

## Modelli di residenzialità sociale in Lombardia: le Comunità alloggio

Fabrizio Giunco<sup>1</sup>, Gianbattista Guerrini<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Centro Geriatrico Polifunzionale San Pietro, Monza

<sup>2</sup> Fondazione Brescia Solidale, Brescia

### PREMESSA

Con il Progetto Obiettivo, varato nel 1995, la Regione Lombardia, unica in Italia, avviava una profonda revisione del sistema dei servizi residenziali per gli anziani, ricomprendendo sotto il termine di Residenza Sanitaria Assistenziale (RSA) le due tipologie di residenze destinate in precedenza agli anziani parzialmente non autosufficienti (le "Case di riposo") ed alle persone totalmente non autosufficienti (denominate "Strutture Protette") ed escludendo la terza tipologia di residenza – la "Casa Albergo", che la normativa precedente destinava agli anziani autosufficienti – dalla programmazione delle unità d'offerta.

Questa scelta, che comportava il riconoscimento dell'intrinseca valenza sanitaria di un presidio destinato alle persone anziane non autosufficienti, ed era accompagnata dall'obbligo, per la struttura, di dotarsi di un'organizzazione sanitaria propria, ha avuto indubbi meriti nel garantire una risposta efficace agli anziani in condizioni di salute e di autonomia più compromesse.

Lo stesso "superamento" delle Case Albergo sembrava rispondere, positivamente, all'opportunità di privilegiare, per le persone anziane ancora in grado di esprimere una loro autonomia di vita, il sostegno a domicilio. Opzione "culturale" ampiamente condivisa, a cui, purtroppo, non ha fatto seguito, in particolare nell'ultimo decennio, il necessario potenziamento dei servizi domiciliari<sup>1</sup>.

Da allora, le RSA si sono sempre più specializzate nella cura e nell'assistenza a soggetti con problematiche complesse (Guerrini, 2010); per gli anziani con livelli di autonomia ancora solo parzialmente limitata – soprattutto se cognitivamente integri – si è così allargato il vuoto tra un domicilio che, in alcuni casi, può rappresentare un ostacolo all'integrazione ed alla socializzazione (soprattutto in presenza di limitazioni funzionali, di barriere architettoniche, anche di barriere relazionali, quando il supporto è garantito dalla sola badante) ed una RSA difficilmente accessibile (per il costo, per la priorità solitamente garantita a persone più compromesse) e comunque non idonea per tale tipologia di soggetti.

In questo vuoto si sono inserite e si sono andate diffondendo sul territorio regionale molteplici e diversificate esperienze di residenzialità sociale "protetta". Il modello più presente, promosso dai Comuni in modo capillare, ma per molti anni incentivato anche dalla Regione attraverso il Fondo regionale per le iniziative sociali (FRISL), è stato quello degli alloggi destinati specificamente alla popolazione anziana. Si tratta di alloggi realizzati per lo più in forma aggregata, privi di barriere architettoniche, più raramente dotati di sistemi di "domotica" (sicurezza, telecontrollo, ecc.), talvolta integrati da spazi comuni (sala da pranzo, soggiorno, lavanderia, bagno assistito, palestra). Nati per lo più come risposta ad un bisogno abitativo e di relazione, grazie a diverse modalità di supporto socio-assistenziale e di protezione (dall'accesso programmato dei servizi domiciliari al portierato sociale,

<sup>1</sup> In Lombardia la percentuale del costo dell'Assistenza Domiciliare Integrata (ADI) sulla spesa sanitaria si è in realtà ridotta tra il 2001 ed il 2008, mentre l'aumento percentuale dell'utenza dell'ADI stessa è stato, tra il 2004 ed il 2008, inferiore al tasso di aumento della popolazione ultra settantacinquenne (Giunco, 2010). Peraltro, molte ricerche hanno già assodato che i servizi domiciliari non rappresentano una reale alternativa all'istituzionalizzazione. Nella gran parte dei paesi europei, in effetti, le politiche di sostituzione dell'assistenza residenziale con quella domiciliare hanno determinato risultati poco efficaci (Pesaresi e Gori, 2003); questo perché, allo stato attuale, sia le RSA che i sistemi ADI a maggiore intensità sanitaria sostengono popolazioni con caratteristiche cliniche e funzionali simili; la differenza principale che indirizza verso l'uno o l'altro servizio sembra risiedere piuttosto nella struttura della rete familiare o in circoscritte caratteristiche delle patologie e disabilità coesistenti (Guaita e Casanova, 2010).

## MATERIALI DI LAVORO

al collegamento strutturale con servizi semiresidenziali o residenziali) si sono nel tempo dimostrati una valida alternativa abitativa per soggetti con livelli anche significativi di fragilità ("alloggi protetti", appunto).

Senza dubbio meno diffuse appaiono le esperienze di residenzialità "sociale" per gli anziani quali le case albergo, "sopravvissute" alle novità normative sopra citate, e ancor più le comunità alloggio (definite anche comunità residenziali, o "case famiglia"), sorte in maniera spontanea, per iniziativa di realtà associative ma talvolta anche di Comuni o di altre realtà pubbliche o private, per lo più gestite da soggetti *non profit*.

Oggi anche la Regione Lombardia, dopo aver definito i requisiti minimi per l'esercizio degli alloggi protetti per anziani, con l'obiettivo di "rimodulare la risposta socio-sanitaria nella fase di lungo-assistenza" sembra intenzionata a promuovere forme di residenzialità in grado di rispondere a "bisogni correlati a fragilità prevalentemente sociali"<sup>2</sup>. Tra le prime, l'ASL di Brescia si è fatta recentemente promotrice di accordi di programma con alcune amministrazioni locali, che stanno dando vita, in collaborazione con altri soggetti della realtà locale, a 4 Comunità residenziali per anziani.

Alla base di questa scelta regionale c'è senza dubbio la convinzione che gli ospiti con minori livelli di compromissione funzionale, cognitiva e sanitaria<sup>3</sup> debbano uscire dal circuito delle RSA, le quali debbono sempre più concentrarsi nella risposta a "bisogni ad elevata complessità clinico-assistenziale", liberando i posti letto<sup>4</sup> indispensabili per affrontare una domanda destinata ancora ad aumentare nei prossimi anni, in una situazione economica che non consente di ampliare l'offerta di RSA. Anche in questo caso, l'orientamento regionale, peraltro imposto dall'evoluzione della situazione sia demografico-epidemiologica sia finanziaria, appare sostanzialmente condivisibile. Anche se non mancano alcune perplessità. La prima è legata alle caratteristiche degli ospiti delle RSA che mantengono ancora discreti livelli di autonomia soprattutto sul versante funzionale e che, proprio per questo, appaiono "candidati" all'espulsione dal sistema. Se, in alcuni casi, si tratta effettivamente di ospiti "impropri" (perché ricoverati senza l'effettiva ne-

cessità di un servizio residenziale "pesante", o perché "riabilitati" dalla stessa RSA), è indubbio che tra questi ospiti parzialmente autosufficienti nelle attività della vita quotidiana vi siano pazienti affetti da patologia psichiatrica, spesso tutt'altro che stabilizzata, piuttosto che disabili adulti o addirittura persone affette da demenza: tutte persone che presentano rilevanti problematiche relazionali e turbe comportamentali fortemente influenzate dal contesto di vita, e che richiedono indubbiamente un supporto nel mantenimento delle funzionalità residue spesso non inferiore, in termini di impegno assistenziale, a quello richiesto da persone totalmente dipendenti.

La seconda perplessità è di ordine economico: sembra evidente l'intenzione della Regione di limitarsi, nel caso degli anziani che accedono a soluzioni residenziali "leggere", quali le Case Albergo e le Comunità alloggio (o Comunità residenziali), a garantire le stesse prestazioni assicurate alla persona che vive al proprio domicilio, mentre non solo il costo alberghiero ma anche quello assistenziale (che potrebbe essere rilevante nel caso di persone con autosufficienza solo parziale e problematiche di natura cognitivo-relazionale) graverebbero unicamente sulle famiglie o sui Comuni, sempre più in difficoltà a garantire la continuità anche dei servizi già attivati.

Nonostante queste riserve l'idea di ampliare la gamma di presidi residenziali appare sostanzialmente condivisibile, è in linea con esperienze consolidate in numerose realtà estere e risponde all'esigenza di flessibilità e di diversificazione delle risposte, richiesta dall'estrema variabilità dei bisogni di una popolazione che invecchia.

## OLTRE LE RSA: LA RESIDENZIALITÀ SOCIALE IN EUROPA E NEGLI STATI UNITI

In Europa, Canada e Stati Uniti sono da tempo sperimentate e portate a regime nuove modalità di sostegno, per lo più orientate a ripensare o arricchire il concetto di abitare e ad interagire con le difficoltà più evidenti della relazione fra anziani e vita in comunità. È un mon-

<sup>2</sup> Regione Lombardia, DGR IX 000937 dell'1.12.2010 "Determinazione in ordine alla gestione del servizio socio-sanitario regionale per l'esercizio 2011".

<sup>3</sup> In Lombardia la remunerazione delle RSA da parte della Regione si basa su un sistema (il SOSIA) che valuta in maniera dicotomica (lieve e grave) tre dimensioni: l'autonomia nelle attività della vita quotidiana (Mobilità), la situazione sanitaria (Severità-comorbidità) e la presenza di problematiche cognitivo-comportamentali (Cognitività); dalla combinazione di queste 3 dimensioni si costruiscono 8 classi di distribuzione degli ospiti, a cui corrispondono 8 diverse tariffe (nella classe 1 tutte e 3 le dimensioni si trovano a livello "grave", nella classe 8 tutte e 3 a livello "lieve").

<sup>4</sup> Nel 2007 il 26.5% degli ospiti delle RSA apparteneva alle classi 7 e 8.

do fluido e in divenire, che va dall'*housing* sociale in senso stretto a forme meno convenzionali di residenzialità di piccolo gruppo a maggiore o minore protezione sociale e socio-sanitaria. È un mondo che viene analizzato con interesse dalla letteratura più attuale, e che fatica ad essere collocato nei tradizionali schemi di classificazione. L'obiettivo comune è quello di favorire la permanenza della persona anziana nella propria casa o nella propria comunità anche durante il naturale processo di invecchiamento e per il maggior tempo possibile ("*ageing in place*")<sup>5</sup>.

Negli Stati Uniti, negli ultimi 20 anni, si sono diffuse particolarmente le Residenze assistite (*Assisted living facilities, ALF*). Le ALF hanno cominciato a diffondersi alla fine degli anni '70, a motivo del crescente atteggiamento negativo delle persone verso le *Nursing Homes (NH)* e dello sviluppo di un movimento di opinione orientato alla ricerca di modelli di assistenza residenziale più coerenti con i desideri dei nuovi "clienti". Il loro ulteriore sviluppo, a partire dai primi anni '90, è stato favorito dall'incontro fra le esigenze dei consumatori, dei gestori e delle agenzie governative. Si tratta infatti di strutture più gradite, più facili e più economiche da gestire (Wilson, 2007). Secondo la descrizione dell'*Assisted Living Federation of America (ALFA)* le ALF sono rivolte a persone che richiedono assistenza nella vita quotidiana (preparazione dei pasti, gestione delle eventuali terapie, assistenza alla vestizione o al bagno, trasporti) e che operano secondo Piani di assistenza individuali progettati all'ingresso e periodicamente rivalutati. L'80% degli anziani residenti richiede aiuto nelle ADL, e dal 23 al 42% mostra livelli misurabili di deterioramento cognitivo. La differenza sostanziale rispetto alle NH sta nelle ridotte dimensioni (circa 28-30 posti rispetto ai 100 delle NH), nella mission e nella filosofia operativa, più orientate a favorire l'indipendenza che verso cure sanitarie e infermieristiche di maggior impegno professionale. Anche per questo motivo, gli obblighi normativi sono inferiori e la maggior parte dei servizi prevede che i residenti siano contrattualmente obbligati a trasferirsi in un'altra struttura se i servizi richiesti eccedono quelli dichiarati nel contratto di accoglienza.

Nel complesso, le ALF incontrano il crescente favore delle persone che ricercano sicurezza quotidiana e cure per-

sonali in un ambiente meno restrittivo e più domestico delle NH, e percepito come più orientato verso l'indipendenza, la privacy e il rispetto della dignità (Spitzer, 2004). Ad onta di alcune preoccupazioni rispetto all'effettiva qualità dei servizi erogati, anche per la crescita di gestori a maggiore impronta commerciale la letteratura non ha, ad oggi, dimostrato limiti sostanziali nella capacità di accogliere e gestire persone anche con esigenze più impegnative (demenza, problemi comportamentali di livello moderato, fine della vita, disabilità, malattie di lunga durata) (Kang, 2010; Sloane, 2008).

Anche in Europa, dove peraltro la diffusione di servizi per anziani a maggiore impronta domestica è più antica e consolidata rispetto a quella statunitense, l'evoluzione delle strutture residenziali sociali intermedie è stata oggetto di molta attenzione e di investimenti pubblici anche consistenti<sup>6</sup>. Ad esempio, la Danimarca ha scelto, nel 1988, di non realizzare più strutture residenziali tradizionali (RSA e case protette), a favore di una nuova rete di abitazioni per anziani denominate "abitazioni con assistenza" o "abitazioni assistite" (*Nursing dwellings*), e di una forte espansione dei servizi sociali e sanitari di comunità. Si tratta di unità abitative singole o raggruppate, prive di barriere architettoniche, accessibili ad anziani e disabili, arricchite da servizi di telesoccorso e, nella maggior parte dei casi, da spazi comuni utili per attività integrative e di socializzazione. Le abitazioni assistite sono integrate nella rete dei servizi di comunità, uniformemente diffusi e dotati di *équipe* multidisciplinari attive anche 24 ore su 24. Anche l'esperienza olandese, profondamente riformata a partire dagli anni '80, si è orientata al superamento dei servizi residenziali per promuovere una rete abitativa più flessibile e adeguata alle esigenze di anziani anche con disabilità elevate, integrata da servizi domiciliari e di comunità adattabili alle diverse esigenze delle persone residenti, riservando alle RSA le cure degli anziani più compromessi. In Svezia, il 4% degli anziani vive in abitazioni protette (*Sheltered accomodation*) arricchite da servizi comuni (ristorazione, aggregazione, attività diurne); un altro 5% vive in residenze sanitarie o in altre comunità residenziali a impronta abitativa e comunitaria (*Group living arrangement, Homes for the aged, Old people's home*), integrate in diversa misura da servizi di monitoraggio, rassi-

<sup>5</sup> [www.seniorresource.com/ageingpl.htm](http://www.seniorresource.com/ageingpl.htm).

<sup>6</sup> Le considerazioni e i dati che seguono relativi alla diffusione o sperimentazione di strutture intermedie nei principali paesi europei sono tratte soprattutto da Pesaresi e Gori, 2003, oltre che da Costa, 2006.

## MATERIALI DI LAVORO

curazione e assistenza domestica o di base. Da 5.000 a 10.000 posti di comunità residenziale (6-12 anziani per comunità) sono oggi abitati da persone con demenza, supportati da servizi di supervisione e sostegno estesi alle 24 ore. Anche la Norvegia ha favorito con politiche di governo e di finanziamento lo sviluppo di una rete abitativa adatta ad accogliere e mantenere nella comunità anche anziani con disabilità. Si tratta di abitazioni singole o con spazi comuni (spazi di socializzazione, sala da pranzo, cucina comune), ma anche di abitazioni collettive più vicine al modello delle tradizionali *Nursing Homes*. Nel corso degli anni '90 gli anziani accolti negli alloggi protetti sono arrivati al 4,6% del totale complessivo. Appartamenti protetti o assistiti sono infine diffusi anche in Germania, in Gran Bretagna e in Francia; in quest'ultima poco più di 300.000 anziani vivevano, alla fine degli anni '90, in strutture e residenze diverse dalle RSA: le unità di vita, ispirate a modelli di vita familiare e in grado di accogliere fino a un massimo di 20 persone, anche con ridotta autonomia; le *cantou*, per 10-12 persone, a gestione familiare più orientate al sostegno delle persone con demenza; le *logement foyers*, case albergo con alloggi indipendenti e servizi comuni facoltativi per anziani autonomi, oggi sempre più arricchite da sezioni a maggiore protezione medica e sanitaria; i *services de soins de longue durée*, collegate agli ospedali e destinate alle persone più dipendenti, medicalizzate, con standard assistenziali più elevati e cure coperte dall'assicurazione di malattia.

Nel complesso, si tratta di un mondo in rapida evoluzione, che sta già in buona misura disegnando lo scenario dei servizi futuri<sup>7</sup>. I servizi residenziali più leggeri si rivolgono soprattutto ad anziani soli, fragili o con iniziali disabilità, quando le reti di sostegno siano deboli o l'abitazione originaria sia mal collocata o inadeguata; ad esempio, abitazioni troppo grandi o con barriere architettoniche, quartieri poveri di servizi o percepiti come insicuri, concorrenza di sfratti o ristrutturazioni edilizie. Altrettanto interessanti sono i modelli di coabitazione volontaria o di edilizia convenzionata che nascono dall'aggregazione cooperativa di anziani ancora attivi, che condividono l'obiettivo e le risorse per la realizzazione di un'abitazione adeguata alle proprie esigenze attuali e,

soprattutto, future. Altri servizi sono orientati verso il sostegno a fasi critiche temporanee del normale sistema di cura o di sovraccarico emotivo dei *caregiver*. In realtà, i modelli diffusi negli altri paesi, ma di cui esistono esempi interessanti anche in Italia e in Lombardia (IRER, 2008) possono essere tanto diversi quante sono le realtà che li propongono e le regioni nelle quali si sviluppano, rappresentando, in ogni caso, delle concrete alternative all'utilizzo improprio delle RSA.

## LE COMUNITÀ ALLOGGIO IN LOMBARDIA

La Comunità alloggio è un modello di intervento già presente sul territorio lombardo e particolarmente idoneo, a nostro avviso, a integrare la rete dei servizi regionali per anziani. La recente ricerca IRER del 2008 ne ha censite 48, metà delle quali analizzate in modo più approfondito sotto il piano delle caratteristiche gestionali. La Comunità alloggio è una residenza collettiva destinata a persone anziane in condizioni di ridotta autonomia, prive di un adeguato supporto familiare, che non sono in grado – anche solo per un periodo limitato – di continuare a vivere al proprio domicilio, ma conservano la capacità di partecipare attivamente alle scelte quotidiane della vita e possono giovare di una soluzione abitativa di tipo familiare.

Questi anziani, solitamente 8 o 10, trovano nella Comunità alloggio uno spazio di vita individuale (la camera da letto, con il servizio igienico collegato), una serie di spazi e di servizi in comune con gli altri residenti e il supporto di personale di assistenza presente sulle 24 ore. L'ambiente è amichevole e domestico; eventuali familiari possono partecipare alle decisioni inerenti la cura della persona ed all'organizzazione delle attività giornaliere. Il rapporto con la comunità locale è assicurato anche da un forte coinvolgimento delle realtà del volontariato.

La Comunità alloggio può offrire all'anziano un'accoglienza solo temporanea o rappresentare per lui una soluzione residenziale anche definitiva. L'accoglienza temporanea mira a rispondere ad una criticità sociale (un'emergenza abitativa, la temporanea assenza di una ba-

<sup>7</sup> Fra i modelli sperimentali è possibile citare ancora: le Sheltered House (UK), gli edifici ad atrio Humanitas Bergweg e Delft (Olanda), gli alloggi esclusivi di Maastricht (Olanda), gli appartamenti protetti Jardin D'Arcadie (Francia) e Caritas Village (Finlandia), i sistemi di custode sociale "Caretaker" di Engholmen Nord, Copenhagen (Danimarca), le reti di sostegno Molenbeck (Belgio), le esperienze di sostegno in ambito urbano o periurbano di Färdknäppen (Svezia) o l'Eco village (Virginia, USA) (Costa, 2006; Pesaresi e Gori, 2003).

dante), a garantire un sollievo alla famiglia (per una vacanza, o per coprire assenze dovute a causa di forza maggiore quali malattie o impegni di lavoro), ad affrontare un temporaneo aggravamento delle condizioni di salute o una transitoria limitazione dell'autonomia. In questi ultimi casi l'obiettivo dell'accoglienza, che si inserisce spesso nel percorso di una dimissione protetta, è quello di favorire il ripristino dei margini di autonomia necessari a tornare a casa, consentendo nel frattempo l'organizzazione dei supporti sociali e sanitari a domicilio; in alternativa, di consentire l'attesa di una soluzione residenziale definitiva, rispettando la dignità e la qualità della vita della persona (non costretta alla consueta penosa "migrazione" da una struttura ospedaliera ad un'altra). Ancora, in alcune situazioni particolari – persone "senza fissa dimora", soggetti con problematiche di ordine psichiatrico, ospiti dimessi dalla RSA – il "passaggio" in una Comunità alloggio può permettere al sistema dei servizi di valutare il livello di recupero dell'autonomia personale e di programmare un rientro a domicilio "accompagnato".

Altre esperienze di Comunità alloggio si orientano, al contrario, sull'accoglienza di lungo periodo di persone anziane, a cui offrono una vera e propria residenza alternativa che ricalca le caratteristiche del contesto domestico. In questo caso gli ospiti sono persone non in grado di organizzare la propria esistenza a domicilio (per ridotti livelli di autonomia nelle attività strumentali, talvolta anche in alcune attività di base della vita quotidiana, per problematiche di ordine psico-sociale, per la carenza di legami relazionali, per un'iniziale compromissione delle funzioni cognitive) ma non ancora in condizioni da richiedere l'inserimento in RSA.

In ambedue i casi la dimensione domestica, il coinvolgimento nella gestione della "casa", la ricchezza e la stabilità dei rapporti interpersonali, la percezione di sicurezza trasmessa dalla presenza di personale e di volontari, esercitano un'influenza positiva sulle condizioni psicofisiche degli ospiti, migliorano il tono dell'umore, rallentano il deterioramento funzionale e cognitivo. In una di-

mensione familiare risulta possibile alla struttura accogliere, senza un carico eccessivo per gli operatori e nel pieno rispetto delle esigenze degli ospiti, anche persone con compromissione moderata dell'autonomia nelle ADL e delle funzioni cognitive<sup>8</sup>. Anche una transitoria perdita dell'autonomia, una malattia intercorrente, perfino una condizione terminale possono essere gestite dalla e nella struttura, senza richiedere, obbligatoriamente, il trasferimento della persona in un'unità di offerta a più elevata protezione<sup>9</sup>.

L'organizzazione del servizio provvede, attraverso personale dedicato, alla gestione della casa ed all'assistenza e sorveglianza degli ospiti. Ognuno di loro mantiene il proprio medico di famiglia e può ricevere prestazioni infermieristiche e riabilitative secondo le modalità previste per tutti i cittadini (ADI e *voucher*). Fondamentale appare, nelle esperienze da noi conosciute, il ruolo del volontariato: che non si limita a garantire l'integrazione e il legame degli ospiti con la comunità locale, ma collabora attivamente alla gestione della quotidianità, occupandosi volta per volta – ed in rapporto alle singole attitudini – della spesa o dei trasporti, della preparazione dei pasti o delle piccole manutenzioni, del guardaroba o delle incombenze amministrative, del rapporto con i medici o dell'"animazione". La sorveglianza notturna può essere affidata, in cambio dell'alloggio, a personale straniero (una badante) o a studenti universitari, contenendo così in termini accettabili i costi della gestione.

## UNA POSSIBILE EVOLUZIONE DEL WELFARE LOMBARDO

Anche se i dati e le riflessioni qui riportate si riferiscono solo ad alcune esperienze di Comunità alloggio realizzate nei territori dove operiamo, siamo fermamente convinti dell'utilità e dell'efficacia di queste unità di servizio all'interno della rete integrata dei servizi per gli anziani. Si è già accennato alla variabilità dei bisogni che contrassegna il percorso individuale di chi invecchia. Nella

<sup>8</sup> A titolo esemplificativo, tra gli utenti della Comunità alloggio del Centro polifunzionale "Maria Bambina" di Bellusco (MI), destinata a ricoveri temporanei, solo il 35% degli ospiti si colloca nelle classi 7 e 8 del SOSIA (Giunco, 2009). Nella Casa Famiglia "Achille Papa" attivata dal Comune di Brescia in collaborazione con ANTEAS e destinata ad accoglienze di lungo periodo, tra i 10 ospiti presenti nel 2010 2 presentano (secondo l'Indice di Barthel) una dipendenza grave, 2 una dipendenza moderata, 3 un deterioramento cognitivo moderato, 1 una demenza severa, 2 patologie psichiatriche non completamente stabilizzate.

<sup>9</sup> Nella stessa struttura nell'arco di 7 anni solo 3 persone hanno richiesto il trasferimento in RSA; 3 hanno potuto usufruire di altrettanti alloggi protetti contigui; 2 ospiti, tra i quali 1 persona con demenza nel tempo diventata severa, hanno concluso la loro esistenza nella Comunità.

## MATERIALI DI LAVORO

nostra esperienza la Comunità alloggio ha rappresentato un'ulteriore preziosa opportunità per persone non più in grado di continuare a vivere da sole a casa propria e non ancora così compromesse da richiedere l'istituzionalizzazione in RSA, e una risorsa in più per gli operatori territoriali impegnati ad individuare nella rete dei servizi la risposta più adeguata ai bisogni dell'utenza anziana.

Non a caso ribadiamo il riferimento alla "rete": siamo convinti, proprio sulla base delle esperienze conosciute, che solo uno stretto rapporto con la rete dei servizi rappresenti insieme la condizione per la reale efficacia di questa unità di offerta, e la garanzia della tutela dei diritti delle persone che vengono accolte. Si è dimostrata utile un'integrazione strutturale o funzionale con altri servizi, come la prossimità o contiguità con una RSA o la localizzazione di una Comunità alloggio in un presidio che ospiti anche un Centro Diurno Integrato (CDI) e un nucleo di alloggi protetti; si tratta di soluzioni in grado non solo di favorire sinergie e ottimizzare funzioni e operatori, riducendo così i costi del servizio, ma anche di integrare diversi livelli di intervento, assicurando la continuità delle cure senza interrompere la relazione con la comunità di appartenenza (Giunco, 2009). La presenza, nella stessa residenza, di più utenti può agevolare l'intervento degli operatori dell'ADI e rende opportuno un raccordo organizzativo con il Distretto socio-sanitario. L'erogazione al gestore di un *voucher* socio-sanitario di comunità (una proposta già avanzata all'ASL di Monza e Brianza) potrebbe arricchire la gamma di prestazioni sanitarie erogate nella residenza senza gravare economicamente sul sistema, che si gioverebbe, al contrario, di risparmi indotti dalla riduzione del ricorso al ricovero ospedaliero ed ai sistemi di emergenza-urgenza, dall'agevolazione delle dimissioni protette, dalla riduzione dell'istituzionalizzazione.

A tutela degli utenti appare poi indispensabile che l'accesso alla Comunità alloggio sia subordinato ad una valutazione multidimensionale a cura degli operatori – del Comune e dell'ASL – responsabili della regia degli accessi ai servizi della rete, e che l'*équipe* valutativa definisca, con il gestore, un Piano di assistenza individuale e ne controlli periodicamente i risultati, verificando anche la capacità della struttura di rispondere correttamente al mutare nel tempo dei bisogni degli ospiti. Lo stretto

rapporto con la rete dei servizi e con gli operatori responsabili della regia degli accessi garantisce anche, in caso di necessità, un percorso preferenziale della persona verso servizi più strutturati.

Altrettanto fondamentale è il rapporto con la/e rete/i informale/i. Siamo convinti che questo servizio possa esprimere la sua valenza di residenza alternativa e sfuggire al rischio dell'istituzione totale solo se si radica fortemente nella comunità locale (se ne è l'espressione, verrebbe da dire) ed è sostenuto da una convinta partecipazione della comunità stessa, attraverso le realtà del volontariato ed il coinvolgimento dei familiari nei progetti di vita. La presenza attiva, tanto dei volontari quanto dei familiari, appare d'altra parte la strada, quasi obbligata, per consentire l'equilibrio tra la dimensione della residenza ed i suoi costi.

Alcune recenti proposte di Comunità residenziali individuano nei 20 posti la dimensione ottimale di questi servizi, capace di garantire l'equilibrio economico. Noi pensiamo che un simile numero di ospiti superi la possibilità della struttura di mantenere la sua connotazione domestica, e che le dimensioni massime non debbano superare le 10 persone. Il contenimento dei costi<sup>10</sup> può essere perseguito proprio grazie alla collaborazione dei familiari e dei volontari alla gestione del servizio, oltre che con altre strategie già ricordate (la realizzazione della residenza in prossimità di altri servizi, l'affidamento della sorveglianza notturna in cambio della disponibilità di un alloggio, il raccordo organizzativo con l'ADI, un ulteriore sostegno da parte della Sanità, eventualmente tramite un meccanismo tipo "voucher di comunità").

Al di là delle criticità organizzative ed economiche, la possibile, ed auspicabile, diffusione di questo modello di servizio passa anche attraverso il suo riconoscimento normativo. L'accoglienza residenziale di soggetti con disabilità anche gravi, in assenza dell'autorizzazione al funzionamento di un'unità di offerta non normata, può oggi esporre il gestore a contestazioni da parte degli organismi di vigilanza. Sembra positiva, pertanto, l'intenzione del programmatore regionale, ricordata all'inizio, di affrontare il tema delle residenze a prevalente caratterizzazione sociale. A nostro avviso questo pur auspicabile intervento normativo non deve però essere troppo vincolante né sul versante edilizio (è probabilmente sufficiente il rispetto delle norme sulle barriere architettoniche) né su

<sup>10</sup> Nelle 3 Comunità alloggio presenti sul territorio del Comune di Brescia, che mettono in campo un forte supporto dei volontari, il costo giornaliero si colloca oggi tra i 35 ed i 45 Euro.

quello organizzativo-gestionale (ferma restando la garanzia dell'assistenza tutelare sulle 24 ore). La miglior conoscenza delle esperienze in atto, ed un'adeguata fase di sperimentazione, potranno fornire ulteriori preziosi riferimenti. Gli aspetti che a noi appaiono fin d'ora irrinunciabili restano l'appartenenza di questa unità di offerta ai servizi territoriali (medici di famiglia e ADI) e la responsabilità in capo al Distretto, in collaborazione con il Comune, dell'accesso alla residenza, della definizione e della verifica del progetto di "vita" e della garanzia di un eventuale trasferimento alla RSA quando imposto dalle mutate condizioni del soggetto.

## CONCLUSIONI

Nel lungo percorso di costruzione della rete dei servizi per la popolazione anziana della nostra Regione la definizione puntuale di requisiti strutturali e gestionali per i presidi residenziali (e semiresidenziali) ha rappresentato al tempo stesso uno stimolo al miglioramento della qualità ed una garanzia per gli utenti, a cui ha fatto peraltro riscontro una certa rigidità dei modelli di servizio erogato e la penalizzazione di altre possibili alternative. L'evoluzione tanto dei bisogni degli anziani, quanto delle capacità operative delle RSA, suggerisce oggi un deciso sviluppo di modelli residenziali alternativi e, al loro interno, delle Comunità alloggio. L'efficacia di questi "nuovi" modelli di residenza passa, a nostro avviso, dalla capacità tanto del legislatore regionale, quanto dei gestori, di coniugare la tutela dei bisogni fondamentali della persona (assistenziali, sanitari, ma anche e soprattutto relazionali) con la valorizzazione della sua autonomia ed il massimo grado di flessibilità e di "libertà" organizzativa, e di promuovere il più possibile la collaborazione tra

la rete formale e le reti informali. L'analisi di alcune esperienze nate spontaneamente sul territorio regionale ci dicono che è una strada percorribile.

## BIBLIOGRAFIA

- Costa G. Abitare e anziani. Dal ventaglio di soluzioni a una proposta di azioni, Consulenza DIAP-Politecnico di Milano, Healthy Urban Planning - Healthy Cities, 2006.
- Giunco F. Il voucher socio-sanitario. In: Gori C. (a cura di), Come cambia il welfare lombardo. Una valutazione delle politiche regionali, Maggioli, Sant'Arcangelo di Romagna 2010.
- Giunco F. Servizi di prossimità, residenze sociali e strutture intermedie. Sostenere la quotidianità di anziani e famiglie, Fondazione Cariplo. Quaderni dell'osservatorio, Monza 2009.
- Guaia A, Casanova G. I bisogni e le risposte. In: Network Non Autosufficienza (a cura di), L'assistenza agli anziani non autosufficienti in Italia, 2° Rapporto. Maggioli, Sant'Arcangelo di Romagna 2010.
- Guerrini G. I servizi residenziali. In: Gori C. (a cura di), Come cambia il welfare lombardo. Una valutazione delle politiche regionali, Maggioli, Sant'Arcangelo di Romagna 2010.
- IRER. Realizzazione di percorsi di studio e approfondimento finalizzati all'evoluzione delle politiche abitative e all'housing sociale, IRER, Milano 2008.
- Kang H. Anxiety, depression, and cognitive impairment in dementia-specific and traditional assisted living. *J Gerontol Nurs* 2010;36(1):18-30.
- Pesaresi F, Gori C. Servizi domiciliari e residenziali per gli anziani non autosufficienti in Europa, Tendenze nuove 2003;4-5:459-87.
- Sloane PD. Dying With Dementia in Long-Term Care, *The Gerontologist* 2008;48(6):741-51.
- Spitzer WJ. The coming of age for assisted living care: new options for senior housing and social work practice. *Soc Work Health Care* 2004;38(3):21-45.
- Wilson KB. Historical evolution of assisted living in the United States, 1979 to the present. *Gerontologist* 2007;47:53:8-22.