

Il presente delle strutture residenziali per anziani: il caso di Treviso

Giorgio Pavan

*Direttore socio sanitario ISRAA
Presidente FREIA, Associazione Italiana Psicologia Gerontologica*

Lo stimolo per la stesura di questo articolo è venuto dalla lettura dell'interessante editoriale di Zanetti e Trabucchi apparso sul numero 2 del 2008 di questa rivista. Oltre alle importanti riflessioni di merito, ciò che mi ha stimolato è stata la visione disincantata sulle strutture per anziani, approccio che ci consente di superare l'usurato stereotipo che vede nella istituzionalizzazione un male da evitare, aprendo dunque ad una prospettiva di qualità possibile anche all'interno di questi ambienti. Si tratta di un approccio realista e positivista che, non dimenticando che il primo luogo di cura per l'anziano è la sua casa, la sua famiglia, l'ambiente in cui vive, sottolinea come anche le strutture residenziali possano rappresentare una opportunità per vivere bene. A volte, in certe situazioni, addirittura meglio che a casa propria. Dall'altra parte, sempre a proposito di luoghi comuni, riflessioni di questo tipo aiutano le strutture per anziani a non sentirsi più le "Cenerentole" del sistema sociosanitario, ma piuttosto a vivere il proprio ruolo sociale con maggiore dignità, impegno e valore.

Per portare un contributo verso l'auspicato ripensamento dell'offerta dei servizi residenziali, nonché di una maggiore qualificazione all'interno della rete, ho cercato di riassumere l'esperienza maturata dall'Istituto per Servizi di Ricovero e Assistenza Anziani (ISRAA) di Treviso.

IL CONTESTO

L'ISRAA di Treviso è un Istituto di Pubblica Assistenza e Beneficenza (IPAB) che ospita 872 anziani, di cui 680 non autosufficienti, in quattro diverse sedi della città e in 32 mini appartamenti per anziani autonomi. Da una

decina di anni è stata avviata una profonda riorganizzazione dei servizi che ha riguardato, oltre all'organizzazione stessa, anche la costruzione, ristrutturazione ed adeguamento dei fabbricati.

Dieci anni fa l'ISRAA ospitava 802 anziani, di cui 470 non autosufficienti, suddivisi in reparti che ospitavano mediamente 67 anziani. I servizi erano indifferenziati, la struttura organizzativa non aveva una chiara articolazione della responsabilità e del coordinamento, gli operatori erano pochi e l'attività era prevalentemente orientata all'accudimento.

In questi dieci anni sono intervenuti molti cambiamenti, due di fondamentale importanza:

1. una nuova cultura dell'invecchiamento;
2. le nuove politiche per gli anziani.

Per quanto riguarda il primo punto, gli aspetti salienti riguardano l'attenzione alla globalità, la lettura delle patologie all'interno del quadro funzionale generale, la multidimensionalità della salute, la modificabilità del processo di invecchiamento: concetti che hanno posto come nuovo obiettivo centrale dei servizi residenziali (e non solo) il tema della qualità di vita degli anziani.

Per quanto riguarda il secondo punto, sono state emanate normative che hanno spinto i servizi verso la lettura multidimensionale della salute dell'anziano, la multiprofessionalità, il lavoro d'équipe, l'integrazione dei servizi, l'adozione di nuovi modelli organizzativi e il lavoro in rete.

Queste spinte culturali, politiche ed organizzative hanno aiutato le strutture per anziani del Veneto ad avviare un cambiamento senza precedenti che l'ISRAA ha interpretato sviluppando un progetto di medio termine che ha consentito il raggiungimento di importanti obiettivi.

QUADRO DI RIFERIMENTO POLITICO AMMINISTRATIVO

ALCUNE UTILI INFORMAZIONI

Considerato che ogni regione italiana ha emanato per gli anziani politiche diverse, può tornare utile a chi legge, soprattutto se di un'altra regione, un sintetico elenco che fornisce il quadro entro il quale operano le strutture residenziali per gli anziani nel Veneto:

- il bisogno degli anziani viene definito attraverso la Scheda per la Valutazione Multidimensionale dell'Anziano (SVAMA) a cura dell'Unità di Valutazione Multidimensionale Distrettuale. Sulla base di questa scheda multidimensionale, viene definito il progetto riguardante l'anziano; tale scheda viene utilizzata, inoltre, attraverso un indicatore di sintesi, per formare le graduatorie per l'accesso ai servizi residenziali. La priorità è data ai punteggi più elevati, che esprimono un maggiore bisogno;
- per accedere ai finanziamenti regionali per la non autosufficienza, le strutture accreditate (o attualmente in via di accreditamento) devono seguire le "regole del gioco" regionali dettate dall'appartenenza alla rete dei servizi: ad esempio, rispettare le graduatorie, consentire il diritto di scelta ai fruitori, utilizzare strumenti informatici e cartacei condivisi, rispettare gli standard assistenziali, strutturali e tecnologici, essere trasparenti nella determinazione delle rette, definire gli standard qualitativi ed i diritti dei fruitori nella carta dei servizi;
- gli anziani non autosufficienti sono divisi, sulla base dei profili SVAMA, in due grandi categorie definite di primo e secondo livello. Per il primo livello, che riguarda circa 22.000 anziani, viene previsto un contributo regionale di 46,87 €/giorno, per i circa 3.000 del secondo livello (di maggiore intensità sanitaria) di 53,56 €/giorno. Per la gestione della struttura, a queste risorse economiche (da impiegare per il reclutamento degli operatori, infermieri, coordinatori, educatori, assistenti sociali e psicologi) si aggiungono quelle derivanti dalle rette a carico degli anziani;
- ci sono poi circa 150 posti nella Sezione Alta Protezione Alzheimer, con un contributo di 103,29 €/giorno, oltre la retta pagata dalla famiglia;
- infine ci sono circa 100 posti in Sezioni per malati in Stato Vegetativo Permanente, con una quota di rimborso giornaliero di 180,75 €/giorno, per i quali non viene prevista la retta.

Oltre a ciò, attraverso una convenzione con le Azien-

de Unitarie Locali Socio Sanitarie (AULSS), basata sullo schema tipo regionale, per gli anziani non autosufficienti in struttura viene prevista la fornitura gratuita di tutti i farmaci compresi nel Prontuario Terapeutico Ospedaliero (PTO), le protesi, gli ausili, le visite specialistiche, nonché un fisioterapista ogni 60 anziani, un logopedista ogni 200 anziani, un medico di medicina generale ogni 60 anziani (per 18 ore alla settimana), l'attività di coordinamento sanitario a garanzia del rispetto della convenzione in essere.

FILOSOFIA E ORGANIZZAZIONE DELL'ISRAA

La filosofia dell'ISRAA è bene espressa dalla sua missione: *"Mettere a disposizione degli anziani che non possono o non desiderano più abitare nella loro casa, un luogo ove vivere serenamente, aiutandoli a mantenere il più possibile l'autonomia delle loro azioni e delle loro scelte"*. Obiettivo è la loro qualità di vita soggettiva intesa come il soddisfacimento dei bisogni e dei desideri, da raggiungere nel modo più autonomo possibile (chiaramente in modo compatibile con le condizioni di vita, di salute, di risorse disponibili).

I principali strumenti utilizzati a tale fine sono un chiaro ed articolato modello organizzativo che individua ruoli, funzioni e responsabilità, il lavoro d'equipe, la competenza professionale ed emotiva degli operatori (formazione continua), la motivazione e la partecipazione del personale ai processi di lavoro e di relazione, l'alleanza terapeutica con le famiglie.

Lavorano oggi all'ISRAA oltre 500 persone, tra cui 300 operatori, 50 operatori capoturno, 70 infermieri, 14 coordinatori, 12 medici di medicina generale, 11 fisioterapisti, 11 psicologi, 11 educatori, 7 logopediste, 6 assistenti sociali, oltre al personale di portineria, di cucina, ai manutentori, al personale dei servizi amministrativi e ad altri servizi di supporto (ad esempio pulizie, lavaggio biancheria ospiti).

LE SCELTE DI FONDO E LA DIVERSIFICAZIONE DEI SERVIZI

Convinti che sia necessario superare un approccio indifferenziato, i 24 nuclei residenziali dell'ISRAA per la non autosufficienza, emersi dalla riorganizzazione, sono stati predisposti per rispondere a tre livelli tendenziali di bisogno:

- il livello delle persone cognitivamente integre con problemi funzionali;
- il livello delle persone con grave compromissione sanitaria;
- il livello delle persone con problemi cognitivi.

In questo modo, in ingresso gli anziani sono accolti nei nuclei non solo sulla base del punteggio in graduatoria (la sintesi di un numero, magari utile per le procedure amministrative, non rappresenta mai la complessità di una persona), ma anche tenendo conto degli effettivi bisogni espressi (profilo SVAMA e valutazione UVMD) e della disponibilità della rete di fornire la risposta mirata al bisogno. In questo modo, ai tre diversi livelli di assistenza dei nuclei si collegano tre aggregazioni diverse dei profili SVAMA, mentre poi all'interno dei nuclei ci sono ulteriori specializzazioni per rispondere, in modo ancor più mirato, al problema prevalente della persona ricoverata (ovviamente, per tutti i livelli, senza dimenticare l'approccio globale alla persona).

Nello specifico i nuclei sono così suddivisi:

- 7 nuclei dedicati alle demenze, per un totale di 172 posti letto (mediamente 24 posti letto per nucleo), oltre a due Centri Diurni Alzheimer per una capienza di 22 posti. Tali nuclei sono a loro volta differenziati su tre livelli, due per i disturbi del comportamento, tre per le demenze iniziali e intermedie, senza disturbi del comportamento, due per la fase finale della demenza, quando diventa prevalente il problema sanitario. All'interno di questi nuclei, i servizi disponibili sono il ricovero definitivo, il ricovero temporaneo riabilitativo o di sollievo nella sezione alta protezione Alzheimer, il Centro Diurno e la residenzialità notturna.
- 8 nuclei per anziani con gravi compromissioni sanitarie per un totale di 216 posti letto per una media di anziani per nucleo pari a 27. Per dare il senso della tipologia del bisogno presente, allo stato attuale in questi nuclei sono ricoverate 62 persone con nutrizione entrale tramite PEG, 13 persone con nutrizione entrale tramite sondino naso gastrico (SNG), circa 25 persone con lesioni da decubito di terzo grado (da dimissione ospedaliera o in entrata!), mentre il 70% è in condizione di totale dipendenza. All'interno di questi nuclei i servizi disponibili sono il ricovero definitivo, il ricovero temporaneo riabilitativo, di sollievo o di emergenza, la sezione per persone in stato vegetativo permanente, un polo di disponibilità ospedaliera per le dimissioni ospedaliere protette e la continuità assistenziale.
- 9 nuclei per anziani con problemi funzionali, per un totale di 270 anziani per una media di anziani per nucleo di circa 30 persone. In questi nuclei le principali attività sono orientate alla riabilitazione funzionale, alla riattivazione sociale, al mantenimento della massima autonomia possibile. All'interno di questi nuclei i servizi disponibili sono il ricovero definitivo, il ricovero temporaneo riabilitativo, di sollievo o di emergenza.

Considerato che nelle graduatorie per l'accesso alle strutture residenziali del territorio nel quale l'ISRAA lavora ci sono oltre 500 persone in attesa, all'interno dei numeri espressi sono compresi 28 posti letto dedicati ai ricoveri temporanei per anziani non autosufficienti, presenti nelle graduatorie dell'AULSS, ma che non hanno ancora acquisito l'impegnativa di residenzialità (contributo economico regionale per la non autosufficienza).

Un dato di grande rilievo rispetto al passato riguarda i ricoveri temporanei (da due a tre mesi): nel primo semestre del 2008, a fronte di 63 ricoveri definitivi ci sono stati 135 ricoveri temporanei, confermando il dato di tendenza del 2007. Questi numeri sembrano testimoniare che il servizio temporaneo svolge una funzione importante per le famiglie e gli anziani, a supporto della domiciliarità.

Altri dati di sintesi che possono dare ulteriori informazioni, sono i seguenti:

- 0,85% è il tasso di ospedalizzazione 2007 (giornate ospedale/giornate in residenza);
- 18,3 % è la mortalità complessiva 2007;
- 293 sono state le Unità Operative Interne (équipe formali);
- 281 gli incontri formali di coordinamento a vario titolo (con operatori, professionisti).

Lo SBocco NEL TERRITORIO

Lavorare in rete significa, tra le altre cose, mettere la propria esperienza al servizio del territorio. In questa prospettiva, da quattro anni a questa parte l'ISRAA è il soggetto gestore della Rete Alzheimer dell'AULSS 9 di Treviso. Il progetto, previsto e finanziato dal Piano di Zona, ha all'attivo i seguenti servizi:

- LineAlzheimer: numero telefonico attivo 365 giorni all'anno, per dar informazioni alle famiglie.
- SAPAD: la sezione alta protezione Alzheimer domiciliare realizza, ogni anno, circa 100 progetti di sup-

QUADRO DI RIFERIMENTO POLITICO AMMINISTRATIVO

porto al malato di demenza ed alle famiglie che lo assistono. Si tratta di progetti di supporto psicologico, ma anche di formazione e training operativo per la corretta assistenza a domicilio (ambiente, vestizione, alimentazione, bagno, comunicazione, gestione delle crisi). Ogni progetto prevede 14 interventi a domicilio di 60/90'.

- Tre Caffè Alzheimer distrettuali: sono luoghi dove le famiglie e i malati si incontrano mensilmente, in ambienti non istituzionali, per stare assieme, formarsi, informarsi, aiutarsi, con l'aiuto di esperti dei servizi e del volontariato.
- Attività di sensibilizzazione e informazione: nei diversi distretti socio sanitari dell'AULSS 9: si tratta di iniziative culturali come eventi, convegni, conferenze che hanno come obiettivo la sensibilizzazione della cittadinanza al tema delle demenze.
- Erogazione di un assegno di cura (circa € 500 al mese) alle famiglie che accudiscono a casa anziani affetti da demenza, con disturbi del comportamento. Attraverso questa modalità, ogni anno l'ISRAA raggiunge oltre 500 famiglie del territorio dell'AULSS 9.

Infine, a settembre 2008 aprirà i battenti un laboratorio di riabilitazione e stimolazione cognitiva aperto al territorio.

Questa iniziativa ha permesso di abbattere alcuni muri che separavano la struttura del territorio e, agli operatori dell'ISRAA, di respirare un'aria diversa, di lasciarsi contagiare dalle altre culture dei servizi, di interessare rapporti con gli altri soggetti della rete dei servizi. L'esperienza ci ha insegnato che una maggiore conoscenza personale, professionale ed operativa tra soggetti di diversi enti e servizi, ma tutti appartenenti alla stessa

rete, costituisce una forte spinta ad una fattiva integrazione per il grande obiettivo comune della qualità della vita dei nostri anziani.

CONCLUSIONI

L'obiettivo dell'ISRAA di Treviso era la trasformazione di una grande struttura pubblica, un po' affaticata dagli anni, dai numeri e dalle vecchie abitudini custodialistiche, in un moderno centro di servizi per anziani in grado di rispondere, in modo mirato e personalizzato (specializzato), all'evoluzione dei loro diversificati bisogni.

Pure nella sintesi dell'esposizione, con questo articolo si voleva dunque testimoniare che gli indirizzi auspicati da Zanetti e Trabucchi per il futuro fanno già parte, con tutti i problemi e le difficoltà del caso, del nostro presente. Si tratta ora di lavorare per il consolidamento di queste idee e per consentire che non si tratti solo di esperienze circoscritte, ma di una realtà in continua espansione ed evoluzione.

BIBLIOGRAFIA CONSIGLIATA

AAVV. Le strutture residenziali per anziani e il responsabile di nucleo, Maggioli Editore, 2006.

Gori C. (a cura di) Le politiche per gli anziani non autosufficienti, Franco Angeli, 2001.

Scortegagna R. Progetto Anziani, NIS, 1996.

Tognetti Bordogna M. I grandi anziani tra definizione sociale e salute, Franco Angeli, 2007.

Trabucchi M. I vecchi, la città e la medicina, Il Mulino, 2005.