

10. Uno sguardo d'insieme

Fabrizio Giunco, Cristiano Gori, Gianbattista Guerrini e Rosemarie Tidoli

10.1. Introduzione

I capitoli precedenti hanno discusso singolarmente i più diffusi servizi a (almeno parziale) finanziamento pubblico rivolti agli anziani non autosufficienti in Lombardia. Per concludere la parte dedicata a queste persone e ai loro bisogni vogliamo affrontare alcune tematiche concernenti il sistema nella sua globalità, tematiche che riguardano il rapporto tra i diversi servizi e che possono, pertanto, essere esaminate solo attraverso uno sguardo d'insieme. Si tratta dell'allocazione delle risorse, cioè di come le risposte pubbliche vengono distribuite tra le varie tipologie di servizi (paragrafo 10.2) ⁽¹⁾, e della regolazione del sistema locale di welfare, qui con l'attenzione concentrata sulle diverse fasi del percorso assistenziale (paragrafo 10.3).

10.2. La distribuzione delle risposte

10.2.1. *Bisogni e interventi*

In che misura il mix d'interventi messo in campo dall'amministrazione regionale ha risposto alle esigenze degli anziani lombardi? Quali sono i bisogni più coperti e quali quelli meno coperti? Per rispondere è necessario ricondurre in un unico puzzle le analisi dei capitoli precedenti.

L'offerta di Rsa è ampia e di qualità ⁽²⁾. Le problematiche di sostenibilità finanziaria che molte strutture stanno affrontando da qualche tempo non possono oscurare lo sviluppo ottenuto – nel decennio – in termini di estensione dell'utenza e qualità. Sul piano quantitativo, le analisi del capitolo 3 hanno mostrato che la spesa

⁽¹⁾ Il paragrafo 10.2 permette di puntare l'attenzione anche sui servizi intermedi e semi-residenziali, cruciali nel futuro del welfare lombardo e ai quali – per mancanza di spazio – non si è potuto dedicare un intero capitolo.

⁽²⁾ Qui, come nel prosieguo del paragrafo, quando si esprimono giudizi su Rsa e Adi senza dettagliarli ci si riferisce a quanto già scritto rispettivamente nei capitoli 8 e 9.

socio-sanitaria dedicata alla residenzialità per anziani risulta nella nostra Regione superiore alla media del Nord Italia ⁽³⁾.

Sempre il terzo capitolo indica che la spesa dedicata all'assistenza domiciliare, invece, è inferiore alla media del Nord Italia, risultato che si ritrova nei più recenti dati disponibili sull'ampiezza dell'utenza e sull'intensità degli interventi ⁽⁴⁾. Il confronto con le altre Regioni, peraltro, non fa altro che confermare una marginalità dell'Adi nel sistema già evidenziata dalla nostra analisi. Una marginalità, inoltre, che resiste negli anni. La tabella 10.1 indica l'incidenza percentuale della spesa dedicata all'Adi rispetto al totale della spesa sanitaria, nelle Regioni del Centro Nord. Si tratta di un indicatore di priorità politica, cioè dello spazio che si assegna alla domiciliarità nella complessiva allocazione delle risorse sanitarie. La tabella indica che la percentuale assegnata in Lombardia è rimasta sostanzialmente stabile nel decennio, senza crescere. Le difficoltà incontrate dalla Lombardia, peraltro, sono condivise anche da altre Regioni, come a dire che – al di là dell'enfasi retorica sul ruolo della domiciliarità – quando si distribuiscono gli stanziamenti pubblici s'incontrano molti ostacoli nell'assegnarle un ruolo di maggior rilievo.

Tabella 10.1 - Incidenza percentuale del costo Adi sul totale della spesa sanitaria, Centro-Nord, 2001 e 2008

| Regione | Differenza 2008-2001 | 2008 | 2001 |
|------------------------------|----------------------|------|------|
| Emilia-Romagna | + 1,0 | 2,1 | 1,1 |
| Friuli-Venezia Giulia | + 0,8 | 3,0 | 2,2 |
| Piemonte | + 0,5 | 1,3 | 0,8 |
| Veneto | + 0,3 | 1,1 | 0,8 |
| Liguria | + 0,2 | 0,7 | 0,5 |
| Lombardia | - 0,1 | 0,7 | 0,8 |
| Toscana | - 0,4 | 1,2 | 1,6 |
| Umbria | - 0,9 | 1,2 | 2,1 |
| Marche | -1,1 | 1,4 | 2,5 |

Fonte: Ministero della Salute

⁽³⁾ La spesa annua per Lea socio-sanitari per anziano dedicata all'assistenza residenziale è pari a 426,9 euro in Lombardia (81% della spesa socio-sanitaria totale) rispetto a 384,86 nel Nord Italia (73% della spesa socio sanitaria totale) (Age.na.s, 2009). I dati si riferiscono al 2007 e sono da considerate con cautela, dato che negli anni successivi è ragionevole stimare un peggioramento della nostra rispetto alle altre Regioni italiane (cfr. cap. 21). La tendenza mostrata di un robusto investimento sulle Rsa ed uno sforzo minore a favore dell'Adi (cfr. prossima nota), in ogni modo, pare ancora valida e confermata dagli altri dati disponibili, così come dalle nostre analisi.

⁽⁴⁾ La spesa per Lea socio-sanitari per anziano dedicata all'Adi è pari a 75 euro in Lombardia (14% della spesa socio-sanitaria totale) rispetto a 102 euro nel Nord Italia (19% della spesa socio-sanitaria totale). Rispetto all'utenza, mentre la percentuale di utenti (4% degli anziani) non risulta particolarmente bassa rispetto al settentrione, molto ridotta è l'intensità media (16 ore per caso).

Per quanto concerne le altre tipologie di servizi, approfondite di seguito, il decennio lascia un'eredità in chiaroscuro. Da una parte l'offerta di centri diurni integrati (Cdi) è cresciuta, collocando il nostro paese al di sopra della media del Nord Italia. La sfida, mostrerà il prossimo paragrafo, consiste in un ulteriore miglioramento quantitativo e in un affinamento della qualità, ma intanto un certo passo in avanti è già stato realizzato. Ancora da scoprire, invece è il terreno delle strutture intermedie e di residenzialità sociale.

10.2.2. I Cdi

I centri diurni sono nati in Italia nei primi anni '80 grazie all'intuizione di alcune organizzazioni non profit, rappresentando un modello d'intervento in linea con il dibattito internazionale dell'epoca e con l'avvio di sperimentazioni estere analoghe, soprattutto canadesi. I primi centri diurni (CD) sono stati orientati verso le esigenze di anziani autonomi o con iniziali limitazioni dell'autonomia, garantendo soprattutto interventi di animazione e socializzazione. Negli anni successivi, la popolazione di riferimento è gradualmente cambiata e sono aumentate le richieste provenienti da anziani con maggiori limitazioni dell'autonomia e con demenza. I CD hanno, quindi, trovato uno sbocco naturale nella successiva esperienza dei centri d'aggregazione e dei centri sociali per anziani, tuttora molto diffusi e frequentati nell'intero territorio regionale, mentre il "Progetto obiettivo anziani" regionale del 1995/1997 avviava la sperimentazione dei Centri Diurni Integrati (Cdi). Questa si è conclusa nel 2002, con la definizione dei requisiti necessari per l'autorizzazione al funzionamento e per l'accreditamento e il definitivo ingresso di questa nuova unità d'offerta della rete dei servizi per anziani.

Rispetto ai precedenti CD, i Cdi integrano interventi sociali con interventi medico-infermieristici, servizi riabilitativi e servizi alla persona (Asa/Oss) erogati secondo i precisi standard architettonici e gestionali previsti dalla nuova normativa regionale. Nel 2003, la Regione ha deciso d'integrare la tariffa a carico degli utenti o dei Comuni di residenza, con un contributo a carico del Fondo sanitario regionale che raggiunge i 29 euro a giornata di presenza quando il Cdi garantisca un'accoglienza di almeno 8 ore consecutive giornaliere. Si tratta di una decisione del tutto condivisibile del legislatore, che ha scelto di assegnare ai Cdi un contributo sanitario di valore superiore a quello del livello Sosia più basso⁽⁵⁾ (la classe tariffaria Sosia 8 ha infatti un valore economico di 23 euro). Il legislatore ha introdotto così un incentivo all'accoglienza nei Cdi di anziani con disabilità e fragilità di minore entità, nell'intenzione di favorire un maggiore utilizzo dei Cdi da parte degli anziani con maggiore autonomia residua e di ridurre l'utilizzo potenzialmente improprio delle Rsa.

Sotto il piano quantitativo, i Cdi sono stati oggetto di un significativo potenziamento delle risorse destinate dal legislatore. La tabella 10.2 descrive la crescita del

(5) Si ricorda che la classificazione Sosia è quella che permette di attribuire gli ospiti di Rsa a diverse classi clinico-funzionali e a corrispondenti diverse tariffe a carico del Fsr.

numero dei Cdi e dei posti a disposizione nell'intervallo 2003-2009. Il punto di partenza era rappresentato dai 151 CD già attivi in Lombardia nel 2002 ⁽⁶⁾, la maggior parte dei quali ha successivamente chiesto l'accreditamento come Cdi.

Tabella 10.2 - Evoluzione del numero di Cdi e del numero di posti a disposizione in Regione Lombardia

| | 2003 | 2004 | 2005 | 2006 | 2007 | 2008 | 2009 |
|---------------|------|------|------|------|------|------|------|
| N. | 121 | 174 | 195 | 218 | 224 | 238 | 256 |
| Posti | 2522 | 3659 | 4220 | 4735 | 4930 | 5288 | 5748 |
| % 75 + | 0,34 | 0,48 | 0,53 | 0,58 | 0,58 | 0,6 | 0,64 |

Fonte: Bilancio Sociale Regione Lombardia e sito internet della Direzione generale Famiglia

Successivamente al 2003, la dotazione di Cdi è cresciuta significativamente, anche se, nonostante lo sforzo economico sostenuto dalla Regione Lombardia, la quota di popolazione ultra65enne raggiunta da questa unità di offerta è tuttora ridotta (0,3%), lontana dall'incisività e dalla presenza territoriale del sistema delle Rsa o di quella del sistema Adi/Voucher. La tabella 10.3 confronta il numero e i posti disponibili per gli anziani lombardi nella Rsa e nei Cdi distribuiti nelle diverse Asl.

Tabella 10.3 - Numero e posti disponibili nelle Rsa e nei Cdi lombardi, in numero assoluto e in proporzione alla popolazione 75 +

| Asl | 75+ | N. | | Posti a disposizione | | % 75 + | |
|-------------------|---------|-----|-----|----------------------|------|--------|-----|
| | | Rsa | Cdi | Rsa | Cdi | Rsa | Cdi |
| BC | 85.073 | 59 | 24 | 5.219 | 578 | 6,1 | 0,7 |
| BS | 96.119 | 86 | 48 | 5.986 | 860 | 6,2 | 0,9 |
| CO | 53.570 | 55 | 16 | 4.337 | 358 | 8,1 | 0,7 |
| CR | 37.932 | 30 | 21 | 3.746 | 490 | 9,9 | 1,3 |
| LC | 30.660 | 25 | 5 | 1.915 | 97 | 6,2 | 0,3 |
| LO | 19.986 | 14 | 5 | 1.232 | 120 | 6,2 | 0,6 |
| MN | 44.172 | 44 | 19 | 3.135 | 302 | 7,1 | 0,7 |
| Milano | 178.221 | 55 | 27 | 8.721 | 687 | 4,9 | 0,4 |
| MI 1 | 74.529 | 45 | 17 | 4.131 | 522 | 5,5 | 0,7 |
| MI 2 | 44.175 | 15 | 8 | 2.462 | 187 | 5,6 | 0,4 |
| MB | 68.110 | 44 | 20 | 3.047 | 539 | 4,5 | 0,8 |
| PV | 60.949 | 76 | 22 | 5.152 | 540 | 8,5 | 0,9 |
| SO | 17.166 | 19 | 4 | 1.405 | 71 | 8,2 | 0,4 |
| VA | 81.764 | 50 | 13 | 4.867 | 297 | 6,0 | 0,4 |
| Vallecamonica | 8.801 | 14 | 7 | 786 | 100 | 8,9 | 1,1 |
| Regione Lombardia | 901.227 | 631 | 256 | 56.141 | 5748 | 6,2 | 0,6 |

Fonte: Regione Lombardia. Dati Rsa al 30.9.2009. Dati Cdi al 24.2.2010. Popolazione all'1.1.2009.

(6) Regione Lombardia, Bilancio Sociale 2004.

Il modello privilegiato dal legislatore lombardo è stato quello di un centro diurno “integrato” entro i confini di una Rsa, funzionale a un’impostazione che vede in quest’ultima, e non in altri servizi o strutture, il centro della rete dei servizi socio-sanitari. L’integrazione auspicata, in questo caso, non riguarda tanto la messa in comune d’interventi sociali e sanitari ma, piuttosto, la condivisione funzionale di spazi, servizi e operatori fra due modelli visti come complementari.

Un siffatto modello, in realtà, non è mai decollato del tutto: molti gestori di Rsa, che hanno attivato Cdi, hanno incontrato numerose difficoltà nel raggiungere la piena occupazione dei posti disponibili, sperimentando problemi gestionali più frequenti o più gravi rispetto a quelle dei Cdi indipendenti da Rsa e collocati in contesti più integrati nella comunità. Ad ogni buon conto, questi problemi non riguardano solo i Cdi integrati con una Rsa; alcuni sono, invece, strettamente collegati con la normale gestione di questa unità d’offerta; essa impone a gestori e operatori conoscenze e attenzioni specifiche, oltre che l’adozione di criteri originali nella selezione dei casi e nella progettazione dei piani di assistenza. Questi criteri non sono ancora diffusi nella cultura delle famiglie e nelle modalità operative dei case manager e dei gate-keeper anche istituzionali, come i Mmg (box 1).

Box 1 - Alcune difficoltà collegate all’integrazione dei Cdi all’interno delle Rsa o segnalate dai gestori di Rsa come difficoltà specifiche nella gestione dei Cdi

- Irregolarità nel tasso di occupazione dei posti disponibili nella giornata, nella settimana e nelle diverse stagioni
- Distribuzione irregolare delle presenze nell’arco della giornata, della settimana e nelle diverse stagioni
- Difficoltà nel raggiungere o mantenere la piena occupazione dei posti disponibili
- Stabilità del personale necessario e dei costi di gestione imposti dagli standard regionali rispetto all’in-costante occupazione dei posti disponibili
- Complessità normativa e onerosità del debito informativo collegato all’accreditamento
- Elevato turn-over delle persone accolte nei Cdi e delle incombenze amministrative e organizzative collegate con procedure di ammissione e dimissione rispetto alla maggior stabilità dei residenti in Rsa
- Onerosità e complessità gestionale dei servizi di trasporto (gestione dei mezzi e degli operatori con funzioni di autista)
- Sostanziale sovrapposizione della situazione clinica e funzionale delle persone accolte in Cdi e Rsa
- Implicito orientamento del gestore a suggerire o favorire il passaggio in Rsa
- Cambio di ruolo dei Cdi: da sostegno al prolungamento dell’esperienza domiciliare a accoglienza “di attesa” del posto letto in Rsa
- Maggiore autoreferenzialità dei Cdi integrati in Rsa rispetto a quelli di comunità
- Ridotto dialogo reciproco fra Cdi e rete dei servizi, minor senso di appartenenza
- Ridotta pubblicizzazione dei servizi e degli obiettivi specifici dei Cdi
- Confusione di ruolo degli operatori impegnati in funzioni miste (Cdi e Rsa), minori competenze e esperienza nelle funzioni specifiche dei Cdi

Infatti, nonostante una discreta letteratura e la diffusione di buone prassi e di modelli con esperienza anche pluridecennale, i confini e le potenzialità dei Cdi sono

ancora poco compresi, anche dagli stessi attori della rete dei servizi. Il box 2 riassume alcune difficoltà specifiche che una famiglia deve superare o affrontare quando un Cdi viene introdotto nel progetto di cura del proprio congiunto anziano. Anche per questi motivi, non va sottovalutato il fatto che la proposta di frequenza di un Cdi vada pianificata con attenzione in quanto può più facilmente determinare resistenze da parte delle persone e della famiglia, rispetto alla più semplice permanenza nella propria casa con l'assistenza di una badante. Alcune resistenze sono certamente maggiori quando il Cdi è integrato in una Rsa; questa collocazione rafforza infatti la percezione del Cdi come di una sorta di naturale "anticamera" dell'istituzionalizzazione definitiva, ma rende anche più confusa la percezione del Cdi come naturale sostegno al prolungamento dell'esperienza domiciliare o come concreta alternativa alla Rsa. Nel paragrafo successivo sarà descritta l'integrazione dei Cdi entro i confini delle nuove strutture intermedie fra la casa e le Rsa. È una ipotesi già verificata nella sua efficacia da diverse sperimentazioni attive in Lombardia, motivata dalla ricerca di un modello di gestione alternativo alla Rsa, efficiente e sostenibile ma anche gradito da persone e famiglie.

Box 2 - Alcune difficoltà possibili nell'utilizzo di un Cdi e nell'attitudine delle persone a utilizzarli più tempestivamente o con maggiore frequenza

- Resistenza implicita delle famiglie e delle persone più anziane all'ingresso nel recinto fisico di una Rsa
- Ridotta conoscenza dell'esistenza e delle potenzialità dei Cdi
- Confusione rispetto ai servizi e agli obiettivi delle Rsa
- Ritardo nel ricorso ai Cdi, che condiziona una maggiore gravità delle limitazioni funzionali delle persone al momento della prima accoglienza
- Disagi per la persona collegati allo spostamento dalla propria abitazione e al trasporto su pulmini non sempre adeguati
- Diffusione delle badanti e maggiore comodità-controllabilità dell'assistenza di tipo domestico
- Disagi collegati a possibili disagi atmosferici, maggiori nei mesi più freddi o più caldi. Resistenza psicologica a uscire di casa
- Possibile imprevedibilità della frequenza della persona in caso di malesseri, malattie, problemi di salute maggiori, incidenti, resistenze emotive occasionali. Necessità ricorrente per le famiglie di provvedere a soluzioni sostitutive
- Concorrenzialità economica fra tariffe dei Cdi e remunerazione delle badanti
- Frequente necessità, per le famiglie, di dovere mantenere o utilizzare entrambi i servizi contemporaneamente
- Il costo complessivo dei due servizi (Cdi + badante) può superare quello del ricovero in Rsa
- Possibile ridotta coincidenza fra orari di vita delle persone e orari di apertura dei Cdi
- Possibilità di impatto negativo degli spostamenti sulle anomalie comportamentali della persona con demenza
- Equilibrio incostante fra il bisogno di stabilità delle persone con demenza e l'instabilità implicita degli spostamenti fra casa e Cdi

10.2.3. Le strutture intermedie di residenzialità sociale

Soprattutto fino ai primi anni '90, la stessa Lombardia poteva vantare una discreta diffusione di forme d'intervento residenziale alternativo alle Rsa: comunità alloggio, case albergo, case di riposo e strutture protette appartengono alla tradizione locale di protezione sociale dei più anziani. Solo negli anni successivi il legislatore ha scelto di procedere in controtendenza rispetto all'evoluzione della domanda e agli orientamenti degli altri paesi a economia avanzata, orientandosi verso un'estrema semplificazione del sistema, sia sotto il piano normativo sia sotto quello del governo delle risorse economiche. Le case di riposo e le strutture protette sono state assimilate alla sola Rsa, mentre case albergo e altre soluzioni più leggere, previste fino al Progetto obiettivo Anziani regionale del 1995 (Regione Lombardia, 1995), sono progressivamente scomparse dai documenti programmatori. La rete dei servizi lombardi dispone oggi, quindi, di ridotte alternative rispetto alle Rsa, nonostante questa ricchezza, anche culturale, avesse in qualche modo anticipato l'evoluzione di quei servizi che oggi rappresentano la struttura portante della rete di servizi di molti paesi, e il cui sviluppo è stato a suo tempo animato dalla ricerca e dalla libera iniziativa di molte realtà del Terzo Settore.

Ciononostante, il territorio regionale dispone ancora di alcune residenze sociali che ricalcano l'impostazione di vari modelli europei innovativi (7). Si tratta di alcune decine di strutture, qualcuna con un'esperienza pluridecennale, gestite quasi esclusivamente da soggetti *non profit*. La maggior parte si configura come appartamenti protetti, alloggi autonomi di dimensioni ridotte, senza barriere architettoniche, arricchiti da spazi comuni, iniziative di socializzazione e interventi di volontari. Altri, più organizzati, integrano l'accoglienza abitativa con servizi di portineria sociale e con la possibilità di fornire agli anziani ospiti servizi accessori: collaborazione domestica, badanti, segretariato sociale, telesoccorso. Questi modelli si prestano particolarmente all'applicazione di soluzioni di domotica e teleassistenza, a facilitare l'azione dei servizi territoriali e ad attuare interventi di mediazione di rete e *case-management* leggero.

Una realtà più specifica è quella della comunità alloggio che, come nell'area della disabilità o della psichiatria, può garantire accoglienza abitativa, protezione sociale, sostegno alberghiero e servizi alla persona ad anziani con esigenze di accoglienza temporanea, anche di sollievo. In Lombardia come in altre Regioni che prevedono soluzioni analoghe (ad es. Veneto o Emilia-Romagna) queste comunità non superano abitualmente i 20 posti letto; oltre alle camere, a uno o due letti, sono previsti spazi e servizi comuni. Questi servizi si propongono di perseguire alcune fra le possibili strategie di sostegno abitativo alternative all'istituzionalizzazione (box 3). Come per i Cdi, si tratta di soluzioni nelle quali l'anziano resta in tutto e per tutto

(7) Alcune esperienze estere sono presentate nell'appendice a questo capitolo in www.lombardiasociale.it.

a carico dei servizi di comunità (Mmg, servizi domiciliari sociali e sanitari, provvidenze e prevenienze).

Box 3 - Strategie di sostegno abitativo alternative alla Rsa

- mantenimento al domicilio d'origine integrato da servizi accessori
- trasferimento in un nuovo domicilio meglio attrezzato
- ricorso a modelli alternativi come il domicilio sociale o gli stabili di vita comunitaria
- soluzioni temporanee di sollievo in momenti di crisi e di bisogni più acuti, a maggiore o minore protezione sociale e sanitaria
- riconversione e apertura al territorio delle Rsa, con servizi semiresidenziali e residenziali proiettati verso la comunità

Fonte: Costa, 2005 (modificata)

Le soluzioni più recenti sperimentano l'integrazione in un unico complesso di unità d'offerta diverse ma omogeneamente orientate a sostenere la dimensione abitativa. Le unità più frequentemente aggregate sono mini-appartamenti, comunità alloggio, Cdi, servizi di portierato sociale, *case-management* e mediazione di rete. L'integrazione di questi servizi risponde ad alcune esigenze, la più importante delle quali ha a che vedere con la ricerca di una maggiore efficienza gestionale. Aggregare unità d'offerta diverse permette di ottimizzare spazi e risorse professionali e di avvalersi delle possibilità di accreditamento istituzionale previste per alcune di esse, come i Cdi, per dare forza alla gestione d'insieme del complesso. Altrettanto importante è la possibilità di garantire alle persone che vengono incontrate un maggior ventaglio di soluzioni, meglio adattabili alle necessità specifiche degli anziani residenti e al loro mutare nel tempo: accoglienza abitativa di lungo periodo, ricoveri di sollievo temporaneo, accoglienza solo diurna o solo notturna. Nel complesso, si tratta di soluzioni di comunità (gli ospiti mantengono il proprio Mmg e il diritto a usufruire dei servizi domiciliari) che permettono di ampliare il raggio di azione dei servizi tradizionali, rendendo più semplice la gestione dei servizi Adi/Voucher, dei SAD comunali, della medicina generale. Nella loro formulazione più evoluta possono svolgere funzioni di Ospedale di comunità (*country-hospital o low-care unit*).

Le denominazioni abituali (casa albergo, comunità alloggio, abitazioni protette), sembrano ormai inadatte a descrivere la realtà di servizi anche di notevole complessità, entro i confini dei quali possono essere facilmente integrati centri di ascolto, segretariato sociale, patronati, associazioni di familiari e di volontariato, gli sportelli di servizi sociali comunali, centrali di erogazione di servizi domiciliari o i nuovi Centri per l'Assistenza Domiciliare (CeAD) istituiti nel 2010. Più spesso, si preferisce parlare oggi di strutture intermedie, a cavallo fra gli interventi domiciliari tradizionali e le Rsa ⁽⁸⁾. Il

⁽⁸⁾ Il termine strutture intermedie può creare alcuni equivoci, in effetti, rispetto agli analoghi interventi sanitari che la Regione Lombardia propone in forma sperimentale nel settore ospedaliero, come forma di intervento sanitario per acuti di minore intensità o alla terminologia scientifica,

numero esatto di questi servizi non è noto ma le ricerche più recenti ⁽⁹⁾ riportano i dati di attività di alcune decine di unità d'offerta, alle quali vanno aggiunte le esperienze di case albergo e alloggi protetti promossi da Comuni o altri enti pubblici e privati. Nel complesso queste strutture hanno intercettato fino ad oggi alcune migliaia di anziani offrendo loro, nei percorsi di vita o di malattia, servizi che sembrano assolvere efficacemente alle loro esigenze.

Le realtà intermedie sono – per loro natura – aperte e proiettate verso la comunità. Lo stesso Cdi, in questo caso, trova una collocazione naturale, facilitando il superamento delle resistenze al suo utilizzo da parte di anziani e famiglie già descritte nel paragrafo precedente e agevolando lo sviluppo di reti locali d'intervento orientate al prolungamento della domiciliarietà. Il Rapporto 2008 dell'Osservatorio sull'Esclusione Sociale dell'Irer afferma: “Rispetto al successo delle iniziative appare chiaro che mini-alloggi e comunità alloggio sono in grado di fornire risposte adeguate ai bisogni degli anziani e delle loro famiglie, soprattutto quando costituiscono il nodo di una rete territoriale di servizi per gli anziani”.

Il legislatore lombardo comincia a dimostrare interesse verso queste iniziative. Nel 2010 è stata emanata la Dgr 8/11497, che definisce alcuni requisiti minimi per l'esercizio di alloggi protetti per anziani. La delibera sottolinea come essi rispondano soprattutto a fragilità sociali, escludendo l'accoglienza di anziani soli non autosufficienti che richiedano assistenza socio-sanitaria continua. Quest'evoluzione propone temi originali ma contemporaneamente è figlia di alcuni timori dell'amministrazione regionale, preoccupata dalla possibilità di introdurre nel sistema dei servizi un'altra fonte di spesa destinata ad ampliare ulteriormente il budget destinato agli anziani. È una preoccupazione comprensibile, anche se alcune osservazioni già riportate in altri capitoli del volume suggeriscono anche possibili spazi di razionalizzazione e di migliore utilizzo delle risorse più costose.

Ad esempio, se si analizza la distribuzione Sosia dei residenti nelle Rsa lombarde, emerge come poco più di un quinto dei 19 milioni di giornate di degenza in Rsa rendicontati nel 2007 riguardino persone appartenenti alle classi Sosia 7 e 8; una

che descrive le “*intermediate care*” o “*transitional care*” come soluzioni idonee a sostenere la fase di dimissione ospedaliera e di riconsegna della persona ai servizi formali di comunità.

⁽⁹⁾ È possibile citare la ricerca promossa da Caritas Ambrosiana nel 2000 che ha censito e analizzato la popolazione storica, i dati di attività e i modelli organizzativi di 10 comunità alloggio diffuse su tutto il territorio regionale. O i dati ricavabili dal rapporto finale 2008 dell'Osservatorio regionale sull'esclusione sociale dell'Irer “Mappatura dei servizi socio-assistenziali rivolti a contrastare la povertà estrema e le nuove forme di povertà nonché le condizioni di fragilità in particolare degli anziani”, che analizza le caratteristiche e gli obiettivi di 24 fra comunità alloggio e minialloggi protetti lombardi. O, infine, il rapporto “Abitare e anziani: dal ventaglio di soluzioni a una proposta di azioni”, curato dal Laboratorio Politiche sociali del Politecnico di Milano per il progetto *Healthy Urban Planning – Healthy Cities 2005-2007*, che ha preso in considerazione le strutture attive sul territorio di Milano.

parte di queste potrebbe probabilmente trovare accoglienza anche in strutture di minore intensità. Il tema è complicato da alcuni limiti strutturali del Sosia, che rendono incompleta la relazione fra classe assegnata e gravosità assistenziale, soprattutto nei pazienti con demenza. La maggior parte degli ospiti dei nuclei Alzheimer, infatti, si distribuisce fra le classi 5 e 7, e molti di questi ultimi presentano problemi poco compatibili con l'accoglienza in una struttura residenziale gestita con modalità tradizionali. Il quadro cambia se la struttura adotta modelli d'intervento dedicati: persone con demenza e capacità di deambulazione conservate potrebbero essere accolte anche in residenze sociali di primo livello, quando queste abbiano caratteristiche architettoniche e una formazione del personale idonea a un approccio protesico e non contenitivo⁽¹⁰⁾. Ne potrebbero beneficiare soprattutto gli anziani con comportamenti meno problematici, come il vagabondaggio o l'affaccendamento afinalistico. Dall'altra parte, una parte degli ospiti di Rsa assegnati alle classi Sosia più gravi (da 1 a 4) potrebbero far parte di un target potenziale di collocazione alternativa alle Rsa, quando non siano presenti instabilità cliniche o specifiche patologie di particolare complessità.

Nell'insieme, è evidente che si tratta di un mondo in rapida evoluzione, che sta già in buona misura disegnando lo scenario dei servizi futuri. Saranno necessari il superamento di alcune abitudini culturali e il coraggio di dare fiducia ai risultati ormai convincenti di sperimentazioni e buone prassi: il sostegno finanziario del Fondo sanitario, a copertura degli oneri riferibili all'assistenza diretta, eserciterebbe un forte stimolo sullo sviluppo di queste alternative, a costi comunque molto più contenuti rispetto a quelli delle Rsa.

10.3. Il percorso assistenziale

Nel capitolo 6 si è visto come in Lombardia la valutazione, la progettazione dell'intervento e la presa in carico di bisogni "semplici" avvengano perlopiù mediante procedure e risposte codificate all'interno dello specifico settore interessato (sociale, sanitario o socio-sanitario). Per il bisogno "complesso" e multifattoriale, che necessita di più prestazioni integrate fra loro, invece, mancano sia un punto d'accesso unico sia un'équipe che abbia una visione unitaria del problema.

⁽¹⁰⁾ Secondo i modelli più aggiornati ed efficaci di cura delle persone con demenza, l'ambiente rappresenta uno degli ostacoli più frequenti alla normale espressione delle esigenze di una persona con demenza, fonte di stress per l'interessato e per i caregiver più esposti; a volte, è proprio l'ambiente o l'atteggiamento dei caregiver la fonte primaria delle anomalie del comportamento più difficili da controllare. Un setting di cura ben orientato, una progettazione architettonica adeguata buone scelte ambientali e di contesto possono sostenere le difficoltà specifiche della persona con demenza, permettendo una buona qualità di vita complessiva senza dover ricorrere a presidi di contenimento fisica o farmacologica.

In passato, al contrario, il Progetto Obiettivo Anziani approvato dalla Regione Lombardia nel 1995 (Regione Lombardia, 1995) aveva affidato le funzioni di regia degli accessi alla rete dei servizi e quelle d'integrazione tra sociale e sanitario all'Unità di Valutazione Geriatrica (Uvg), della quale una successiva delibera di indirizzi – del 1998 – precisava:

- le finalità: la definizione del “piano di intervento globale personalizzato”;
- gli obiettivi, riferiti al singolo caso (“la valutazione, il più possibile omogenea, razionale e complessiva, dei bisogni sanitari e socio-assistenziali di chi richiede di poter accedere alla rete dei servizi”) e di rete (“l'utilizzo ottimale dei servizi e delle risorse disponibili, al fine di rispondere alle singole richieste con efficacia, senza discriminazioni, con efficienza e integrando le diverse componenti”);
- le modalità operative: la continuità tra valutazione e intervento (criterio di composizione dell'Uvg è “la possibilità di saldare il momento della valutazione a quello della presa in carico e della “gestione” del caso, attraverso il coinvolgimento delle figure professionali rappresentative delle principali articolazioni della rete”);
- la collocazione, a livello distrettuale e sull'interfaccia tra sistema sanitario e sistema socio-assistenziale.

Tuttavia, la realizzazione concreta delle Uvg sul territorio lombardo – complice anche un insufficiente ruolo di verifica e di controllo da parte della stessa Regione – fu solo in scarsa misura influenzata dalle indicazioni sopra ricordate riguardanti la sua composizione, le competenze valutative dei propri membri e il coinvolgimento delle figure professionali rappresentative dei servizi. Pur in una realtà molto differenziata, non priva di situazioni locali di eccellenza, prevalsero sovente logiche e modelli di natura burocratico-autorizzativa. Si perse così di vista la reale funzione della valutazione multidimensionale come strumento per definire, in risposta ai bisogni ed alle risorse del singolo anziano e del suo nucleo familiare, le concrete possibilità di intervento della rete dei servizi. Come scrisse uno di noi circa 10 anni fa, “in molte realtà della nostra Regione l'Uvg è stata attivata solo in funzione dell'avvio di specifici servizi, quale strumento di autorizzazione all'ammissione ad essi (l'Adi in un primo tempo, quando le possibilità di ottenere i relativi finanziamenti erano subordinate alla sua attivazione; poi l'ammissione alle Rsa, con l'intervento dell'Uvg richiesto per lo più “a sanzione” di una decisione già presa, in funzione solo dell'autorizzazione al ricovero e della classificazione dell'utenza: vera e propria “commissione” chiamata a valutare non la persona anziana ma la sua documentazione ...)” (Guerrini, 2001).

Questa situazione, in una sorta di eterogenesi dei fini, vide la valutazione (meglio, l'applicazione di strumenti di valutazione) diventare, nei fatti, l'obiettivo dell'Uvg, anziché rappresentarne lo strumento fondamentale per conseguire il vero fine, cioè la definizione di un progetto capace di garantire all'anziano la risposta più adeguata ai suoi bisogni; la pur doverosa preoccupazione per l'appropriatezza degli accessi e per l'uso ottimale delle risorse prese il sopravvento sullo scopo primario, quello di garantire il difficile equilibrio tra il soddisfacimento dei bisogni del singolo e l'utilizzo equo e razionale delle limitate risorse disponibili.

La decisione dell'amministrazione regionale – presa all'inizio del decennio in esame – di abolire le Uvg non è sembrata, però, originare principalmente dall'analisi critica delle loro modalità operative e dalla verifica dei risultati conseguiti. Se si fosse voluto affrontare i problemi delle Unità Valutative, infatti, numerosi sarebbero stati gli interventi correttivi possibili, come valorizzare le pur diffuse "buone pratiche" e vincolare i finanziamenti al rispetto degli indirizzi definiti.

Il punto principale, infatti, non era che le Uvg incontravano alcune difficoltà, bensì che la loro presenza non risultava coerente con il disegno della riforma lombarda. Una funzione di definizione di un progetto globale d'intervento e di filtro/autorizzazione/regia degli accessi alla rete dei servizi socio-sanitari entrava in contraddizione con alcuni capisaldi delle nuove politiche sociali, in particolare: *a*) la libertà, da parte delle persone che accedono alla rete, di decidere autonomamente la tipologia del servizio che più risponde alle loro esigenze e di scegliere (non solo per i servizi residenziali, ma anche per quelli domiciliari) a quale soggetto erogatore rivolgersi, *b*) la competizione, nel "quasi mercato" dei servizi, tra i diversi gestori accreditati. L'abolizione dell'Uvg diventava allora la conseguenza logica dell'importanza assegnata alla libertà di scelta e del primato riconosciuto, nelle enunciazioni, alla domanda nei confronti dell'offerta. Si è notato, peraltro, nei capitoli precedenti, come l'effettiva espressione della libertà di scelta degli utenti e delle loro famiglie sia limitata non solo dalla carenza dei servizi disponibili ma anche dalla difficoltà, per gli utenti in condizioni di particolare "fragilità" e per i loro parenti, di individuare le risposte più adeguate ai bisogni e di orientarsi nel complesso sistema dei servizi.

Su un piano sistemico, la rinuncia da parte della Regione Lombardia – unica in Italia (Guaita, 2009) – a uno strumento di regia degli accessi, in grado di mettere a confronto i bisogni complessi degli anziani con le reali possibilità d'intervento dei vari servizi (e delle reti informali) e di promuovere l'integrazione e la collaborazione operativa tra sociale e sanitario e tra le diverse unità di offerta, segnò l'allontanamento dalla logica delle "rete" integrata e l'abbandono di un percorso, faticoso, di condivisione di un approccio sistemico e di coinvolgimento in un progetto globale.

Il tema del percorso assistenziale è stato affrontato in alcuni passaggi dei precedenti tre capitoli dal punto di vista dei singoli servizi mentre nel capitolo 6 lo si è discusso con riferimento alla complessiva riforma lombarda ⁽¹⁾. Rimandando a tali contributi per gli specifici approfondimenti qui è parso opportuno richiamarlo – seppur brevemente – così da sottolinearne la centralità nel cambio di modello dell'assistenza agli anziani non autosufficienti.

⁽¹⁾ Oltre che nel capitolo 6 – interamente dedicato a esso – alcuni spunti sul percorso assistenziale si trovano pure nel 4 e nel 5. Questi capitoli mostrano anche come – almeno a livello di enunciazioni generali – la seconda parte dell'ultima legislatura abbia visto una maggiore attenzione, da parte dell'amministrazione regionale, verso l'argomento; in merito si veda pure il capitolo 1.

Bibliografia

- COSTA G. (2006), *Abitare e anziani. Dal ventaglio di soluzioni a una proposta di azioni*, Consulenza DIAP-Politecnico di Milano, *Healthy Urban Planning – Healthy Cities 2005-2007*.
- GUAITA A. (2009), *Le Uvg tra benessere dell'anziano ed efficienza della rete*, in NNA Network Non Autosufficienza (a cura di), *L'assistenza agli anziani non autosufficienti in Italia. Rapporto 2009*, Maggioli.
- GUERRINI G., *Ripensare le Unità di Valutazione Geriatrica: le ragioni di una crisi e le ipotesi per il futuro. Riflessioni sull'esperienza lombarda*, *G. Gerontol*, 49:281-284, 2001.
- IRER (2008), *Osservatorio regionale sull'esclusione sociale: mappatura dei servizi socio-assistenziali rivolti a contrastare la povertà estrema e le nuove forme di povertà nonché le condizioni di fragilità in particolare degli anziani*, Milano.
- REGIONE LOMBARDIA, 1995, *Progetto obiettivo anziani*, Milano, Regione Lombardia.