progetto di inserimento in RSA ma che, al contempo, presentano condizioni sanitarie che permettono di procrastinare l'inserimento in struttura attraverso l'erogazione di prestazioni del tutto assimilabili a quelle erogate in RSA: prestazioni infermieristiche, OSS, fisioterapia, riabilitazione motoria, consulenza medica. Consente inoltre di attivare consulenze per l'adattamento dell'ambiente domestico, addestramento del caregiver e facilitazione della famiglia a partecipare a gruppi di mutuo auto aiuto.

Per accedere a queste diverse tipologie di intervento l'interessato deve presentare una formale domanda all'Unità di Valutazione Geriatrica (UVG) presso il distretto sanitario dell'ASL di appartenenza[1], corredata da impegnativa del Medico di Medicina Generale, scheda informativa sanitaria, attestato di richiesta del modello ISEE e copia della dichiarazione sostitutiva unica DSU.

L'UVG, entro 90 giorni dal ricevimento della richiesta, effettua una valutazione sanitaria e sociale finalizzata a determinare il grado di non autosufficienza dell'anziano e definisce il Piano Assistenziale Individualizzato (PAI), concordandolo con l'interessato e la sua famiglia. Il PAI viene compilato, a livello istituzionale dall'UVG, solo per coloro che hanno accesso alle prestazioni pubbliche domiciliari, con rivisitazioni periodiche nell'arco della presa in carico. Per coloro che accedono alla residenzialità il PAI viene compilato dall'equipe della struttura residenziale. Il PAI è uno strumento importante che determina quali sono gli obiettivi che le varie figure di cura si prefiggono di raggiungere per il paziente, il venir meno di uno strumento così importante nella cura degli anziani assistiti dalle famiglie che non hanno diritto di accedere ai servizi pubblici è una grave mancanza perché si annulla completamente la visione generale del paziente.

L'accesso alle prestazioni avviene sulla base di criteri molto rigidi, basati principalmente sull'esistenza di una rete famigliare (cioè sulla possibilità di mettere in campo forze indipendenti dal sistema di welfare) e sull'indicatore reddituale del richiedente (DCU comunemente definito ISEE).

Esiste, a tutti gli effetti, un **vuoto normativo** che di fatto "abbandona" coloro che non possiedono i requisiti previsti per l'accesso ai servizi pubblici. Molte sono infatti le famiglie che, nell'applicazione di questi criteri, vedono esclusi i propri membri anziani dall'accesso ai servizi e che si vedono, di conseguenza, costrette a gestire, senza sostegni esterni, l'intero carico assistenziale o a rivolgersi, qualora ne abbiano le possibilità, ad assistenti famigliari privati (badanti), spesso non qualificati.

Queste famiglie sovente si ripresentano in tempi successivi ai servizi pubblici con due differenti modalità di "ritorno": per impossibilità della famiglia nel continuare il percorso di assistenza per l'emergere di una situazione di *burnout* dei caregivers e per il peggioramento delle condizioni sanitarie dell'anziano.

I servizi si trovano quindi di fronte alla necessità di attivare, sempre previa verifica dei requisiti di accesso, inserimenti in struttura residenziale per anziani che, con adeguati servizi, avrebbero potuto continuare a vivere presso la propria abitazione.

Il "business" dell'assistenza residenziale si occupa di domiciliarità

L'attuale sistema dei servizi a favore della non autosufficienza si trova di fronte ad un duplice problema: da un lato si evidenzia la **mancanza di assistenza adeguata** per coloro che non riescono ad accedere ai servizi pubblici e, dall'altro, aumenta il numero di **ingressi in struttura caratterizzati da una situazione di emergenza della famiglia** che, dopo ripetuti tentativi di assistenza al domicilio non supportata dai servizi, non riesce più a rispondere ai bisogni del proprio familiare anziano.

Come fare per assistere gli anziani che non riescono ad accedere alle prestazioni pubbliche e, in particolare, coloro tra questi che, presentando un indicatore ISEE medio basso, non possono permettersi un'assistenza famigliare privata qualificata (infermiera/OSS/assistente famigliare) o un inserimento in struttura?

Come intervenire affinché le famiglie possano essere sostenute con interventi preventivi e di sostegno durante l'aggravarsi delle condizioni dell'anziano e non solo con interventi di emergenza, quando la situazione famigliare esplode e l'unica soluzione diventa l'istituzionalizzazione dell'anziano?

Molte realtà del privato sociale hanno cercato di trovare risposte a questi quesiti offrendo **soluzioni ed interventi, a carattere privato, volti ad aiutare l'anziano nel proprio contesto domiciliare**. Queste esperienze sono state intraprese da strutture socio sanitarie già operanti nell'ambito dei servizi residenziali e semiresidenziali che, unitamente ai medici di medicina generale (MMG), rappresentano nei territori un riferimento per i cittadini. Esse gestiscono un vero e proprio front-office dell'emergenza "non autosufficienza" e, grazie ad un'adeguata attività di segretariato sociale, riescono a fronteggiare le diverse situazioni con minor dispendio di tempo per la famiglia e, complessivamente, per la rete dei servizi.

Coinvolgere le strutture socio sanitarie e i MMG rappresenta una strategia ottimale per creare un sistema di servizi efficace. Queste strutture presentano, infatti, caratteristiche specifiche che le rendono candidate ideali nel rispondere ai bisogni degli anziani non autosufficienti: sono già presenti sul territorio, intercettano facilmente le domande, hanno personale adeguato, hanno rapporti stretti con i medici di medicina generale.

Il fenomeno a cui stiamo assistendo è quello di una graduale trasformazione delle modalità di assistenza delle strutture socio sanitarie. Sembra un paradosso: il **business dell'assistenza residenziale che si occupa di domiciliarità**. Di fatto, il costo

della retta in RSA è destinato ad aumentare e le capacità economiche delle famiglie stanno diminuendo. Le strutture residenziali potrebbero diventare, nel corso negli anni, appannaggio di pochi e, pertanto, il business della residenzialità rischia di diventare sempre più complicato da realizzare.

La fornitura di servizi personalizzati domiciliari o in vario modo flessibili e dal costo sostenibile fa parte di un campo nuovo che ancora non è stato effettivamente esplorato. Tale scenario prevede, per le strutture residenziali, un'apertura al territorio sia per erogare servizi domiciliari che per migliorare l'efficacia dei servizi svolti all'interno delle strutture stesse. L'apertura al territorio prevede, ad esempio, forme di collaborazione con le scuole, con gli oratori o i centri per anziani del territorio per attività legate alla socializzazione, esperienze nuove e da costruire.

Residenzialità e domiciliarità, due mondi che convivono: cenni di un'esperienza

Numerose sono le esperienze di strutture private che sostengono progetti di domiciliarità. L'esperienza più completa e longeva che ho incontrato è relativa a Casa Don Dalmasso. La struttura è sita nel comune di Bernezzo, in provincia di Cuneo, comune di circa milleduecento abitanti situato in ampio territorio, a media densità di popolazione. Le difficoltà più evidenti per gli anziani che risiedono in questo tipo di contesto territoriale sono difficoltà a fare la spesa, a recarsi dal medico o in farmacia, ad avere relazioni sociali. Casa Don Dalmasso, conscia di queste problematiche, ha proposto nel 2009 un progetto rivolto ai cittadini anziani non autosufficienti, non eleggibili ai servizi pubblici per mancanza dei requisiti previsti per l'accesso ai servizi stessi. Il progetto ha attivato e tutt'ora eroga servizi domiciliari integrati, non in concorrenza con quelli pubblici. Di norma, si tratta di un rapporto tra privati, la famiglia e la struttura, definiti sulla base di un tariffario per le prestazioni fruite. In alcuni casi specifici il servizio pubblico riconosce alle famiglie un voucher per pagare, anche solo in parte, il servizio. I servizi offerti da Casa Don Dalmasso sono molteplici: pasti a domicilio 7 giorni su 7, bagno assistito a domicilio, medicazioni, visite e prelievi effettuati, prevalentemente, in un ambulatorio interno alla struttura. La parte fondamentale del progetto è data dalla **stretta collaborazione con i medici di medicina generale che segnalano alle famiglie l'esistenza di questi servizi** e, alla struttura, lo stato di bisogno della famiglia.

L'esperienza di questi anni ha portato la struttura a volersi ulteriormente aprire al territorio, in un'ottica di lavoro in rete con altre strutture del territorio, creando un portale che raggruppa 43 strutture, a cui l'utenza può rivolgere domanda di inserimento. La famiglia può, di conseguenza, con una sola domanda, presentare richiesta di accesso ai servizi in tutte le strutture o può operare una selezione in base alle proprie scelte.

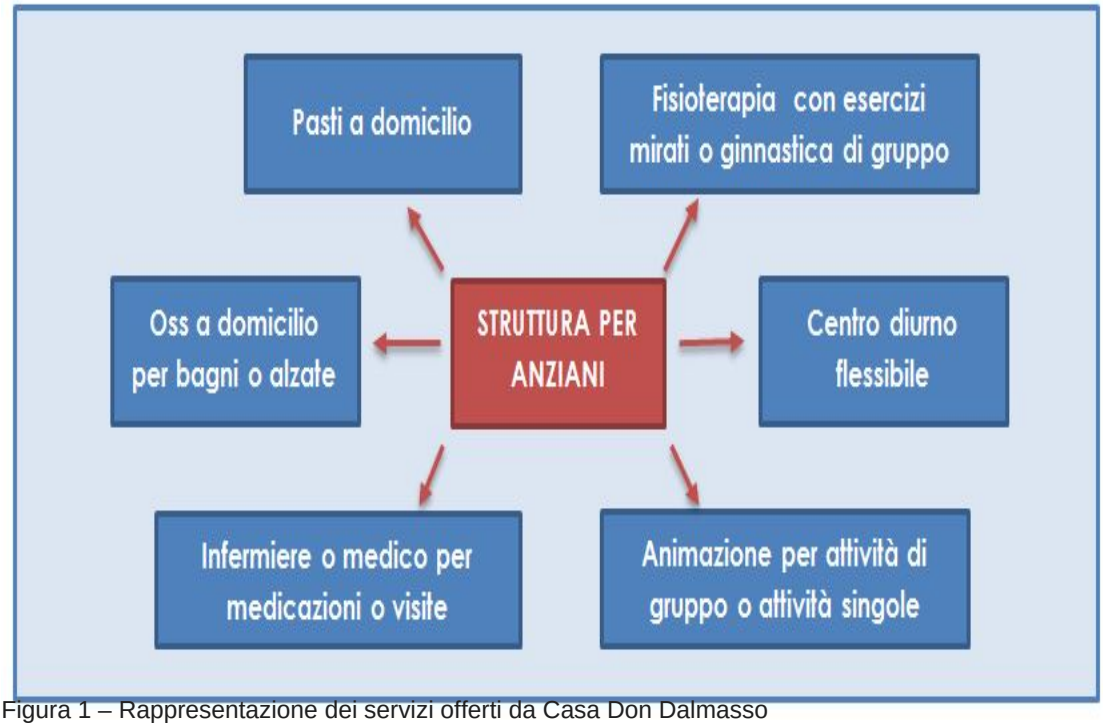

Figura 1 – Rappresentazione dei servizi offerti da Casa Don Dalmasso

Creare un progetto di domiciliarità: potenzialità e ostacoli

Una struttura che intenda promuovere un progetto di domiciliarità deve innanzitutto **osservare e comprendere i bisogni effettivi degli anziani residente nel territorio**. Uno dei primi passi consiste nell'attivare tavoli di studio che coinvolgano gli operatori della struttura stessa, i medici di medicina generale, gli assistenti sociali del territorio, il distretto ASL e i Comuni. È fondamentale inoltre conoscere i servizi presenti sul territorio ed individuare le fasce di popolazione che fruiscono di servizi pubblici e le fasce che, invece, risultano prive di supporto. Queste informazioni emergono principalmente dal confronto con i medici di famiglia e con gli assistenti sociali del territorio.

La struttura deve designare un **operatore quale riferimento per il progetto**, che deve essere in possesso delle competenze necessarie per interagire con la rete dei servizi e con le famiglie. L'assistente sociale rappresenta il professionista con le adeguate competenze per promuovere il lavoro di rete e, al contempo, realizzare un processo di presa in carico dell'anziano attraverso valutazioni specialistiche, colloqui strutturati di analisi della domanda ed elaborazione di un progetto di intervento personalizzato che tenga conto delle risorse familiari e dei supporti esterni disponibili e attivabili.

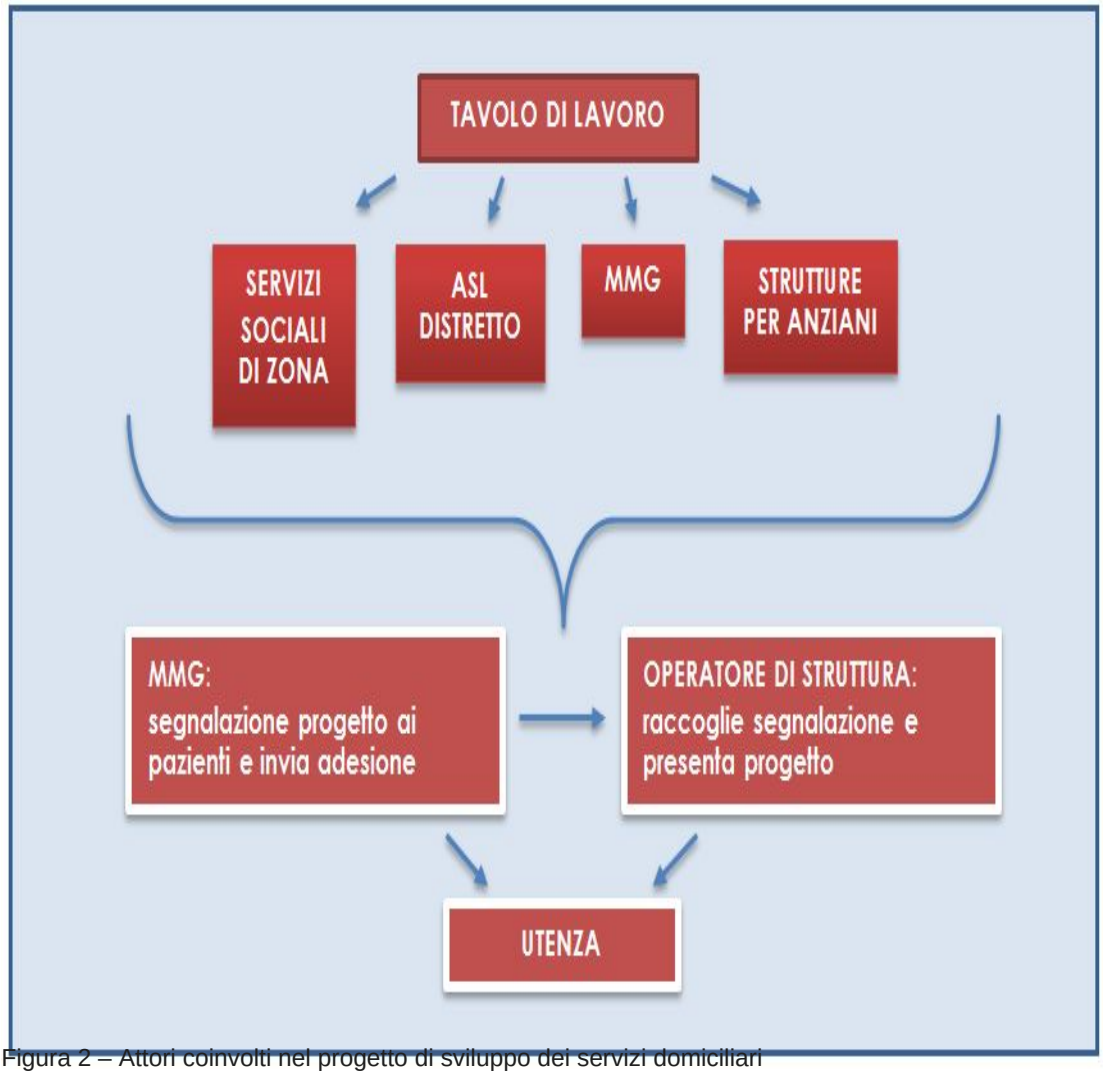

Figura 2 – Attori coinvolti nel progetto di sviluppo dei servizi domiciliari

La promozione del progetto è un altro aspetto fondamentale per il buon esito dello stesso attraverso, ad esempio, una presentazione pubblica. La promozione del progetto non si esaurisce nella fase di avvio e giova della collaborazione continuativa con i servizi del territorio, medici di famiglia in particolare, allo scopo di informare tutti i cittadini delle prestazioni fruibili. Ascoltare, nel tempo, le impressioni, i suggerimenti e le critiche della cittadinanza e di coloro che hanno sperimentato il progetto, anche tramite questionari, è di grande importanza per sviluppare servizi attenti ai bisogni della popolazione.

Un ostacolo alla creazione di un progetto di domiciliarità attuato da una struttura di tipo residenziale è la necessaria **rimodulazione del lavoro all'interno alla struttura per anziani**; significa cambiare, di fatto, le modalità lavorative del personale interno che diventa chiamato a svolgere diverse funzioni in base ai bisogni di utenti anche esterni. La necessità di maggiore flessibilità nel lavoro, il dare continuità all'applicazione di mansionari e protocolli previsti per la struttura e, al contempo, integrarsi in un lavoro in rete, nel territorio rappresentano sfide ambiziose. Si tratta di un cambiamento fondamentale per realizzare effettivamente un progetto di domiciliarità; sicuramente, questi cambiamenti, ne rappresentano la parte più difficile.

Per le strutture, alcuni vantaggi dell'intraprendere un progetto di apertura al territorio, potrebbero essere l'aumento delle richieste di accesso ai servizi, un lavoro più orientato alla prevenzione e all'accompagnamento nel percorso di non

autosufficienza anziché prevalentemente centrato su interventi in emergenza e la creazione di una tipologia di lavoro diverso, che preveda attività di studio per l'erogazione di servizi a costi accessibili.

Attuare un progetto di domiciliarità significa mettere in atto un investimento iniziale che necessita di tempi, non brevi, per apprezzarne i risultati. La scelta degli operatori da dedicare al progetto risulta una strategia importante per garantire efficacia ed efficienza agli interventi in atto: formazione specialistica e addestramento continuo sono alcune delle chiavi del successo di queste iniziative.

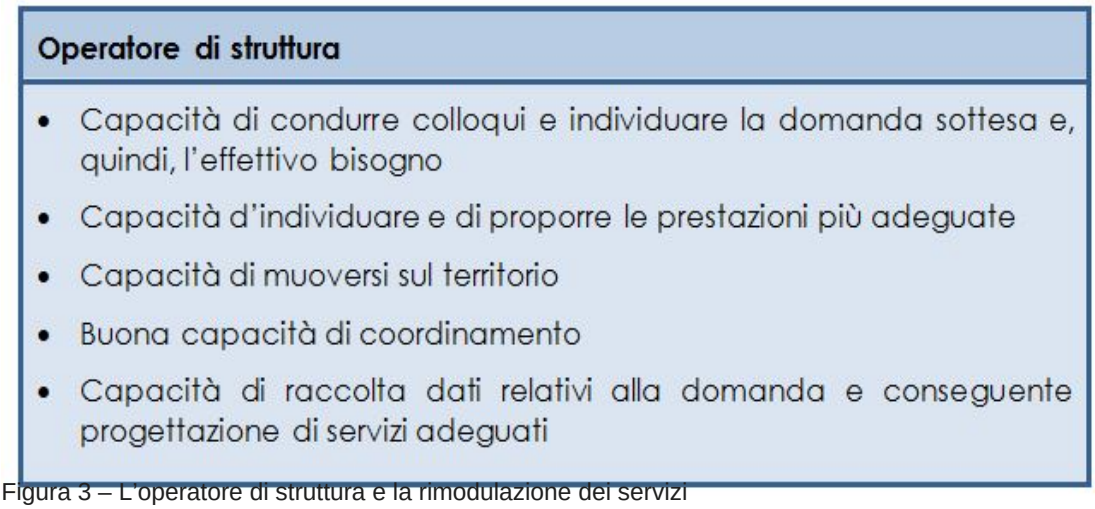

Figura 3 – L'operatore di struttura e la rimodulazione dei servizi

Conclusioni

Il progetto finora enucleato nasce dal basso: dalle richieste dell'utenza, dalla disponibilità delle strutture e, fondamentale, dalla collaborazione con i medici di medicina generale. Questi tre fattori insieme possono generare un progetto funzionante nel lungo periodo e in grado di coinvolgere un'ampia fascia della popolazione anziana residente su un territorio. Come per tutte le politiche nate dal basso, il problema è conoscere le varie realtà, uniformarle in un progetto unico a indirizzo regionale, senza snaturare i progetti esistenti ma fornendo gli strumenti per svilupparne di nuovi.

Prima di poter compiere questo passo bisognerebbe **inserire la problematica in oggetto nell'agenda politica regionale**. Questo sarebbe importantissimo poiché ora si ha il tempo materiale di agire sui servizi allo scopo di renderli versatili. In un prossimo futuro la cura delle persone non autosufficienti potrebbe rivelarsi un problema enorme.

Questo è il momento per trovare delle soluzioni nuove che non si basino solo su un welfare pubblico a parziale sostegno dell'enorme lavoro di cura messo in campo dalle famiglie. Queste ultime, molto probabilmente, non riusciranno in un prossimo futuro a proseguire il fondamentale lavoro di cura svolto finora, per svariati motivi legati a mutamenti demografici, economici e sociali. E' pertanto necessario favorire lo sviluppo di servizi diversificati e flessibili rivolti tutti gli anziani non autosufficienti che ne hanno necessità, siano essi in qualche misura sostenuti attraverso risorse pubbliche o completamente paganti.

Foto di Kireyonok_Yuliya da Freepik