

Verso nuovi modelli di residenzialità. Il progetto Abitare Leggero

Fabrizio Giunco*, Marco Predazzi**, Giuliana Costa***

*Polo Lombardia 2, Fondazione Don Gnocchi, Milano

**Fondazione il Melo Orlus, Gallarate (VA)

***Dipartimento di Architettura e Studi Urbani, Politecnico di Milano

INTRODUZIONE

La vecchiaia è un processo dinamico, che si sviluppa oggi in tempi più lunghi e con modalità più articolate di quanto fosse in passato. Persone e famiglie affrontano in gran parte da sole i cambiamenti che questo processo determina: il passaggio dalla vita indipendente alla vita assistita; il sopraggiungere della totale dipendenza; le delicate fasi di transizione fra un tempo e l'altro; i complessi processi di riprogettazione esistenziale e di riorganizzazione familiare che le accompagnano. La rete dei servizi formalizzati italiana è orientata soprattutto verso le disabilità più gravi o le più evidenti necessità di malattia, mentre sono poco diffuse le soluzioni rivolte ad anziani con esigenze meno specifiche o di apparente minore entità.

Il Progetto Abitare Leggero¹ ha esplorato i nuovi modelli che la letteratura e gli scenari internazionali propongono, con particolare riferimento alle diverse forme di residenzialità abitativa e comunitaria, non istituzionali e ad organizzazione leggera, il cui obiettivo è quello di favorire la permanenza della persona anziana nella propria casa o nella propria comunità durante il naturale processo di invecchiamento e per il maggior tempo possibile ("ageing in place")², offrendo risposte proporzionate, sussidiarie e coerenti con i desideri delle persone.

È utile riflettere, a questo proposito, sul fatto che i più grandi moltiplicatori di bisogni sono oggi i normali modelli di organizzazione urbana (OECD, 2003). Le persone più deboli incontrano difficoltà sistematiche nella loro vita quotidiana, per provvedere a sé stesse, spostarsi, mantenere relazioni, interagire con la distribuzione commerciale, con il mondo bancario o con quello delle pubbliche amministrazioni. Si tratta di difficoltà che nascono da una progettazione di questi sistemi, che fatica a rappresentare la variabilità dei funzionamenti implicita nello sviluppo dell'esistenza. Ogni anziano che non sia messo in condizioni di poter sostenere le proprie esigenze quotidiane è destinato a diventare un potenziale utente di possibili e più complessi nuovi servizi. Così, piuttosto che pensare solo a questi, soprattutto in uno scenario di risorse limitate, sembra utile costruire intorno alle persone e alle famiglie un ambiente favorevole alla normale espressione di sé e alla gestione autonoma delle soluzioni necessarie (WHO, 2007).

PER QUALI POPOLAZIONI?

Operare con questi obiettivi presuppone una comprensione più analitica del processo d'invecchiamento e, soprattutto, dei rischi più frequenti a cui la persona

¹ Il progetto Abitare Leggero è stato realizzato con il contributo di Fondazione CARIPO e ha coinvolto - insieme agli enti gestori dei servizi che hanno accettato di partecipare al suo sviluppo - due organizzazioni partner: la Fondazione Housing Sociale di Milano e la Società Cooperativa Sociale La Meridiana di Monza. È stato progettato come ricerca partecipata e si è sviluppato in due anni di lavoro. Nel suo sviluppo sono state analizzate la letteratura e la modellistica internazionale, intervistati esperti, promosso focus group e workshop sui principali temi in gioco. È stato quindi costruito un network di servizi di residenzialità leggera già attivi sul territorio lombardo. Sono stati analizzati modelli di sostegno abitativo e di residenzialità non istituzionale, orientati a favorire la vita indipendente o sostenere le prime esigenze di vita assistita in contesti amichevoli e fortemente integrati con i normali servizi di comunità. A tutti gli attori sono state proposte alcune ipotesi di lavoro, tratte dalla letteratura e dalla modellistica internazionale e rielaborate dal gruppo di ricerca. Insieme ad essi sono stati quindi progettati gli approfondimenti successivi. Le strutture sono state analizzate rispetto a organizzazione, obiettivi, modelli di riferimento, servizi offerti, soluzioni architettoniche, popolazioni accolte.

² www.seniorresource.com/ageingpl.htm

è esposta lungo il suo naturale sviluppo. Intervenire sui fattori di rischio, prima che sulle sole situazioni di disabilità conclamata, appartiene alla cultura della prevenzione e, come in altri ambiti, ha esiti positivi anche rispetto all'utilizzo appropriato dei servizi formalizzati. I sottogruppi di popolazione in esame sono meno abituali per i servizi formalizzati e per la programmazione politica, ancora orientati verso una visione dicotomica dell'autonomia e della dipendenza. L'attenzione alla fragilità, ad esempio, consente di individuare dei "periodi finestra" nei quali agire attraverso interventi di prevenzione o di sostegno adattativo, con particolare riferimento alle situazioni di pre-fragilità (Gill, 2010). La stessa disabilità evolve in modo graduale in circa la metà dei casi (Zanetti, in press). In questo scenario, assumono particolare significato soprattutto le prime limitazioni nelle funzioni strumentali (IADL). L'*International Classification of Functioning, Disability and Health* (ICF) suggerisce di valutare in dettaglio le potenzialità delle persone, confrontandole con il ruolo di facilitazione o barriera che l'ambiente propone e che possono favorire o limitare la risoluzione autonoma dei problemi e condizionare la qualità di vita. Le barriere ambientali e sociali, la struttura della rete dei servizi o un cattivo approccio alle situazioni di rischio, possono contribuire anche a un precoce esaurimento delle ridotte riserve funzionali di persone disabili o fragili per la maggior fatica richiesta dai processi di adattamento (Micheli, 2004).

I numeri in gioco sono consistenti³. Micheli (2004) ha analizzato quattro *Social Survey* realizzate in Nord Italia tra il 1995 e il 1998. La revisione statistica mostra come le limitazioni nelle IADL interessino a 70 anni il 40% delle persone, a 80 il 75% e circa la totalità degli ultra 85enni. Più difficili le stime sulla fragilità, condizionate dai diversi criteri di rilevazione. Secondo lo studio SHARE⁴, la prevalenza in Italia di anziani fragili è – escludendo i disabili dal calcolo – del 14,3% della po-

polazione ultrasessantacinquenne, mentre i pre-fragili rappresentano il 48,8%. La ricerca IRER su un campione di 3.000 anziani lombardi (Guaia, 2000) segnala come il 32,7% e il 3,6% degli anziani con indicatore di fragilità standardizzato medio-elevato o elevato siano privi di una rete di sostegno.

LETTERATURA E MODELLI IN EVOLUZIONE

Anche per questi motivi, oltre che per un miglior utilizzo delle risorse, nei paesi a economia avanzata sono stati sperimentati e implementati molti nuovi modelli di intervento⁵, soprattutto orientati a ripensare o arricchire il concetto di abitare. Esiste una letteratura ormai consistente che fa riferimento a descrittori di ricerca di nuova generazione, come *independent living facilities* e *assisted living facilities*⁶. È un mondo fluido e in divenire, che va dalle politiche di adattamento e arricchimento delle abitazioni fino alla diffusione di modelli aggiornati di *housing* sociale, di abitazioni integrate da servizi accessori e di forme non convenzionali di residenzialità comunitaria. Questa evoluzione è sostenuta anche da un ripensamento dei sistemi domiciliari, sempre più arricchiti da funzioni di prossimità e sostegno alla quotidianità: consegne a domicilio, preparazione dei pasti, trasporto, assicurazione e monitoraggio, *case management* e mediazione di rete (Brayne, 2006). Molti paesi hanno tradotto queste indicazioni in consistenti strategie politiche, che mettono in discussione molti paradigmi tradizionali. Ad esempio, il confine tradizionale fra servizi residenziali e di *home care*. Paradossalmente, la più alta percentuale di persone assistite in residenze istituzionali vive proprio nei paesi che garantiscono gli investimenti più elevati sui sistemi domiciliari (*Council of the European Union*, 2009). Questo dato, che sembrerebbe rappresentare il falli-

³ Applicando i dati di prevalenza proposti alla popolazione lombarda al 2021, si può derivare che siano non meno di 700.000 gli ultra 70enni con possibili o sicure limitazioni nelle IADL, 400.000 i soli ultra 85enni con verosimile totale dipendenza nella stessa area, 325.000 gli anziani fragili e circa 1.100.000 quelli pre-fragili. Inoltre, potrebbero essere almeno 140.000 gli anziani con fragilità elevata o medio-elevata e reti di sostegno assenti.

⁴ <http://www.share-project.org>

⁵ È possibile citare (fra parentesi la sigla del paese): Alloggi Life Resistant (NL), Seniorcitizen label (NL), Ensemble2generation (F), Habitat Reameneage (F), Granny-annexe (F), Vie Dome (F), Logement Foyer (F), Samyter Residences (F), Gruppobostader (Swe), Viviendas Dotacionales (E), Le Balloir (B), Logement c/o Maison de retrait (F), Residences services (F), Care Center Residences (NL), Altenwohnheim in Residence (D), Maison Caongourou (B), Kangaroo House (N), Nursing Dwellings (DK), Abbeyfield (UK), Cantous (F), Hotel Care (NL), Residential Care Homes (UK), Etablissement d'hébergement personnes âgées dépendantes (F), Woonzorgcentra (NL), Sheltered House (Swe), Assisted Living Facilities e Continuing Care Retirement Communities (USA).

⁶ <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/mesh>

ESPERIENZE

mento del ruolo preventivo dell'istituzionalizzazione da parte dei servizi domiciliari tradizionali, appare più comprensibile alla luce del fatto che nella maggior parte delle realtà nazionali le forme abitative e residenziali sociali superano le istituzioni di ricovero sanitarizzate, giocando un ruolo sempre più rilevante nello spazio intermedio di protezione tra queste e il domicilio privato. In Europa sembra quindi esistere un trend virtuoso orientato verso lo sviluppo di una rinnovata domiciliarità globale, termine che non comprende solo servizi domiciliari di nuova generazione, ma sostanziose politiche di *housing* sociale e reti operative a forte integrazione di competenze. Con queste modalità, ad esempio, la Danimarca ha ridotto nel periodo 1987-2006 i posti letto istituzionali da 50.000 a 26.000 unità, a fronte di una residenzialità sociale passata a 53.000 unità. Negli Stati Uniti, le residenze per la vita assistita (*Assisted Living Facilities*, ALF) hanno conosciuto uno sviluppo particolarmente consistente (Wilson, 2007), favorito dall'incontro fra le esigenze dei consumatori, dei gestori e delle agenzie governative. Nella percezione comune, si tratta infatti di strutture più gradite, più facili e più economiche da gestire (Unwin, 2010). Nel 2010 sono state censite 31.100 ALF⁷, in grado di accogliere poco meno di 1 milione di anziani (Park-Lee, 2011), dato ormai poco distante dagli 1,5 milioni di anziani accolti nelle 16.100 *Nursing Homes*

(NH) (Jones, 2009). Soprattutto nelle regioni occidentali, le ALF rappresentano ormai l'offerta prevalente di servizi per anziani.

LA CULTURA DELL'ARCO DI VITA

Questi scenari sono coerenti con le indicazioni culturali dell'ONU (2003), che hanno rilanciato le potenzialità della cultura dell'arco di vita. Le persone anziane non sono una categoria standardizzabile, ma mantengono una caratteristica variabilità individuale che si declina lungo l'intera storia della propria esistenza. L'invecchiamento è un processo in costante divenire, affrontato da ciascuno attingendo alla propria plasticità evolutiva e vissuto in un tessuto intergenerazionale di relazioni. Come tale, si tratta di un processo personale e dinamico, in grado di interagire attivamente con le sollecitazioni sociali. Si tratta di temi che devono trovare in qualche modo riscontro nella corrispondente filosofia dei servizi. Le parole chiave utili a questo scopo sono riassunte nella Tabella 1 (Predazzi, 2002). In questo contesto, le Residenze Sanitarie Assistenziali (RSA) non sono più considerate genericamente un possibile e alternativo modello a servizi più leggeri. Piuttosto, è chiaro quale sia il loro ambito specifico di utilizzo, come luogo sempre più dedicato alla presa in

Tabella 1 - Principi guida per lo sviluppo di modelli di servizio coerenti con la cultura dell'arco di vita.

L'eventail ("à chacun sa vieillesse" Predazzi, 2000): garantire ai più anziani la scelta tipologica più ampia possibile tra soluzioni abitative e opzioni di protezione, in armonia con le caratteristiche psicologiche, sociali e culturali individuali.

Habitat Pad: utilizzare le soluzioni abitative intermedie, adeguatamente attrezzate, come piattaforma strutturale sui cui appoggiare le diverse forme e strategie di *home care*.

Lifespan: adeguare alloggi e supporti sanitari e assistenziali alla persona nella sua abitazione, con soluzioni in grado di accompagnarla per un arco ampio della sua vecchiaia, piuttosto che costringerla alle migrazioni attraverso strutture a diverso grado di intensità assistenziale.

Architettura globale: progettare gli spazi di socialità e i servizi secondo una visione globale, i cui elementi fondanti sono rappresentati da multigenerazionalità e integrazione urbana.

La Rete: valorizzare nelle politiche sociali le risorse delle reti informali e le risorse strutturali, la convergenza sull'obiettivo delle competenze pubbliche, no profit e private, le sinergie di prossimità e le economie di scala per realizzare politiche sociali.

⁷ Le strutture sono state censite dalla *National Survey of Residential Care Facilities*, un'indagine nazionale promossa dai *Center of Disease Control* e dal *Prevention's National Center for Health Statistics*.

carico delle esigenze degli ultimi due-tre anni di vita⁸ e chiamato ad adottare filosofie operative al confine fra geriatria e cure palliative (EAPC, 2013). In ugual modo, viene messa in discussione la tradizionale articolazione delle residenze istituzionali in modelli a diversa intensità di cura; questi, impongono alle persone ripetuti cambi di struttura proprio negli ultimi anni di vita; è una modalità non gradita, che limita la continuità delle cure ed è una possibile fonte di inefficienze di sistema.

SOLUZIONI ABITATIVE E RESIDENZE DI VITA ASSISTITA

Le nuove forme di residenzialità sociale sono più spesso rappresentate da strutture di dimensioni contenute, ad alta caratterizzazione domestica, orientate a sostenere in modo proporzionale le esigenze di vita indipendente e di vita assistita dei più anziani. Adottano soluzioni organizzative leggere e valorizzano in modo particolare la dimensione relazionale del rapporto di cura (Kemp, 2009). Le ridotte dimensioni e la diffusione territoriale garantiscono il mantenimento di un'identità più facile da interpretare per le persone, assicurandole rispetto al timore di essere espulse dalle dinamiche di vita e di relazione che danno significato alla propria esistenza. Il privilegio delle relazioni riduce e media l'impatto con un luogo che deve "anche" garantire servizi, ma che lo fa con la misura e la delicatezza necessarie a non far sentire la persona e la sua famiglia totalmente esautorate. Molte esperienze italiane operano con modelli simili, attraverso soluzioni abitative integrate da servizi accessori (portineria sociale, reperibilità telefonica, monitoraggio leggero, assistenza domestica, piccola manutenzione, sostegno logistico) o soluzioni di vita comunitaria più orientate verso le limitazioni iniziali delle autonomie quotidiane. Le più recenti propongono anche soluzioni integrate – domiciliari, abitative, comunitarie e diurne – progettate per favorire il mantenimento delle persone nella propria comunità (Fondazione Housing Sociale, in press). Gli anziani residenti restano a carico dei sistemi di cure primarie e le strutture sono sempre ben collegate con i servizi domiciliari e di rete.

Altri modelli hanno maggiore attinenza con i progetti di edilizia pubblica o di civile abitazione, come nel caso delle *viviendas dotacionales* catalane (Cocco, 2011). Si tratta di un programma di edilizia residenziale pubblica per anziani e per altri gruppi di popolazione, come studenti o giovani famiglie. Il progetto è governato da appalti pubblici che impongono una buona localizzazione della realizzazione rispetto alla città, la distanza massima dai luoghi di servizio, la ripartizione fra spazi privati e spazi sociali; le popolazioni diverse (anziani e giovani) sono accolte in aree distinte, ma collegate in modo da facilitare sia la reciproca indipendenza che le occasioni di incontro e socializzazione. I complessi sono arricchiti da funzioni accessorie – coordinamento, animazione, monitoraggio, prima assistenza in caso di necessità – attraverso operatori appartenenti a cooperative selezionate dall'Ente locale. L'offerta di appartamenti avviene a canone sociale, le costruzioni sono di buona qualità e l'abitare piacevole e ben integrato con la città. Esempi simili si trovano in altri paesi. Possono essere rappresentati da semplici regole di buona costruzione dettate per la civile abitazione (OECD, 2003) che favoriscono l'adattabilità delle nuove realizzazioni alle esigenze di vita dei più anziani. Oppure, veri e propri sistemi abitativi, intergenerazionali e multiservizi, in grado di accompagnare l'intero arco di vita in vecchiaia dei residenti; è il caso, ad esempio, delle *Continuing Care Retirement Communities* statunitensi. Anche in Italia sono reperibili esperienze interessanti di arricchimento con servizi dei complessi di edilizia popolare storica o di progettazione di complessi abitativi che riprendono molte di queste soluzioni.

LE STRUTTURE E LE POPOLAZIONI DI ABITARE LEGGERO

Il progetto Abitare Leggero ha esplorato l'applicazione di queste prassi su un campione di esperienze già attive sul territorio lombardo. Sono state selezionate 52 strutture che offrono un complesso di 467 appartamenti, 352 posti di residenzialità comunitaria e 167 di tipo semi-residenziale, più spesso gestite da cooperative sociali, comuni e altri enti *no profit*. Soprattutto le esperienze più recenti si propongono più spesso co-

⁸ Le RSA accolgono oggi soprattutto persone con demenza grave, totale dipendenza nelle BADL, instabilità clinica e indicatori prognostici negativi. Nel 2020 il 40% dei cittadini statunitensi troverà in esse il suo luogo finale di vita e dati simili si ritrovano nei diversi contesti europei (Houttekier, 2010).

ESPERIENZE

me centri polifunzionali, offrendo servizi integrati di tipo domiciliare, semi-residenziale e residenziale, ben collegati alla rete dei servizi di comunità.

Le denominazioni sono fluide e numerose, in analogia a quanto già noto anche in altri paesi. Le strutture sono in genere di dimensioni contenute⁹ e ben realizzate. Derivano più spesso dalla ristrutturazione di stabili già esistenti, ma sono presenti anche progetti dedicati di prima realizzazione. La progettazione architettonica è in qualche caso migliorabile; le realizzazioni sono gradevoli ed è sempre garantita l'assenza di barriere architettoniche, ma sono ancora poco diffuse attenzioni specifiche ai problemi sensoriali o alle possibili limitazioni delle funzioni mentali superiori. Soprattutto i progetti più recenti prestano attenzione al pericolo di realizzare "cittadelle per anziani" isolate e autoreferenziali, rispetto alla costruzione di sistemi intergenerazionali, ben integrati e comunicanti con la vita degli ambienti urbani circostanti.

I residenti sono stati raggiunti con interviste dirette semistrutturate e valutati, sotto il piano funzionale, con il modulo VAOR LTCF del sistema interRAI¹⁰. Gli anziani sembrano unanimemente soddisfatti dell'assistenza ricevuta. Si sentono sicuri, protetti e vivono positivamente le relazioni con gli operatori e gli altri residenti; queste relazioni contribuiscono alla percezione di sicurezza soggettiva. Investono sotto il piano personale nella nuova sistemazione e non ipotizzano nuovi cambiamenti abitativi nel loro futuro diversi dal ritorno – se possibile – al proprio domicilio; nelle residenze comunitarie questa soluzione è frequente e sono ridotti i passaggi diretti verso le RSA.

Gli ospiti delle soluzioni abitative hanno un'età all'accoglienza di 70-75 anni, sono in genere soli e con nuclei parentali molto ridotti. Sono autonomi nelle BADL ma possono presentare livelli diversi di compromissione nelle IADL. La motivazione principale della nuova sistemazione è legata più spesso a problemi

abitativi preesistenti: residenza primaria mal localizzata, di dimensioni eccessive, degradata, oppure non più disponibile per problemi economici. La maggior parte degli anziani non dispone di un'abitazione di proprietà e ha spesso alle spalle una lunga storia di disagi abitativi. L'accoglienza è più spesso di lungo periodo, prossima o superiore ai dieci anni.

Gli ospiti delle residenze comunitarie sono più anziani, con un'età media all'accoglienza vicina agli 85 anni. Presentano più spesso limitazioni nelle BADL e sono già totalmente dipendenti nelle IADL. I rispettivi nuclei familiari, anch'essi di dimensioni ridotte, sono già impegnati nel loro sostegno e le motivazioni principali dell'accoglienza sono legate a difficoltà intercorrenti nel lavoro di cura: necessità di riposo, malattie intercorrenti del caregiver principale, malattie o disabilità di altri familiari anziani. Oppure, a sostenere le necessità di riadattamento alla vita quotidiana successive a ricoveri ospedalieri o riabilitativi. Al contrario che nelle soluzioni abitative, gli anziani mantengono più spesso la disponibilità di un'abitazione primaria di proprietà. L'accoglienza è circoscritta nel tempo: 3 o 6 mesi, più raramente uno o due anni.

La valutazione VAOR è stata applicata a un campione di 300 anziani, che si distribuiscono soprattutto nel raggruppamento Funzione Fisica Ridotta (68,7%) e nel RUG 44 (Fig. 1), quello di partenza del sistema di classificazione. Meno frequente, ma presente, l'assegnazione ai RUG immediatamente superiori; i tempi di assistenza stimati sono inferiori a quelli previsti come *standard* minimi per le RSA lombarde¹¹ in poco meno del 75% del campione. Le limitazioni ADL sono di entità ridotta e sostenibili per lo più con funzioni di organizzazione, supervisione di vita o assistenza limitata (Fig. 2). Fino al 40% dei residenti mostra alterazioni delle funzioni mentali superiori. Si tratta di un dato compatibile con quello derivato dagli studi internazionali, che hanno già dimostrato come queste popola-

⁹ Il tema del corretto dimensionamento è ancora oggetto di dibattito scientifico. In generale, nei modelli internazionali le soluzioni abitative tendono a dimensionamenti più consistenti di quelli rilevati nel campione lombardo, per garantire migliori efficienze di sistema. Le soluzioni di vita assistita sono invece più vicine ai dimensionamenti rilevati (non oltre i 30 posti letto); questo per ridurre l'aspetto istituzionale e favorire la personalizzazione degli interventi e la qualità delle relazioni.

¹⁰ Il modulo LTCF (Long Term Care Facilities) è stato utilizzato, invece che il più appropriato VAOR Home Care (il Vaor Assisted Living non è stato ancora validato nella versione italiana), per garantire una migliore confrontabilità con i dati in via di raccolta nella sperimentazione regionale sulle RSA. Uno dei temi oggetto di dibattito attuale è proprio quello della possibile presenza nelle RSA di anziani portatori di esigenze di minor intensità assistenziale e possibili destinatari privilegiati di servizi più leggeri, come quelli in oggetto, mentre è possibile che anche nelle residenze leggere siano presenti anziani con esigenze di livello più elevato.

¹¹ 901 minuti settimanali di assistenza per ospite.

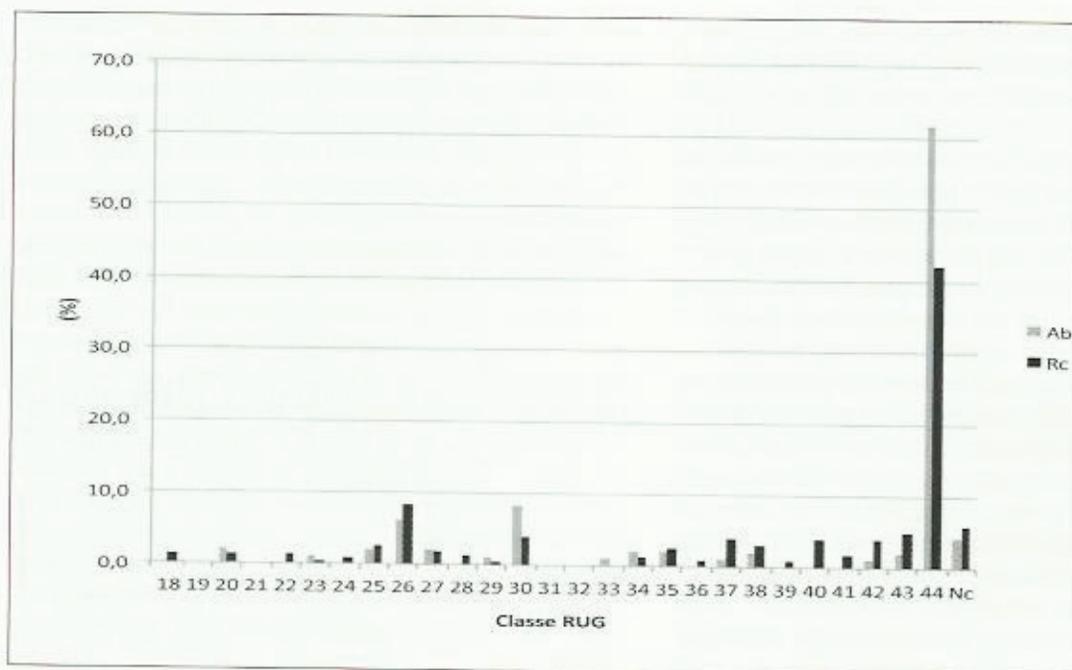


Figura 1 - Distribuzione per classe RUG III di 300 residenti nelle strutture censite nel Progetto Abitare Leggero.
NB: sono state riportate solo le classi RUG rappresentate nel campione.
Legenda:
Ab: soluzioni abitative per la vita indipendente.
Rc: residenze comunitarie per la vita assistita.
Nc: Non classificabili.

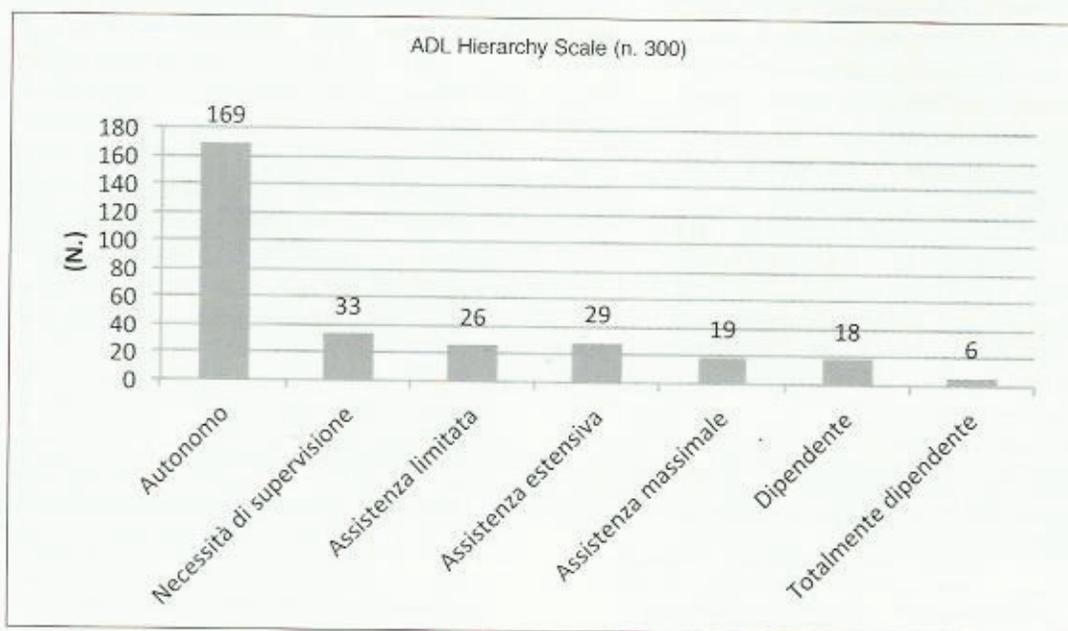


Figura 2 - Distribuzione ADL di 300 residenti nelle strutture censite nel Progetto Abitare Leggero.

ESPERIENZE

zioni siano gestibili in modo efficace anche in soluzioni meno strutturate delle RSA, se queste sono ben realizzate sotto il piano architettonico e con operatori adeguatamente formati (Kang, 2010). Nel campione analizzato si tratta in ogni caso di anziani con necessità assistenziali di entità ridotta (organizzazione, supervisione, assistenza limitata), indipendenza residua nelle funzioni chiave e senza anomalie comportamentali maggiori. Nel complesso, la popolazione accolta nel campione di Abitare Leggero appare in gran parte inappropriata per l'accoglienza in RSA e compatibile con i modelli organizzativi delle realtà analizzate, fatte salve aree limitate di possibile criticità meritevoli di attenzione. Il confronto con i dati della contemporanea valutazione VAOR promossa dalla SIGG lombarda su un campione significativo di circa 120 RSA regionali, mostra come anche nelle RSA siano ancora presenti popolazioni che potrebbero beneficiare di sistemazioni di minore intensità assistenziale e sanitaria (Brizioli, 2013). In questo senso il VAOR potrebbe rappresentare un contributo interessante per il *case-management*, il governo e le valutazioni di appropriatezza della rete dei servizi¹².

CONCLUSIONI

Nel complesso, la ricerca ha intercettato un mondo in divenire, che attinge a riferimenti di letteratura sempre più solidi. Sotto molti aspetti, può dirsi conclusa la fase sperimentale e i nuovi modelli attendono solo di essere applicati alle normali prassi operative. I servizi analizzati nel campione lombardo sembrano coerenti con le indicazioni scientifiche e con la modellistica internazionale, di cui applicano correttamente molte indicazioni. Le nuove soluzioni per la vita indipendente, integrate da servizi accessori e ben integrate nei servizi di comunità, affrontano il tema della facilitazione della vita quotidiana di anziani con difficoltà soprattutto abitative e di interazione con i difficili contesti di vita urbana. I servizi per la vita assistita sostengono le difficoltà di famiglie già impegnate nel sostegno ad anziani con disabilità, favorendo il lavoro di cura domestico

e il prolungamento sostenibile della vita in comunità. Anche la popolazione accolta è sovrapponibile a quelle dei rapporti pubblicati in altri paesi e le possibili criticità sono ridotte e correggibili attraverso il miglioramento dei processi di ammissione e il monitoraggio condiviso con i servizi territoriali. Resta aperto il tema del riconoscimento normativo e l'identificazione di una più chiara collocazione di rete, oltre che quello della sostenibilità e replicabilità di questi modelli, soprattutto in un contesto di perdurante crisi economica. La ricerca Abitare Leggero, i cui dati completi saranno diffusi nel corso del 2013, vuole offrire un contributo al dibattito sulle modalità più idonee ad accompagnare il naturale sviluppo della vecchiaia. Le sue conclusioni, condivise con i suoi attori, suggeriscono alcuni interventi possibili per lo sviluppo di nuove forme di accoglienza residenziale o polifunzionale, sussidiarie delle risorse delle persone e delle famiglie.

BIBLIOGRAFIA

- Brayne C. Cohort Profile: The Medical Research Council Cognitive Function and Ageing Study (CFAS). *International Journal of Epidemiology* 2006;35:1140-5.
- Brizioli F. La costruzione di un sistema tariffario per le RSA basato sui RUG. In: Pesaresi F. RSA - Residenze sanitarie assistenziali. Maggioli, Sant'Arcangelo di Romagna, 2013.
- Cocco F. Residenze sociali con servizi per anziani. Il modello della "vivienda dotacional" del Comune di Barcellona. Espanet Conference "Innovare il welfare. Percorsi di trasformazione in Italia e in Europa", Milano, 29 settembre 2011.
- Council of the European Union. European Conference on Healthy and Dignified Ageing. Stockholm, 15-16 settembre 2009.
- European Association of Palliative Care. Palliative Care in Long-Term Care Settings for Older People. EAPC Taskforce 2010-2012. Final Report. EAPC, 2013.
- Fondazione Housing Sociale. Progetto Abitare Leggero. Milano, 2013 (in press).
- Gill TM. Assessment of Function and Disability in Longitudinal Studies. *JAGS* 2010;58(Suppl 2):S308-12.
- Guaia A. La salute. In: IReR. Anziani: stato di salute e reti sociali. Guerini, Milano 2000.

¹² Ad esempio, i moduli VAOR *Home Care, Assisted Facilities* e LTCF includono algoritmi di calcolo di indicatori utili a identificare le soglie di rischio di istituzionalizzazione e di carico assistenziale dei caregiver (MAPLe), le limitazioni IADL e ADL, le alterazioni CPS e la loro sintesi in score riassuntivi utili a prefigurare gli obiettivi, i tempi e le modalità di assistenza più utili.

- Houttekier D. Place of death of older persons with dementia. A study in five european countries. *JAGS* 2010;58:751-6.
- Jones AL. The National Nursing Home Survey: 2004 overview. *Vital Health Stat* 13 2009;167:1-155.
- Kang H. Anxiety, depression, and cognitive impairment in dementia-specific and traditional assisted living. *J Gerontol Nurs* 2010;36(1):18-30; quiz 32-3.
- Kemp L. I get along with most of them: direct care workers' relationship with residents' families in assisted living. *Gerontologist* 2009;49 (2):224-35.
- Michei GA. Plasticità e stati d'animo. Sotto la dimensione cognitiva della perdita di autonomia. *I luoghi della cura* 2004(2):20-25.
- OECD. Ageing, Housing and Urban Development, OECD, 2003.
- ONU Towards a society for all generation, ONU, 2003.
- Park-Lee E. Residential Care Facilities: A Key Sector in the Spectrum of Long-term Care Providers in the United States. NHC5 Data Brief, No. 78, December 2011.
- Predazzi M. La cultura dell'arco di vita. In: Guerci A. Living and curing old age in the world. ERGA, 2002.
- Predazzi M, Vercauteren R, Loriaux M. Des lieux et des modes de vie pour les personnes âgées, UE, 2000.
- Unwin BK. Nursing Home Care (Part I). Principles and pitfalls of practice. *American Family Physician* 2010;81(10):1219.
- Wilson KB. Historical evolution of assisted living in the United States, 1979 to the present. *Gerontologist* 2007;47 Spec No 3:8-22.
- World Health Organization. Global age-friendly cities: a guide. WHO, 2007.
- Zanetti M. Fragilità, disabilità, sistemi di long term-care. Sintesi della letteratura internazionale. Progetto Abitare Leggero. Milano, 2013 in press.