

Comunità Residenziali per anziani: un anno di lavoro

Fausta Podavitte*, Carmelo Scarcella**, Marco Trabucchi***

* Direttore Dipartimento delle Attività Socio-Sanitarie Integrate ASL di Brescia

** Direttore Generale ASL Brescia

*** Presidente Associazione Italiana di Psicogeriatrica e responsabile scientifico Gruppo di Ricerca Geriatrica Brescia

INTRODUZIONE

Quando nel 2010 l'ASL di Brescia sentì l'esigenza di dare vita alla sperimentazione di nuove soluzioni comunitarie per anziani, a bassa protezione, di dimensioni contenute e con costi sostenibili a carico dell'ospite, si respiravano i primi segnali della crisi socio-economica, ma non erano ancora chiaramente prevedibili gli scenari in seguito delineatisi nell'ambito del sistema di welfare, della sanità ed in particolare della rete socio-sanitaria e socio-assistenziale, anche nel nord Italia, zona notoriamente con buon tenore di vita.

La scelta di creare Comunità Residenziali (CR), ampiamente illustrata in precedenti pubblicazioni (1,2), si è rivelata attuale, divenendo stimolo per intraprendere una strada parallela anche per la disabilità adulta, in fase di pianificazione da parte dell'ASL.

Oggi la pressione economica esercitata sul sistema sociale e familiare sta determinando un burrascoso cambiamento non solo nelle abitudini e nei bisogni, ma anche nella domanda di servizi. Una delle motivazioni principali che circa due anni fa influì sulla scelta di dare vita ad una nuova tipologia di struttura residenziale per anziani è stata la pressione della domanda in RSA; oggi invece la priorità sta diventando la non sostenibilità economica della retta della RSA per molte famiglie, oltre che per l'anziano solo. Il contesto dell'ASL di Brescia in cui nacque l'idea del progetto si caratterizza per la consistenza del numero di Servizi per anziani, fra cui 86 RSA accreditate. Nel 2010 sono stati accolti 8.755 ospiti nei 6.561 posti letto totali, a fronte di 4.065 persone in lista di attesa, mentre nel 2011 sono aumentati a 8.966 gli ospiti accolti in un anno ed a 4.333 le persone in lista d'attesa (dato fornito dagli 8 Distretti in cui la lista è unica e gestita dagli operatori ASL in accordo con le RSA). Il quadro attuale presenta 6.197

posti letto accreditati che salgono a 6.511, annoverando i posti letto solo autorizzati; ad essi vanno aggiunti i 273 posti letto di sollievo. A fronte di un cospicuo incremento registrato nella disponibilità di posti letto e nelle liste per l'ingresso in struttura, in particolare a partire dal 2012 si è registrata un'inconsueta "staticità" nelle liste di attesa che in alcuni Distretti non hanno subito incrementi, né variazioni relativamente agli utenti in lista. Inoltre si sono evidenziati fenomeni nuovi sia di dimissione dalle RSA per esigenze economiche dei familiari (la pensione dell'anziano diviene il reddito familiare a fronte di perdita di lavoro di suoi componenti), sia debiti di varia entità, anche cospicua, verso le strutture, per mancati pagamenti della retta. Questi fenomeni, benché ancora sporadici e non censiti, sono segnali inequivocabili di cambiamenti a forte impatto sociale. La mancanza di liquidità dei familiari e la perdita di potere d'acquisto delle pensioni, in contrasto con l'aumento delle rette di degenza, modificano la domanda. Rimane altrettanto significativo comunque il bisogno di garantire diversificate opzioni residenziali in base al grado di compromissione dell'ospite ed al quadro generale.

Ad un anno dall'avvio delle prime due Comunità Residenziali sorte nel territorio bresciano nei Comuni di Borgosatollo e Grottolengo, un primo bilancio può essere effettuato su due fronti: il grado di interesse verso il progetto da una parte ed i dati relativi al primo anno di attività dall'altra.

Per quanto riguarda il primo aspetto, è stato rilevato un incremento di frequenza ed intensità di attenzione verso servizi di nuova generazione. Numerosi sono stati gli incontri di consultazione e consulenziali richiesti da gestori di servizi e rappresentanti di realtà locali; ne sono emerse difficoltà nel trovare nuove soluzioni percorribili ed un contestuale desiderio di indivi-

duare nuove prospettive di investimento in unità di offerta che amplino la rosa di quelle disponibili, ma che siano effettivamente sostenibili. Sono già stati pianificati a tal proposito alcuni nuovi avvisi di Comunità Residenziali a partire dal 2013. Il ruolo strategico di guida assunto dall'ASL di Brescia già nella fase progettuale viene confermato quale punto di forza territoriale anche nell'attività consulenziale e di indirizzo. Servono oggi punti di riferimento chiari e credibili quale "faro" in un mare burrascoso di incertezze, per valutare l'effettiva realizzazione ed efficacia del progetto, oltre al correlato rischio di impresa.

Garantire un riferimento di indirizzo e progettuale è un modo per continuare a stimolare l'imprenditorialità sana anche nel campo dell'assistenza.

In questo contesto il monitoraggio del primo anno di funzionamento delle due nuove strutture era doveroso per valutare l'opportunità di sostenere altri avvisi o la necessità di qualche integrazione che renda la struttura un servizio consolidato.

LE CARATTERISTICHE DELLE COMUNITÀ RESIDENZIALI: DIMENSIONE, PERSONALE, OPERATIVITÀ ORGANIZZATIVA

Uno degli aspetti nodali per tutelare l'identità stessa della Comunità Residenziale è la dimensione contenuta, mediazione fra la tutela degli aspetti relazionali e la sostenibilità economica, oggi altrettanto importante per l'anziano ed i suoi familiari. La dimensione ideale della Comunità Residenziale è pertanto di 20 posti letto, organizzati in due nuclei, per raggiungere un buon equilibrio fra costi gestionali e qualità di vita dell'ospite. Le due Comunità Residenziali avviate hanno una capacità ricettiva di poco superiore ai 20 posti letto: Borgosatollo 22 - Gottolengo 24. Le rette a carico dell'ospite sono rispettivamente di 1.330,00 e di 1.225,00 euro mensili, rette inferiori a quella minima in RSA. Il livello di intensità assistenziale richiesto a questa unità è di molto inferiore a quello in RSA; non sono previste figure sanitarie, bensì solo di tutela ed assistenza, oltre ad un importante ruolo di coordinamento. Il mantenimento delle abilità funzionali e dello stile di vita del singolo ospite sono il "focus" della Comunità Residenziale, ricorrendo a servizi di altra tipologia solo quando necessari per il singolo anziano, attivando la rete locale con tempestività. Con la Comunità Resi-

denziale si sono volute evitare copie inopportune delle RSA e contestualmente ideare un modello diverso dalle comunità per anziani sperimentate in alcune realtà regionali e risultate fallimentari.

I 18 operatori impiegati nelle due comunità residenziali garantiscono 412 ore settimanali di lavoro. Il coordinatore è una presenza part-time, mentre l'80% del personale è costituito da operatori addetti all'assistenza (ASA, OSS), con turnabilità nelle 24 ore; il restante personale è di animazione.

L'identità innovativa della Comunità Residenziale ed il suo buon funzionamento poggiano su alcuni presupposti imprescindibili, fra i quali vanno citati:

- la valutazione multidimensionale pre-ingresso da parte di operatori distrettuali (per l'ASL di Brescia UCAM - Unità di Continuità Assistenziale Multidimensionale), in collaborazione con operatori sociali dei Comuni e/o degli ambiti territoriali, garantendo l'ammissione in Comunità Residenziale dopo aver verificato la rispondenza del servizio ai bisogni della persona, una sorta di "certificazione" di idoneità;
- la predisposizione di un progetto personalizzato di intervento orientato alla salvaguardia delle autonomie, ma anche alla soddisfazione dell'anziano, mantenendo dignità e sufficiente serenità;
- la definizione del livello di fragilità clinica della persona, la pianificazione di eventuali controlli di varia tipologia, prestazioni mediche, terapie farmacologiche, prestazioni protesiche e specialistiche;
- la possibile attivazione dei servizi di Assistenza Domiciliare Integrata (ADI), sia prestazionale sia per profili di voucher, in accordo con il Medico di Medicina Generale, per garantire interventi infermieristici e/o riabilitativi, quando necessario, integrati anche dal Servizio di Assistenza Domiciliare (SAD) comunale;
- il monitoraggio della situazione e l'eventuale attivazione di altri servizi/prestazioni che permettano di continuare a vivere in comunità;
- la dimissione pianificata, qualora si evidenzia un aggravamento della situazione che la renda incompatibile con la vita in comunità e solo a seguito di individuazione e reperimento di un altro servizio più adeguato.

Queste strategie operative sono il presupposto per rendere le Comunità Residenziali un'unità di offerta ben inserita nella rete, mediando fra libertà di scelta, mantenimento del livello di autonomia presente, costi contenuti e sistema di tutela.

TIPOLOGIA DI OSPITI

I destinatari della Comunità Residenziale sono prioritariamente persone anziane compromesse nell'autonomia, ma con un quadro clinico stabilizzato e bisogni di varia natura, di ordine non solo abitativo, ma anche psicologico, relazionale, assistenziale, sanitario e sociale, come specificato nel Piano assistenziale individuale. Essi devono presentare un grado di compromissione da lieve a moderata per mobilità, cognitività/comportamento e comorbidità. Possono essere in condizione sociale e familiare precaria, oppure scegliere volontariamente di vivere in Comunità, ad esempio per far fronte ai problemi determinati dalla solitudine. Gli ospiti sono comparabili alle persone anziane che vivono a domicilio supportate da familiari o badanti, poiché non sono più in grado di gestire da sole completamente la loro quotidianità.

Non sono ammissibili in Comunità Residenziale le persone gravemente non autosufficienti o con disturbi psico-comportamentali di rilievo, poiché le caratteristiche strutturali ed assistenziali del servizio non garantiscono livelli di protezione sufficienti.

Gli indicatori individuati per il monitoraggio, riassunti nella Tabella I, sono relativi al quadro complessivo dell'ospite (con rilevazioni a cura dell'UCAM), a motivazioni di ingresso e dimissione, ai servizi aggiuntivi attivati, oltre che all'eventuale impiego di *caregiver* non professionali.

Per valutare la situazione dell'anziano sono state individuate alcune scale di valutazione fra quelle più note e già in uso da parte delle UCAM dell'ASL, ai fini della valutazione multidimensionale delle persone che accedono ai servizi della rete, per sondare gli aspetti ritenuti più significativi: comorbidità, quadro funzionale e livello di autonomia, quadro cognitivo e tono dell'umore. Esse sono:

- CIRS, scala di comorbidità, la cui compilazione è a cura del MMG, per evidenziare il numero di patologie e la loro gravità, in particolare la fragilità d'organo;
- Barthel, ADL, IADL per la valutazione dell'autonomia e delle abilità funzionali;
- MMSE per valutare le capacità cognitive e la presenza di un eventuale deterioramento cognitivo;
- GDS per misurare il quadro depressivo e monitorare eventuali variazioni nel tono dell'umore.

Le scale di valutazione vengono somministrate al momento dell'ingresso, a 6 mesi e nella fase di dimissione.

La prima valutazione ha un duplice obiettivo:

1. accertare l'idoneità dell'ospite all'inserimento in comunità;
2. monitorare l'impatto che l'inserimento in Comunità Residenziale ha sulla situazione complessiva della persona e sull'evoluzione delle sue condizioni funzionali, somatiche, affettive.

Nei primi 9 mesi di attività monitorata sono stati 64 gli anziani accolti nelle due strutture, di cui 46 donne, con età media di 81,5 anni; l'indice di saturazione è del 91,3%.

Dal punto di vista anagrafico la situazione ospiti rispecchia il quadro della popolazione anziana che fruisce dei servizi della rete.

L'aspetto che determina la maggior differenziazione fra struttura protetta (RSA) e Comunità Residenziale è il grado di compromissione degli ospiti. Le valutazioni con CIRS all'ingresso evidenziano un grado di compromissione medio, con presenza di circa 5 patologie (media di comorbidità sovrapponibile agli assistiti in ADL), mentre in RSA è di 7. In particolare le principali patologie presenti sono: ipertensione, presente in 40 ospiti, del sistema muscolo scheletrico in 35 ospiti, cardiaca in 30 ospiti.

Un accenno a parte meritano i disturbi psichiatrico-comportamentali rilevati in 44 ospiti, con una compromissione di grado medio; i punteggi del MMSE, invece, nel 47,27% dei casi evidenziano l'assenza di compromissione, presente e di grado lieve nel 38,18%, mentre nel 12,73% di grado severo.

Il grado di decadimento cognitivo condiziona pesantemente l'idoneità all'ingresso in Comunità Residenziale. L'indice di Barthel ha evidenziato un grado di compromissione nel 63,5% dei casi da minima a moderata, nel 15,9% severa e nel 20,6% totale, dimostrando che il grado di compromissione motoria trova risposta nel servizio, poiché è verso di essa che sono orientate le principali competenze degli operatori assistenziali.

La GDS ha evidenziato l'assenza di sintomi depressivi. Le motivazioni che inducono all'ingresso in Comunità residenziale sono un altro elemento degno di attenzione. Le principali sono: assenza dei familiari, incapacità o difficoltà degli stessi ad assistere, richiesta diretta da parte dell'anziano quale scelta personale di luogo di vita.

La mancanza di sostegno negli aspetti gestionali-assistenziali quotidiani riguarda 36 ospiti; segue l'assenza di familiari per 10 ospiti, mentre per 10 anziani è stata

Tabella I - Quadro sintetico indicatori di verifica funzionalità Comunità Residenziale.

Dati anagrafici	nome e cognome
	codice fiscale
	luogo di nascita
	residenza
	età
	sex
	contatto familiare
	data ingresso
	motivazione ingresso
Valutazione funzionale e clinica	abilità funzionali: BARTHEL, ADL, IADL
	comorbidità: <i>Cumulative Illness Rating Scale</i> (Indice di Comorbidità) a cura del MMG
	cognitività: MMSE
	affettività e tono dell'umore: <i>Geriatric Depression Scale (GDS)</i>
Utilizzo di altri servizi sanitari e socio-sanitari	numero di ricoveri ospedalieri
	numero e tipologia degli interventi di cure domiciliari attivati e livello di intensità
	numero chiamate MMG
	attivazione del servizio di emergenza-urgenza (118) e motivazione delle chiamate
	numero chiamate Medico di Continuità Assistenziale
	attivazione SAD (ASA/OSS)
Impiego di caregiver non professionali	utilizzo volontari (numero ore e tipologia attività)
	assistenza erogata da familiari (numero ore e tipologia attività)
	presenza di assistente familiare/badante (numero ore e tipologia di attività)
Dati della dimissione	data dimissione
	motivazione dimissione

una scelta personale, spesso una fuga dalla solitudine verso una vita comunitaria.

L'ospite tipico della Comunità Residenziale è prevalentemente donna, 80enne, con insufficienti o assenti supporti, con cognitività sufficientemente integra, buon tono dell'umore, compromissione nell'autonomia, con una comorbidità di grado medio. La struttura risulta di fatto in grado di affrontare la gestione anche di per-

sone più compromesse, a fronte di una media di ospiti non gravi; un elemento determinante è quindi l'equilibrio nella distribuzione dei livelli di compromissione.

Per quanto riguarda l'area della cognitività e comportamentale, alcune esperienze di inserimento di persone con demenza conclamata non hanno dato esiti positivi, anche per il rifiuto manifestato da parte degli al-

tri ospiti. I disturbi comportamentali e cognitivi devono essere lievi o assenti per un buon inserimento. La sperimentazione di piccole comunità per persone con demenza dovrebbe avvenire con utenza omogenea, perché l'anziano cognitivamente integro appare generalmente intollerante alla convivenza con persone che presentano disturbi cognitivi e/o comportamentali.

Anche la dimissione rappresenta un momento significativo: qualora si determini un aggravamento stabile delle condizioni generali, segnalato al MMG dalla struttura e/o dai parenti, senza possibilità di recupero nel breve periodo, la permanenza dell'anziano viene rivalutata dall'UCAM/MMG, in sinergia con gli operatori sociali del comune. In caso di perdita dei requisiti di permanenza in Comunità Residenziale, per grave compromissione delle condizioni generali, viene attivato l'iter in uso per gli assistiti a domicilio: la persona, valutata le sue condizioni e i problemi rilevanti, viene inserita nella lista d'attesa degli ingressi in RSA. La dimissione a domicilio è sempre possibile: se l'anziano lo desidera e se le condizioni abitative e familiari, oltre che di autonomia personale, lo permettono. Le dimissioni sono state 22, equamente distribuite verso il domicilio e verso le RSA. I rientri a domicilio dimostrano che la Comunità Residenziale svolge anche un ruolo di sollievo temporaneo, evitando il ricorso prematuro, e inappropriato, alla RSA.

MODALITÀ OPERATIVE: UTILIZZO DI SERVIZI AGGIUNTIVI

Un altro aspetto rilevante e quindi da monitorare, per l'impatto economico che può avere sulla effettiva sostenibilità della Comunità Residenziale, è il ricorso ad altri servizi/interventi. Per misurare intensità e frequenza ed i conseguenti costi aggiuntivi e per valutare le capacità di "presa in carico" reale della struttura, sono stati rilevati: numero e motivo dei ricoveri ospedalieri, l'attivazione dell'Assistenza Domiciliare Integrata per numero di interventi e livelli di intensità e di quella Domiciliare comunale (impiego ASA/OSS), il ricorso al MMG e/o al medico di continuità assistenziale al di fuori delle visite di routine, l'attivazione, e la causa, del servizio di emergenza urgenza (118).

Sono stati 28 i servizi a cui è stato fatto ricorso per bisogni straordinari degli ospiti, di cui 12 relativi alle cure domiciliari in varie forme (voucher, prestazionale, accesso MMG in Assistenza Domiciliare Programmata

ADP), 3 interventi del 118 e 13 ricoveri ospedalieri. Gli interventi aggiuntivi sono sovrapponibili a quelli solitamente attivati per le persone in carico all'ADI. Questi dati confermano che il successo della Comunità Residenziale è derivato dalla sua effettiva collocazione nella rete e dalla tempestività di intervento, grazie alla stretta collaborazione con le UCAM territoriali dell'ASL, evitando di lasciare senza risposte le necessità insorte.

L'utilizzo di *caregiver* non professionali nella Comunità Residenziale è previsto dal modello gestionale orientato ad un minor impatto economico sulla famiglia. Per integrare l'assistenza agli ospiti, ad esempio nelle operazioni di igiene, al momento dei pasti, per trasporto, la struttura può avvalersi degli stessi familiari, secondo piani che tengano conto della loro effettiva disponibilità, oltre a volontari, per azioni e con ruoli pianificati ed esplicitati nel progetto individuale.

I *caregiver* non professionali sono stati percepiti positivamente dagli ospiti, che hanno espresso un alto gradimento della vita in struttura. A Borgosatollo sono stati 80 gli interventi garantiti dai volontari e 18 dai familiari. Per entrambi la principale funzione ha riguardato l'aiuto nelle attività quotidiane (circa 39% degli interventi); i volontari inoltre partecipano alle attività di animazione, mentre i familiari garantiscono il trasporto verso luoghi esterni alla struttura. La scarsa partecipazione alle attività da parte dei familiari è determinata dall'attuale contesto sociale, in particolare dal numero ridotto di componenti il nucleo e dagli impegni sia lavorativi sia di accudimento dei nipoti da parte dei 50/60enni. Inoltre va ricordato che alcuni ospiti scelgono la Comunità Residenziale come luogo in cui vivere, proprio perché privi di familiari di riferimento.

CONCLUSIONI

La sperimentazione di nuove forme di residenzialità, quale soluzione alla repentina e complessa trasformazione sociale, ha fornito alcune risposte positive ai bisogni sempre più diversificati della popolazione anziana. La Comunità Residenziale è risultata un'opzione utile per situazioni che sarebbero state orientate impropriamente verso le RSA.

Fondamentale è la scelta dell'anziano di entrare in Comunità Residenziale, trovando motivazioni personali che rendano tale scelta accettabile e vantaggiosa. Il bivio della scelta fra domicilio, RSA o Comunità Re-

residenziale deve essere gestito con oculatezza dagli operatori che orientano gli utenti, scegliendo la soluzione migliore fra quelle disponibili; vanno evitate scelte affrettate e superficiali, se si vogliono prevenire fallimenti.

Fra gli aspetti fondamentali per il buon funzionamento delle Comunità Residenziali rientra anche la loro collocazione attiva nel contesto sociale locale, una struttura "aperta" ed inserita nella rete di servizi, supportata dalla possibilità di attivare con tempestività eventuali altri interventi necessari all'ospite.

I primi risultati relativi alla Comunità Residenziale la delineano quale unità di offerta in grado di rispondere ad uno specifico bisogno di residenzialità, anche temporanea, in linea con la ricerca di soluzioni low cost ottimali. Il governo dell'ingresso e delle dimissioni protette, il coinvolgimento dell'ospite in attività della vita quotidiana quale stimolo al mantenimento delle abilità funzionali e del tono dell'umore, l'apertura della Comunità alla famiglia ed al contesto sociale, la possibilità

per l'ospite di uscire, mantenendo un legame attivo anche con la realtà esterna, sono aspetti essenziali per la buona riuscita della sperimentazione.

È in ampliamento il numero delle Comunità Residenziali attive, tre già funzionanti ed altre in fase di progettazione: esse rappresentano una novità nel quadro dei servizi consolidati, oggi insufficienti a dare risposta non solo al numero di persone anziane, ma anche alla grande diversificazione dei problemi e dei bisogni, sempre più difficilmente gestiti e soddisfatti da un'unica soluzione residenziale.

BIBLIOGRAFIA

1. Scarcella C, Mattana E, Podavitte F. Le comunità residenziali. I primi passi della sperimentazione. *Sanità pubblica e privata. Rivista di economia, diritto e management in sanità*, 2012, 6: 63-68.
2. Podavitte F, Scarcella C, Trabucchi M. Residenze low cost per anziani: proposta di un modello. *Rivista di Psicogeriatria*, 2011, 1 (supplemento) gennaio/aprile.

Editor: Cloninger C.R.

SENTIRSI BENE

La scienza del benessere

I Edizione

Presentazione di Mario Maj

Volume di 404 pagine

F.to cm 17x24

€ 50,00



CIC Edizioni Internazionali