



Progetto di ricerca finalizzata ex art. 12 del D.Lgs. 502/92: “La condizione dell’anziano non autosufficiente – Analisi comparativa delle attuali forme di tutela e delle potenziali prospettive”.

L’attività domiciliare e residenziale per gli anziani fragili dalla parte dei Comuni

Sintesi del lavoro di indagine svolto dall’Unità Operativa Federsanità-ANCI

Documento di lavoro per il seminario:

“L’organizzazione dei servizi per l’anziano fragile tra omogeneità culturale, livelli essenziali di assistenza e molteplicità organizzative”, Roma, 14 luglio 2005

*A cura della Dr.ssa Rosanna Di Natale; Indagine e relazione realizzate con il
supporto di WELFAREMED SRL*

Introduzione

Questo documento ha lo scopo di presentare molto in breve alcune considerazioni che è possibile trarre dal lavoro di indagine che Federsanità-Anci ha realizzato finora nell'ambito della ricerca *“La condizione dell’anziano non autosufficiente - Analisi comparativa delle attuali forme di tutela e delle potenziali prospettive”*.

Si tratta di una sorta di lavoro parallelo e complementare, rispetto a quello svolto dagli altri componenti dell'équipe della ricerca su ADI e RSA nelle aziende sanitarie e nella programmazione regionale. Il presente lavoro è stato rivolto ai Comuni, per rilevare il loro punto di vista sulle forme di assistenza domiciliare e residenziale per gli anziani non autosufficienti, con alcuni obiettivi di fondo:

- individuare la presenza di collegamenti tra Comuni e Asl per l'erogazione dell'assistenza residenziale e domiciliare (e prima di tutto: i Comuni hanno la stessa definizione di ADI rispetto alla sanità?)
- individuare ulteriori forme di tutela e percorsi assistenziali offerti dai Comuni per le persone anziane fragili.

L'indagine è stata condotta in un Campione di Comuni selezionati all'interno delle medesime Regioni oggetto dell'indagine dell'ASSR, e scelto in modo da rappresentare, per quanto possibile, le più ampie differenze di contesto territoriale: Comune di città metropolitana; Comune rientrante in un medio centro urbano, Comune di area montana o disagiata. Si è inoltre tenuto conto del rapporto con le ASL, ed in particolare della numerosità dei Comuni per ASL (il numero dei Comuni per ASL è in generale piuttosto elevato, considerando che – a giugno 2004 – esistono 183 ASL e 8100 Comuni).

1. Metodologia

La metodologia seguita per la realizzazione dell'indagine può essere sintetizzata nel modo che segue.

- Individuazione dell'area di indagine, costruzione degli strumenti e dell'équipe di lavoro.
- Studi preparatori.
- Definizione del campione di indagine e predisposizione del questionario e di schede di rilevazione strutturate per la raccolta di informazioni.
- Esame dei portali web dei Comuni interessati dall'indagine.
- Raccolta ed esame della documentazione amministrativa emanata dai Comuni riguardante le forme di sostegno erogate nei diversi ambiti territoriali⁽¹⁾
- Stesura del rapporto finale e valutazione dei risultati.

Al momento si sta raccogliendo la documentazione amministrativa da integrare con le altre informazioni al fine di redigere il Rapporto finale.

2. Fase di indagine

¹ Questa parte dell'indagine è ancora in corso a causa della notevole difficoltà incontrata nell'acquisire materiale dai Comuni.

L' Unità operativa Federsanità-ANCI, sulla base delle informazioni ISTAT, ha individuato un campione ⁽²⁾ di 25 Comuni, che potevano essere rappresentativi delle diverse realtà territoriali e modalità di rapporto con le ASL, come oggetto di indagine sulle forme di assistenza previste per le persone anziane non autosufficienti.

I Comuni individuati sono:

Lombardia	4	Como, Cremona, Lecco, Lodi
Trento	1	Trento
Veneto	3	Malo (VI), Rovigo (1), Venezia
Liguria	3	Genova (1), Sestri Levante, Sarzana
Toscana	4	Pontedera (PI), Rosignano M. (LI), Massa (1), Borgo S.Lorenzo (FI)
Umbria	2	Perugia, Todi
Marche	2	Porto S.Elpidio, Ancona
Lazio	3	Rieti, Roma, Civita Castellana (VT) (1)
Molise	1	Isernia (1)
Sicilia	2	Catania (1), Ragusa

(1) Comuni dove è previsto il Reddito Minimo di Inserimento

Successivamente ha predisposto il questionario da inviare ai Comuni, che è stato costruito dopo aver contribuito alla messa a punto dei questionari rivolti alle strutture regionali e alle ASL per la raccolta di informazioni sull'Assistenza Domiciliare Integrata e sulle Residenze Sanitarie Assistenziali.

Il questionario è stato inviato nel novembre 2004 ai Sindaci e ai Responsabili dei servizi sociali dei Comuni selezionati e successivamente più volte rinviato.

Le aree tematiche indagate sono state:

- organizzazione dei Comuni tra loro (forme consortili, associazioni; accordi) per l'erogazione dei servizi sociali;
- tipologie di assistenza e attività di sostegno previste per gli anziani fragili;
- modalità di accesso ai servizi sociali;
- personale coinvolto;
- modalità di integrazione con i servizi sanitari;
- previsione di modalità di monitoraggio dei servizi (in termini quali-quantitativi);
- indicazioni generali sui costi.

I Comuni che hanno risposto sono stati 14. Un numero relativamente basso, motivato presumibilmente dalla complessità dell'indagine (rivolta particolarmente ad aspetti sociosanitari, che i Comuni spesso "leggono" come più pertinenti all'area sanitaria), ma anche dalla crescente preoccupazione dei Comuni nel gestire una domanda di prestazioni sociali senza precedenti con risorse del tutto limitate, che li rendono mal disposti ad essere oggetto di analisi.

² Come è stato più volte sottolineato all'interno del Gruppo di lavoro che si occupa dell'indagine, la stessa - a causa dell'esiguità dei fondi - è di natura qualitativa e, quindi, il campione è da intendersi in relazione alla distribuzione dei Comuni selezionati nelle diverse Regioni.

Va tuttavia, rilevato, che l'indagine si è arricchita di informazioni e dati che vanno molto al di là delle risposte ai questionari, e che costituiscono il maggior valore di questo lavoro.

Infatti la ricognizione ha rappresentato un'occasione per attivare una serie di canali di comunicazione, essenzialmente telefonici ma anche per posta elettronica, con diversi operatori dei servizi socio-assistenziali, che – una volta chiarito lo scopo della ricerca – hanno volentieri fornito molte utili indicazioni.

In questo modo si è potuto disporre di un ricco materiale, piuttosto vario e talora disorganico, ma anche prezioso per gli spunti e gli elementi di riflessione sull'insieme dei servizi alla persona anziana fragile e sulle difficoltà che i protagonisti dell'assistenza riscontrano quotidianamente.

Altre informazioni sono state raccolte dai siti web dei Comuni (essenzialmente sulle tipologie di servizi) e dalle banche dati regionali (per gli aspetti programmatici).

Alcune considerazioni a partire dai questionari

Premessa

Il primo risultato dell'indagine, derivante dall'analisi del materiale fin qui lavorato (risposte ai questionari, conversazioni telefoniche con gli operatori dei servizi socio-assistenziali dei Comuni, analisi dei portali web dei Comuni), è che esiste uno **scollamento** tra la parte sanitaria (ASL) e quella socio-assistenziale (Comuni) nell'erogazione dei servizi alle persone anziane non autosufficienti, soprattutto per i servizi di ADI.

Tale scollamento ⁽³⁾, è pericoloso per almeno due motivi.

- a) Le condizioni di salute delle persone non autosufficienti a casa possono peggiorare notevolmente il decorso della malattia (assenza di esercizio motorio, dieta alimentare non adatta, condizioni di igiene precarie, ecc.).
 - b) I familiari delle persone anziane vengono spesso abbandonati, insieme ai loro cari, e costretti a districarsi in un labirinto di responsabilità spesso indefinite e assegnate in maniera non coordinata.
1. Le risposte fornite ai questionari fanno riflettere su cosa si intende con il termine **integrata** nell'Assistenza Domiciliare Integrata. Infatti, spesso le specifiche apposte dagli operatori degli enti locali sui questionari indicano una forma di integrazione interna all'ambito sanitario o a quello socio-assistenziale. Quasi mai i servizi offerti dai due soggetti erogatori si integrano in maniera formale e coordinata.
 2. Non molti sono i servizi rivolti a sostenere le famiglie nella gestione di anziani non autosufficienti (es. Centri di sollievo per malati di Alzheimer).

In questo contesto va tenuto presente che la carenza e la precarietà di questo tipo di servizi ha **effetti** anche sulla vita sociale e produttiva perché:

- i familiari (soprattutto le donne) si sobbarcano un lavoro di cura che incide in maniera a volte devastante sulla propria vita personale e familiare;
- la scelta obbligata di assistere un proprio caro a casa sottrae risorse attive e produttive dalla società nel suo complesso.

In questo contesto la cosiddetta “sindrome di Enea” - usata dalla FADOI ⁽⁴⁾ in una recente ricerca per indicare l'anziano che si rifiuta di lasciare l'ospedale perché nella propria casa non sa come e da chi potrà essere assistito - può tornare utile anche per descrivere un'altra situazione. Infatti, spesso avere una persona anziana in casa è un po' come trovarsi in una condizione simile a quella di Enea che si avventura verso l'ignoto tenendo il figlio per mano e il padre sulle spalle. Una condizione questa che potrebbe apparire normale da un punto di vista

³ Si è pensato di assumere il fenomeno dello “scollamento” tra ambito sanitario e sociale come primo elemento “critico” risultante dall'indagine, perché esso dà spesso luogo a ulteriori fenomeni negativi (carenza di informazioni, litigiosità e, più in generale, bassa qualità dei servizi offerti).

⁴ Da: Rapporto 2005 “*L'Italia dice 33*” della Federazione delle Associazioni dei Dirigenti Ospedalieri Internisti (FADOI).

generazionale, ma che si realizza in una società che non è più quella di mezzo secolo fa; dove non esistono le strutture tipiche della famiglia allargata, dove spesso le persone che lavorano si spostano in città diverse da quelle dove risiedono i genitori, e dove i ritmi della vita quotidiana hanno subito una accelerazione a volte incontrollabile.

3. I **tempi di attesa** che vengono indicati dai Comuni per l'attivazione dell'assistenza domiciliare integrata, salvo in rari casi, lasciano un periodo di vacanza di assistenza troppo ampio per essere adeguato al bisogno della persona, se si considera la drammaticità di situazioni quali, per esempio, la fase della dimissione dall'ospedale. Gli operatori sociali evidenziano la difficoltà di "prendere in carico" la persona e di organizzare l'assistenza alla persona con la frequenza e la tempestività richieste; oltre al complesso raccordo con la parte sanitaria per la valutazione multidimensionale del bisogno (solo in alcuni casi gli operatori sociali partecipano realmente a questa fase). Spesso, inoltre, la richiesta di un sostegno avviene quando ormai si è già giunti ad una situazione insostenibile, rendendo ancora più complessa l'organizzazione del servizio nei tempi necessari. Un ruolo determinante in quest'ambito è svolto dal volontariato, che deve operare in stretto contatto con gli operatori sociali del Comune per una prestazione di maggiore qualità.

4. Dal punto di vista della **segnalazione** del bisogno, come primo aspetto dell'accesso ai servizi domiciliari, in molti Comuni è prevista la possibilità che la richiesta possa essere inoltrata da più soggetti (es. diretto interessato; familiare; operatore sociale; volontariato; medico di medicina generale); utilizzando diverse modalità di inoltro della stessa (in alcuni casi anche tramite posta elettronica). Molto rilevante è, in rapporto a questo elemento, il lavoro di "segretariato sociale" dei Comuni.

Meno positiva appare la situazione sulla diffusione dei punti di raccolta della richiesta, che dovrebbero essere il più dislocati possibile, per essere facilmente conosciuti e raggiungibili dalle famiglie e dalle persone fragili (solo le città di Roma e Genova, presentano più punti di accesso sul territorio urbano; gli altri Comuni hanno un unico punto di accesso). Una modalità organizzativa i cui limiti potrebbero essere almeno in parte superati, utilizzando una rete informatizzata, con punti di accesso distribuiti sul territorio.

Per quanto riguarda le modalità reali di **accesso**, dopo la segnalazione, diviene determinante il raccordo tra il centro di organizzazione dell'assistenza domiciliare nel Comune e quello della ASL. Si riscontrano, in quest'ambito, le difficoltà ad effettuare una tempestiva valutazione del bisogno di assistenza, poi l'accesso richiede altri elementi (es. reddito limitato, specifiche condizioni abitative e socio-familiari).

5. Le **attività di sostegno** previste dai Comuni sono molto variegata, sia in termini di quantità sia di qualità (assegni di cura; servizi di assistenza a domicilio per anziani non autosufficienti e con redditi limitati, spesso supportata dai servizi di volontariato; centri diurni di tipo ricreativo; gruppi di ascolto ed altro). Alla luce di quanto quotidianamente si constata sui servizi domiciliari, il dubbio è che la diversificazione delle possibilità offerte non coincida sempre con l'effettiva erogazione dei servizi presenti sulla carta nel momento preciso in cui ce n'è necessità.

Un po' come avere un menù molto interessante al ristorante ma essere costretti a prendere sempre la solita minestra perché gli altri piatti del giorno non possono essere preparati per l'assenza degli ingredienti, del cuoco, del particolare forno...

In altri termini, spesso il servizio di assistenza domiciliare è previsto nel Comune, ma concretamente non attivabile se non per un numero limitato di casi. E questo per i soliti motivi: carenza di personale; lentezza nell'attivazione delle procedure e presenza di liste di attesa; necessità dell'anziano diverse dalle possibilità dei servizi, e prima di tutto la difficoltà che un unico operatore effettui l'assistenza a casa della persona anziana (elemento qualitativo fondamentale dell'attività, per poter costruire un legame di conoscenza, fiducia, affetto).

Per quanto riguarda le forme di sostegno alle famiglie al livello regionale, ecco alcuni esempi⁽⁵⁾

Diverse Regioni hanno deciso di stanziare somme di denaro per le famiglie che accudiscono a casa l'anziano non autosufficiente. E' un intervento che incontra il favore sia delle famiglie sia delle persone anziane, attuato a fronte di precise condizioni, che variano da Regione a Regione, ma che si riconducono ad alcuni elementi essenziali:

- la valutazione di un certo grado di non autosufficienza;
- la capacità del nucleo familiare di accudire effettivamente la persona anziana a domicilio (si apre il problema dei controlli, che le Regioni hanno affrontato in diversi modi);
- l'accertamento di condizioni reddituali del nucleo familiare al di sotto di una determinata soglia (solo in alcuni casi non sono previsti limiti di reddito).

Hanno previsto i contributi, anche se in tempi e modalità molto diversi (talora sono assegnati per un periodo limitato, per poi essere sospesi per carenza di risorse), le Province autonome di Trento e di Bolzano e la maggioranza delle Regioni: Piemonte, Valle d'Aosta, Lombardia, Friuli Venezia Giulia, Veneto, Liguria, Emilia Romagna, Toscana, Umbria, Marche, Calabria, Sicilia, Sardegna.

La Regione Lombardia sta introducendo una diversa modalità di sostegno alle famiglie con persone non autosufficienti, tramite l'assegnazione di voucher socio-sanitari, che rappresentano "titoli" per l'acquisto di prestazioni di assistenza domiciliare socio-sanitaria integrata, erogate da operatori socio-sanitari qualificati operanti nell'ambito di organizzazioni, pubbliche o private, accreditate. Si ottengono in seguito a proposta del medico e all'autorizzazione dell'ASL. Il valore del "voucher socio-sanitario" varia in relazione alla complessità e all'intensità degli interventi di assistenza necessari. Per il momento, in via transitoria, sono stati definiti tre livelli di assistenza: quella per i pazienti terminali, il cui voucher mensile sarà di 619 euro, per i pazienti complessi, con voucher di 646 euro, e per tutti gli altri di 362 euro.

Altre Regioni stanno prevedendo un "fondo per la non autosufficienza" (le prime ad affacciarsi a questa possibilità sono state le Province autonome di Trento e Bolzano, con disegni di legge tuttora in fase di approvazione definitiva; ma ora, con un concetto di "stanziamento specifico per le persone non autosufficienti", lo stanno inserendo anche altri, come le Regioni Emilia-Romagna e Veneto).

Spetta all'Unità valutativa geriatrica (UVG) esaminare le condizioni sanitarie dell'anziano per poi decidere di quali servizi ha bisogno. Per evitare ogni sorta d'abuso, in alcune Regioni (ad esempio in Emilia Romagna), la ASL nomina per

⁵ Dati ASSR (Monitor n.4 – aprile 2003)

ogni famiglia un "responsabile del caso" che svolge un'attività ispettiva e di controllo al fine di garantire all'anziano la migliore assistenza possibile.

Questi contributi si aggiungono a quelli che tradizionalmente gli enti locali destinano per sostenere le famiglie in stato di povertà (tramite "sussidi" o altre forme di intervento economico, di tipo continuativo o saltuario, come il pagamento parziale o totale di utenze, quali l'energia elettrica, gas, telefono, riscaldamento, affitto, etc).

6. Le informazioni fornite dai Comuni sullo stato di attuazione della **legge 328/2000** "*Legge quadro per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali*" confermano una situazione ben nota: una normativa che, a cinque anni dall'approvazione della legge, è solo parzialmente operativa. Vi sono, in ogni caso, alcuni dati positivi: quasi ovunque sono stati redatti i Piani di zona, che contengono obiettivi e interventi anche di tipo socio-sanitario concordati con le ASL.
7. I **consorzi** tra Comuni sono stati attivati per la gestione di servizi sociali solo in tre Comuni tra quelli indagati (Genova, Cremona, Rovigo).
Il dato è preoccupante perché questa formula rappresenta un modo per poter gestire un maggior numero di servizi e di più elevata qualità in un periodo di risorse economiche scarsissime. Una formula che risulta particolarmente importante per i Comuni piccoli o piccolissimi, che solo con modalità associative o consortili possono assicurare risposte adeguate a problemi complessi, come quelli degli anziani fragili, abbassando notevolmente i costi. Va, inoltre, considerata anche la possibilità di attivare in maniera coordinata figure professionali "rare" che sarebbe troppo oneroso rendere operanti per pochi soggetti.
8. In molti Comuni si tengono **incontri di staff** e viene indicata la presenza di una figura di raccordo tra Comune e ASL. Ciò è positivo perché indica una tendenza a lavorare in équipe, a trovare un canale chiaro di comunicazione tra l'ambito sanitario e sociale, che risulta particolarmente importante nella risposta ai bisogni delle persone fragili.
La carenza di coordinamento tra l'ambito sanitario e sociale costituisce un nodo importante, considerando che i professionisti usano linguaggi e modalità di operare molto diversi, e meriterebbe un approfondimento
Alla luce delle carenze di coordinamento che spesso vengono denunciate, facendo uso della network analysis, bisognerebbe capire quali sono i "nodi" che in questa rete di relazioni impediscono il passaggio di informazione e di servizi da un punto a un altro del sistema vanificando il concetto di integrazione.
9. La realizzazione di attività di **convegnistica** (come strumento di comunicazione tra servizi e cittadini) in forma periodica, viene indicata dalla metà dei Comuni che hanno risposto ai questionari.
Anche questo risultato è interessante, esprimendo in qualche modo l'ambivalenza tra l'importanza degli strumenti di comunicazione e riflessione, e le priorità di lavoro.
Questo tipo di attività va considerato importante non solo per l'effetto comunicativo che ha sul territorio ma ancor più per l'effetto che ha sugli stessi operatori. Infatti, il fatto di "raccontare" pubblicamente cosa si sta facendo sul

territorio ha una funzione di social mirroring per gli operatori del servizio. Un convegno/seminario, in questo senso, costituisce un luogo dove si può vedere - come in uno specchio - negli altri operatori e negli utenti cosa siamo, come veniamo percepiti, quali sono le cose di cui essere fieri e quelle che dobbiamo migliorare.

10. Le procedure di **valutazione** dei servizi non sono un fatto ovvio in tutti i Comuni, anche quando si tratta di servizi gestiti da strutture accreditate.

Così come le forme di **aggiornamento** degli operatori, che nella maggior parte dei casi non sono stabilite all'interno di un sistematico piano di formazione, e non sono periodiche, ma costituiscono per lo più momenti occasionali, motivati dalla necessità di apprendere una specifica e nuova modalità operativa.

Una considerazione conclusiva

I risultati dell'indagine dimostrano che i Comuni stanno impegnandosi in forma crescente sui servizi per gli anziani fragili, ma che questi interventi avvengono per lo più con scarsa integrazione con la ASL di riferimento; che l'assistenza domiciliare assume definizioni e valenze diverse per gli operatori dei due ambiti (e la stessa idea di "ADI" non risulta affatto chiara), che la carenza delle figure dell'assistente sociale e di risorse specifiche determinano una preoccupante limitazione degli interventi e rendono ancora più complesso il rapporto con le ASL.

Si rileva anche una minore disposizione dei Comuni a delegare alla ASL l'erogazione dei servizi sociali, mentre aumenta – e questo è un elemento sicuramente positivo – la programmazione in forma integrata delle attività socio-sanitarie a livello locale, essenzialmente tramite il Piano di zona.

Sulla specifica questione della **formazione e dell'aggiornamento degli operatori dell'area socio-assistenziale**, si ritiene utile sottolineare un elemento che si rivelerà nei prossimi anni di cruciale importanza.

Quella che spesso viene praticata è una formazione di tipo "tecnico": una serie di indicazioni su quanto c'è di nuovo per gestire lo stato di salute della persona anziana. Ciò che spesso non viene preso in considerazione è l'approccio interpersonale con una persona anziana che è diversa – e sempre più lo sarà – dalla figura di anziano a cui siamo stati abituati.

Un elemento che assume ancora maggiore significato se si passa dalla formazione degli operatori socio-assistenziali dei Comuni a quella – di difficile realizzazione – delle cosiddette "badanti"⁶. Una soluzione come quella praticata in questi anni, in cui gli operatori socio-assistenziali intervengono in un ambito relativamente circoscritto di casi e per lo più gli anziani non autosufficienti sono accuditi da migliaia di "badanti" straniere, potrebbe non essere più praticabile in maniera ovvia in futuro.

⁶ Da qualche anno si stanno sperimentando corsi di formazione per badanti straniere (Veneto, Marche, Comune di Roma) con conseguente istruzione di Albo/Registro professionale.

Per tante ragioni; da un lato le figure professionali di “assistenti alla persona” saranno titolari di adeguati diritti e doveri; dall’altro le persone anziane diverranno – come è giusto che sia – sempre meno “fragili”.

Gli anziani di domani saranno anziani che hanno “gestito potere e modificato eventi”⁽⁷⁾. Più dei loro predecessori e in numero maggiore rispetto al passato.

La cura di una persona anziana che sta divenendo sempre più consapevole dei propri diritti e della propria “soggettività” (che non è più consequenziale al solo elemento produttivo all’interno della società), sarà cosa ben più complicata della situazione attuale; in cui ci si limita a prestare qualche servizio ad una persona che diviene “fragile” già nel rassegnarsi all’idea di avere una limitazione del ruolo individuale e sociale con l’avanzare dell’età e l’allontanamento della vita *produttiva*.

⁷ Osservazione del prof. Marco Trabucchi nel corso della presentazione del Rapporto Sanità 2005 della Fondazione Smith Kline.