

Fondazione "Socialità e Ricerche ONLUS"

Newsletter n. 4-5

Aprile – Maggio 2011

www.fondazione-sr.it



IN QUESTO NUMERO

- ✓ **Sotto la lente** - I caregiver e il sistema delle cure: verso il riconoscimento formale di una funzione oggi indispensabile di **Marco Trabucchi**
- ✓ **Lavori in corso** - Spesa per anziani e crescita economica
- ✓ **A spasso per le attività** - Terza economia. Sempre più valore dalla terza età di **Carlo Ferri e Francesca Vanara**
- ✓ **Novità e segnalazioni – Spazio ai lettori**
 - Attività fisica e qualità di vita degli anziani di **Armando Muzzi**
 - Progetto assistenza, ricerca e cura dell'anziano (ARCA) – est veronese
- ✓ **Il punto di vista** - Assistenza agli anziani, se lo Stato finanzia il "fai da te" di **Cristiano Gori**
- ✓ **Un po' di diritto** - Il percorso della normativa regionale in tema di continuità assistenziale e di integrazione tra servizi sanitari e servizi sociali di **Maria Carla Claudi**

Comitato di redazione della Newsletter:
Carlo Ferri e Marco Trabucchi, Massimo Oliverio e Francesca Vanara, Maria Carla Claudi e Federica Lussiana.

La Fondazione Socialità e Ricerche

La Fondazione Socialità e Ricerche ONLUS è stata istituita per studiare i problemi connessi con la vita della persona che invecchia.

Oggi si riconosce che la complessità caratterizzante la società post-moderna non permette al singolo programmatore o decisore di stabilire quali siano le opzioni più opportune: è necessario un lavoro di preparazione e di studio che solo una cultura della ricerca e dell'analisi sperimentale può compiere. Il metodo della ricerca sperimentale deve essere improntato al principio di riconoscere la centralità della persona ed al rispetto assoluto per la sua libertà ed autonomia nel ricostruire una dignità vera, anche in condizioni cliniche e psicosociali critiche.

In tale ottica, la Fondazione "Socialità e Ricerche ONLUS" intende stimolare studi e progetti al fine di offrire concrete proposte di lavoro a chi, nei molti ambiti vitali della persona fragile, si preoccupa di costruire ambienti più "normali", dove nessuno sia dimenticato, soprattutto se si trova in condizioni di fragilità, di sofferenza o di non autosufficienza.

Carlo Ferri
Presidente
della Fondazione

Marco Trabucchi
Presidente
Comitato scientifico

SOTTO LALENTE

I caregiver e il sistema delle cure: verso il riconoscimento formale di una funzione oggi indispensabile

di Marco Trabucchi, Università di Roma Tor Vergata e Gruppo di Ricerca Geriatrica di Brescia; Presidente del Comitato Scientifico della Fondazione Socialità e Ricerche

Uno dei cambiamenti più rilevanti della nostra epoca è stato l'aumento della speranza di vita alla nascita ed in età avanzata. Quest'ultimo fenomeno, in particolare, ha indotto un cambiamento dell'epidemiologia, caratterizzato dalla sopravvivenza di persone ammalate e con forti limitazioni della propria autosufficienza. Ciò ha provocato a sua volta un cambiamento radicale dell'approccio clinico; la medicina contemporanea è soprattutto medicina delle cronicità, che si esplica attraverso nuove modalità terapeutiche sul piano farmacologico e su quello dell'organizzazione dei servizi. Si deve considerare al proposito che i cambiamenti sono avvenuti in tempi così rapidi da rendere difficile un adeguamento culturale e pratico alle nuove realtà. La società contemporanea si trova quindi a ricercare modalità innovative per rispondere ad un bisogno in continua espansione senza aver condotto adeguate analisi, che possano permettere di costruire modelli funzionali e non adattamenti che risentono di condizioni peculiari. E' quindi necessario

mettere in atto rapidamente un impegno di studi e ricerche molto approfondito; è un passaggio indispensabile per governare la transizione e per offrire ai cittadini e agli operatori delle cure un valido quadro di riferimento.

L'assistenza diretta all'anziano e alle persone di tutte le età non autosufficienti rientra tra le problematiche sopraindicate; è un compito difficile sul piano umano, complesso sul piano organizzativo, che richiede competenza, "forza" fisica e psicologica, disponibilità di tempo, spesso anche disponibilità economiche. Come fare per rendere sempre più efficace l'impegno generoso di molte centinaia di migliaia di cittadini che destinano il loro tempo a favore di chi è stato colpito da forti compromissioni dell'autonomia (con ricadute molto pesanti sulla qualità della vita)? E' un mondo di generosità spesso nascoste e scarsamente riconosciute, che deve uscire dalla marginalità nella quale è stato relegato. Non è accettabile, infatti, che una componente così importante dell'organizzazione sociale sia formalmente irriconoscibile!

Il presente editoriale si pone l'obiettivo di contribuire a creare nella società italiana una situazione più favorevole sul piano umano e organizzativo alle persone che offrono il proprio tempo a chi non è autosufficiente. L'obiettivo strategico è indurre l'opinione pubblica ed i decisori ai vari livelli a inserire il sistema di caregiving all'interno dei sistemi organizzati di cura, mettendo a punto i necessari provvedimenti in questo senso.

Il caregiving è essenziale per il mantenimento della persona non autosufficiente, spesso affetta da polipatologia che si riflette direttamente sull'autosufficienza, nel proprio domicilio; rappresenta quindi una funzione che si avvicina a quella di un servizio di valenza istituzionale, assieme a quelle più strettamente cliniche (delle quali peraltro rappresenta il braccio operativo, perché nessuna prescrizione farmacologica, riabilitativa o sul piano degli stili di vita è destinata al benché minimo successo se non è sostenuta dal sistema di caregiving). A fronte di questo bisogno che cresce e presenta dinamiche sempre diverse oggi si assiste ad una progressiva difficoltà nell'espletamento della funzione di caregiving, perché sono aumentati il numero e la gravità clinico-assistenziale delle persone bisognose di cura (fenomeno conseguente alla modificazione strutturale dell'intervento medico, tendente a cronicizzare le malattie) e allo stesso tempo è cambiata la struttura della famiglia (che fino a qualche anno fa vedeva una pluralità di attori dell'assistenza, poi la riduzione del loro numero, ma con una sempre elevata

attenzione per la persona principalmente responsabile, fino alla condizione di oggi, che vede una sostanziale solitudine della diade curante-curato). Più recentemente il sistema di caregiving ha subito la riduzione - avvenuta in molti settori - dei servizi pubblici di supporto, come conseguenza delle restrizioni economiche. Quelli che prestano assistenza si ritrovano spesso a svolgere funzioni di competenza tecnica che non spetterebbero a loro, compiti ai quali però le circostanze non permettono di sottrarsi. La recente crisi ha indotto tra l'altro un cambiamento - seppur ancora limitato - nella tipologia dei caregiver, perché si assiste al ritorno a casa di donne espulse dal mercato del lavoro, che trovano nell'ambito familiare allargato una nuova possibile fonte di denaro.

Lo scenario del caregiving è oggi caratterizzato da una serie di movimenti che mettono in luce la sostanziale fragilità del comparto, nel quale agiscono realtà diverse, molto spesso prive di protezione e esterne a qualsiasi organizzazione. Di conseguenza i singoli attori - sia appartenenti alla famiglia sia personale prevalentemente straniero - sono esposti a mille difficoltà, sul piano psicologico (la solitudine, l'incertezza sul futuro, il contatto con una sofferenza prolungata e spesso molto grave), sul piano tecnico (la mancanza di informazioni sulle principali metodologie di nursing geriatrico e non, a fronte di condizioni che richiederebbero interventi di una certa specificità), sul piano normativo (modalità di assunzione, tempi di lavoro, assicurazioni, ecc.). Particolare rilievo ha il caregiving delle

persone affette da demenza per il peso organizzativo e psicologico che impone e per l'assenza di modelli formalizzati di intervento. Sempre più quindi si palesa la necessità di strutturare meccanismi di riconoscimento del lavoro svolto e di supporto a queste figure di assistente-organizzatore-infermiere-psicologo sui vari piani del bisogno, cioè quello pratico-tecnico, quello relazionale, quello dell'organizzazione del tempo ed infine normativo-previdenziale-economico. Al contrario, nello scenario della nostra società oggi non si identificano interventi che si facciano carico in modo coordinato di questi complessi bisogni; quelli attuati in questi anni - per quanto meritori - sono stati settoriali e limitati e frequentemente vanificati dai cambiamenti delle condizioni esterne. Invece l'evoluzione complessiva dello scenario dei servizi porterà necessariamente ad un ruolo maggiore delle famiglie, qualora dispongano delle potenzialità adeguate (alcune naturalmente disponibili, altre che possono essere rese concrete da parte dei servizi). Ovviamente ogni considerazione sul ruolo futuro della famiglia nei sistemi di cura deve essere analizzato in maniera laica, senza pregiudizi, leggendo con attenzione le singole situazioni, attraverso metodologie standardizzate di valutazione multidimensionale, al cui interno ha uno spazio rilevante l'analisi dei sistemi di supporto e la loro capacità operativa. Non si può infine trascurare di riconoscere l'obbligo morale di una società civile verso persone che generosamente dedicano la vita agli altri, risolvendo problemi individuali e collettivi

che altrimenti peserebbero dolorosamente sulla collettività. E nei momenti di crisi tali funzioni svolgono ruoli ancor più incisivi.

Sulla base di queste considerazioni è necessario portare avanti a livello nazionale una serie di interventi coordinati e sui quali ottenere il supporto delle organizzazioni di utenti e di familiari, dei medici di medicina generale e degli infermieri, ma soprattutto dei vari livelli della politica e delle Amministrazioni.

Inizialmente sarebbe utile costruire una campagna di largo respiro rivolta all'opinione pubblica e agli operatori e allo stesso tempo offrire indicazioni e supporto tecnico a livello nazionale, regionale e degli enti locali che volessero impostare in modo articolato e strutturato un intervento a favore dei caregiver.

Un eventuale testo sul quale raccogliere un consenso allargato dovrebbe prevedere:

- un riconoscimento sul piano culturale e sociale dell'importanza del caregiving, in modo da raggiungere a livello nazionale un'omogeneità di fondo rispetto alla valutazione di questa importante funzione umana e assistenziale. Si deve definire il ruolo di sussidiarietà della famiglia rispetto al servizio pubblico non come una concessione, ma come centrale per lo sviluppo civile;
- riconoscimento pieno da parte del Governo, delle Regioni e degli Enti Locali della famiglia come realtà di servizio alle persone non

autosufficienti. Tale riconoscimento deve portare a modificare le norme vigenti non premianti e ad istituire benefici economici omogenei ed adeguati rispetto al “peso” assistenziale. Uno dei primi interventi da attuare è una revisione della legge 104/92 che dà la possibilità di fruire di permessi lavorativi; infatti si sono registrati abusi che hanno suggerito un inasprimento dei controlli, mentre allo stesso tempo molte situazioni di reale bisogno non hanno trovato adeguata risposta. Inoltre vi è la possibilità di accedere a contributi economici per specifiche condizioni assistenziali (questa tematica esige una trattazione specifica, legata alla funzione del caregiver anche rispetto alla fruizione di servizi organizzati che hanno tariffe proprie, il cui pagamento sarebbe effettuato dal caregiver attraverso finanziamenti pubblici di varia natura);

- compiti e doveri dei caregiver; ovviamente all'interno di un piano strategico volto a valorizzare formalmente una funzione è necessario indicarne limiti e confini, anche se è da evitare qualsiasi irrigidimento entro schemi burocratici di una funzione che ha sempre una rilevante componente volontaristica e quindi di autorganizzazione. L'assistenza a casa è strutturalmente connessa al riconoscimento di un elevato grado di libertà da parte dei vari attori delle cure. Un aspetto particolare è rappresentata dal rapporto del caregiver con l'eventuale amministratore di sostegno; spesso le

due figure non coincidono, con il rischio di conflitti negativi per proseguire con serenità un progetto assistenziale;

- il diritto ed il dovere ad una formazione adeguata sul piano tecnico e della relazione. In molte realtà locali si stanno diffondendo “scuole delle famiglie”, dove attraverso l'uso di adeguati strumenti didattici si insegnano le tecniche di nursing delle persone non autosufficienti, assieme a modalità per affrontare e gestire lo stress, nonché le dinamiche intrafamigliari e verso i servizi;
- strutturazione da parte delle Aziende sanitarie di piani assistenziali che prevedano l'inserimento organico dei caregiver. In questa prospettiva si deve considerare sia il livello domiciliare sia quello ospedaliero sia quello delle residenze; in ogni luogo si devono riconoscere in modo formale i diritti dei caregiver, favorendo il loro lavoro e sgravandolo da oneri impropri sul piano pratico (si pensi, ad esempio, alle limitazioni di accesso dei caregiver in alcune strutture residenziali, negli ospedali, ecc.). Attraverso il Pai si deve arrivare a definire i compiti del caregiver, diversificandone l'impegno e di conseguenza gli interventi rispetto alle esigenze della persona non autosufficiente ;
- organizzazione di servizi adeguati di supporto al lavoro della famiglia all'interno del domicilio (centri diurni, ricoveri di sollievo, ecc.). In una prospettiva sistemica questi servizi

devono essere parametrati rispetto al bisogno reale e quindi essere in rete con le esigenze di un determinato territorio.

Queste considerazioni - che si ineriscono all'interno di una temperie culturale e organizzativa sempre più favorevole al riconoscimento dell'importante lavoro dei caregiver - costituiscono un contributo

perché realtà significative come la *Fondazione Socialità e Ricerche* possano agire per favorire un ruolo strutturato nei sistemi di cura delle persone che offrono supporto a chi non è autosufficiente. I livelli di intervento sono diversi sia sul piano organizzativo che istituzionale; è però importante che si sia iniziato un percorso.

LAVORI IN CORSO – Spesa per anziani e crescita economica

La Fondazione Socialità e Ricerche ha avviato, nell'autunno scorso, il progetto di ricerca "Spesa per anziani e crescita economica", in corso di svolgimento con il contributo di centri di studio e ricerca che nel nostro Paese hanno maturato una significativa esperienza nel settore delle analisi multisettoriali.

Per discutere collegialmente i primi risultati della ricerca in corso, lunedì 28 marzo u.s. si è tenuto un seminario sul tema "Spesa per anziani e crescita economica", organizzato dal Dipartimento di Scienze Economiche e Sociali e dalla Scuola di Dottorato in Politica Economica (Modelli Quantitativi per la Politica Economica) dell'Università Cattolica del Sacro Cuore - Sede di Piacenza, in collaborazione con la Fondazione Socialità e Ricerche ONLUS.

Introdotta dalla dott.ssa *Francesca Vanara*, membro del Comitato Scientifico della Fondazione Socialità e Ricerche

Onlus, la relazione del prof. *Claudio Socci* (Università di Macerata) è stata discussa dal prof. *Francesco Timpano* (Università Cattolica del Sacro Cuore), dal prof. *Marco Trabucchi* (Presidente del Comitato Scientifico della Fondazione Socialità e Ricerche Onlus e Past President della Società Italiana di Gerontologia e Geriatria) e dalla dott.ssa *Giovanna Palladini*, Assessore ai Servizi Sociali del Comune di Piacenza.

Nel prossimo numero della Newsletter verrà proposto un aggiornamento sul tema.

A SPASSO TRA LE ATTIVITA' DELLA FONDAZIONE

La Fondazione Socialità e Ricerche, a partire dal 2005, ha condotto, finanziato o premiato una serie di ricerche e progetti finalizzati a mettere a fuoco ed approfondire le diverse problematiche connesse con l'assistenza agli anziani (vedi Newsletter n. 1 - 2011).

La precedente Newsletter ha dato l'avvio alla presentazione delle singole iniziative condotte dalla Fondazione, a cura dei responsabili o dei collaboratori alle iniziative stesse. In questo numero presentiamo l'iniziativa "Terza economia. Sempre più valore dalla terza età" sviluppata nell'arco del triennio 2006-2008. A tale iniziativa dedicheremo ampio spazio anche nei prossimi numeri della Newsletter.

Terza economia. Sempre più valore dalla terza età di Carlo Ferri* e Francesca Vanara**

* *Presidente della Fondazione Socialità e Ricerche Onlus, Bergamo.*

** *Membro del Comitato Scientifico della Fondazione Socialità e Ricerche Onlus, Bergamo; professore a contratto di Economia applicata, Università di Torino.*

La vita serena della persona anziana è costantemente minacciata da affermazioni che compaiono sui mezzi di comunicazione, i quali descrivono le difficoltà che la nostra società dovrà affrontare nel prossimo futuro per sostenere i cittadini non più giovani nelle loro diverse esigenze umane.

Si diffonde un allarme particolarmente doloroso per chi dovrebbe, invece, sentire attorno a sé la gratitudine collettiva; già questo è motivo di disagio se si vuole costruire una convivenza nella quale ciascuno senta di essere titolare di un diritto alla dignità e alla libertà. Peraltro, chi guarda con intelligenza alla storia, soprattutto quella degli ultimi 30-40 anni, comprende come le paure suscitate dall'invecchiamento della popolazione e le previsioni catastrofiche legate al

fenomeno sono state sconfitte dalla "plasticità sociale", cioè dalla capacità della nostra collettività di rispondere ai bisogni in modo adeguato (anche se avremmo desiderato di più!).

Verso la fine degli anni settanta si discuteva sulla crisi dello stato sociale e delle protezioni verso i più vulnerabili che sarebbe avvenuta all'inizio del nuovo millennio. Pur con tutte le convulsioni del sistema - frutto per gran parte dell'egoismo di taluni - oggi non siamo nella condizione così drammaticamente precorizzata e la storia continua ...

Però la problematica non deve essere dimenticata; deve, anzi, restare al centro dell'interesse di studi e ricerche, superando un certo diffuso immobilismo che si accontenta delle denunce e delle letture catastrofiche. Infatti, solo la continua individuazione e sperimenta-

zione di nuove strade permetterà di trovare risposte adeguate, evitando fatiche e sofferenze alle persone anziane che sempre più numerose popoleranno il nostro pianeta.

In questo scenario si colloca l'iniziativa della *Fondazione Socialità e Ricerche* "Terza economia. Sempre più valore dalla terza età" che ha visto l'organizzazione di tre convegni a Stresa (2006 - 2008).

Le analisi e le proposte portate avanti nel corso del triennio vedono le tappe di seguito schematicamente riassunte; alcune sono state confrontate con le più significative esperienze di paesi europei ed extraeuropei.

1. Il termine "Terza economia" comprende un insieme di aspetti che portano a creare le condizioni perché la persona anziana possa diventare (o continuare ad essere) un produttore di ricchezza per sé e per la collettività. In questo modo, tra l'altro, si segmenta la domanda di supporto da parte degli appartenenti alla terza età, molti dei quali possono diventare più o meno direttamente un sostegno della quota di coetanei che sono, invece, bisognosi di aiuti costosi e complessi, perché incapaci di una vita autonoma.
2. Il mantenimento dell'anziano nel mondo del lavoro, continuando la propria occupazione precedente o aprendone una nuova, richiede una serie di atti rilevanti, quali: a) adeguamento dei meccanismi aziendali per riconoscere il ruolo del lavoratore anziano, rispettandone competenze, sensibilità, capacità; b) formazione del lavoratore anziano in

modo da permettere l'utilizzazione delle nuove tecnologie e, più in generale, dei nuovi processi lavorativi; c) incentivi fiscali per l'eventuale prolungamento dell'attività lavorativa, ma anche per l'apertura di nuove forme di microimprenditorialità, soprattutto nel campo dei servizi; d) disponibilità di crediti adeguati alle funzioni sopradescritte.

3. E' fondamentale garantire da parte del mondo produttivo un'apertura che possa permettere la partecipazione attiva dell'anziano, incentivando così il consumo di beni. Non si tratta di costruire linee di "prodotti per vecchi", ma di adeguare la produzione dei normali beni anche alle esigenze della quota di cittadini più avanzati di età (dalla moda, al turismo, ai trasporti, alle assicurazioni, ecc.). In questo modo si garantisce una crescita economica significativa, perché la persona anziana mette in circolo le proprie disponibilità e concorre alla crescita del PIL della nazione.
4. L'insieme dei due punti precedenti permette una maggiore sostenibilità del sistema di welfare, sia per quanto riguarda la spesa pensionistica che socio-sanitaria, consentendo di concentrare sulle fasce più deboli una maggiore quantità-qualità di interventi, utilizzando i risparmi ottenuti. Quindi, ogni investimento iniziale da parte del sistema pubblico per permettere l'adozione su larga scala delle modalità delineate sarà largamente produttivo. Inoltre, in questo modo l'anziano non viene più vissuto come una categoria indistinta di persone

dipendenti e costose per la collettività, modificandone l'attuale condizione di disagio.

5. Nel suo insieme lo sviluppo della "Terza economia" permette all'anziano una migliore qualità della vita, perché caratterizzata da una più incisiva partecipazione alle dinamiche sociali e da una maggiore disponibilità economica. Ciò produce una generale attivazione psicofisica della persona coinvolta nei meccanismi produttivi, con la conseguente conservazione di un migliore stato di salute, che a sua volta è una determinante fondamentale del benessere e porta ad una riduzione del ricorso ai servizi, quelli sanitari in particolare (con il conseguente risparmio). Inoltre, una presenza dell'anziano più significativa nell'ambito della collettività produce "capitale sociale", cioè contribuisce

alla creazione di un mondo più sereno, coeso e vivibile per tutti, indipendentemente dall'età.

Ci sono momenti di crisi nei quali è più facile guardare alle dinamiche sociali senza pregiudizi o posizioni precostituite; oggi la grande difficoltà economica - che potrebbe rendere difficile il mantenimento dell'attuale livello di welfare - rappresenta un'occasione per ridare significato e ruolo ad una parte importante della vita di ciascuno, togliendola da un limbo dove dominano il pessimismo, la rassegnazione e l'incapacità di cambiare.

La riconquista di benessere per gli anziani si accompagna alla riconquista per tutti i cittadini di una speranza possibile, fondata su proposte concrete e realizzabili.

NOVITA' E SEGNALAZIONI – SPAZIO AI LETTORI

Questo spazio è dedicato a fornire informazioni sulle novità e sugli studi, a livello nazionale e internazionale, sulle problematiche di diversa natura riguardanti gli anziani e, in generale, i soggetti che versano in stato di svantaggio, materiale, fisico e psicologico.

Qui verranno anche pubblicati materiali e proposte sulle problematiche predette forniti da chi intende collaborare alla nostra iniziativa.

Pubblichiamo le riflessioni pervenute da un esperto della sanità impegnato da una vita nel campo della direzione di strutture sanitarie ospedaliere pubbliche e private e nella docenza a livello universitario in materia di sanità pubblica.

ATTIVITÀ FISICA E QUALITÀ DI VITA DEGLI ANZIANI

di **Armando Muzzi**, *Professore a contratto presso l'Università di Roma Tor Vergata*

L'invecchiamento, per sua natura, comporta l'osservazione da punti di vista eccezionalmente numerosi. Anche se, dalla prospettiva medica, l'attenzione è richiamata dai fenomeni biologici che si manifestano con la progressiva modificazione delle cellule e delle molecole del corpo, gli effetti del processo di invecchiamento si fanno sentire in ogni sfera della vita. È questa intrinseca complessità che ha reso così difficile lo studio dell'argomento. Un ulteriore, e forse maggiore, ostacolo deriva dal fatto che durante la lunga storia dell'umanità si sono raccolti miti e preconcetti sulla vecchiaia, molti dei quali si sono rivelati falsi e contingenti. È diffusa opinione che la vecchiaia si debba inevitabilmente accompagnare a cattiva salute o che non esistano rimedi che, pur non potendo arrestare il corso del tempo, consentano di adattare le condizioni di vita allo stato biologico posseduto.

Dalla innumerevole massa di studi sull'invecchiamento la notizia forse più eccitante è la scoperta che l'invecchiamento è molto più malleabile di quanto si credeva in precedenza. Azioni positive come la scelta di una corretta alimentazione o una sana attività fisica aiutano a ritardare il processo e quindi a rallentare, entro certi limiti, gli effetti negativi dell'età sulla salute.

«Mangiare solamente non manterrà un uomo in buona salute; egli dovrà fare inoltre dell'esercizio fisico. Perché il cibo

e l'esercizio fisico anche se posseggono qualità opposte, tuttavia agiscono insieme nel generare salute ... E, come sembra, è necessario comprendere l'efficacia dei vari esercizi fisici, sia naturali che artificiali, per sapere quali tendono ad aumentare la "carne" e quali invece tendono a ridurla; e non solo questo, ma anche adeguare l'esercizio fisico alla quantità di cibo, alla costituzione del paziente, all'età della persona...»
[“Regimen” - Ippocrate - 400 a.C.]

Senza dover ricordare fonti ancora più antiche, le parole del padre della Medicina sono sufficienti ad evidenziare la nozione empirica che l'esercizio fisico è indispensabile per mantenere corpo e mente in buona salute.

Come pure è istruttivo ricordare che, nel 13° secolo, durante il regno dei Crociati a Gerusalemme, era richiesto ai cavalieri di prestare servizio militare fino all'età di 60 anni; e che in Spagna, nello stesso periodo, l'età per abbandonare il servizio militare era di 70 anni. Queste notizie indicano che, per uomini che conducevano una vita fisicamente attiva, l'età dell'attuale “pensionamento” era del tutto compatibile con mestieri pesanti e faticosi.

Solo nell'ultimo secolo, con il progresso delle scienze mediche (epidemiologia, fisiologia, patologia), si è sperimentalmente dimostrato che lo stile di vita sedentario si associa a patologie di tipo cronico non infettivo quali le malattie

cardiovascolari, l'ipertensione, il diabete mellito di tipo 2, i tumori del colon e del seno, l'osteoporosi, e il mal di schiena. Considerato che la salute è intesa, secondo la definizione dell'OMS, "uno stato di completo benessere e non solo assenza di malattie", va rimarcato che l'attività fisica ha effetti benefici anche da un punto di vista psicologico come recita il notissimo aforisma di Giovenale "mens sana in corpore sano" (Satire, X, 356). È stato infatti accertato che aumenta l'autostima, la capacità di socializzazione e il senso di benessere, anche attraverso un'azione ormai accertata sui neuro-mediatori cerebrali ed ha in particolare effetti positivi nel prevenire e nel combattere la depressione.

L'argomento "attività fisica e qualità di vita degli anziani" meriterebbe una vasta trattazione, ma molte informazioni sono costantemente ed ampiamente diffuse dai mezzi di comunicazione di massa. È sufficiente qui ricordare quanta attività fisica bisogna fare per mantenersi in salute. Sono consigliati almeno 30 minuti di attività fisica 4-7 volte alla settimana (60 per chi tende al sovrappeso). Il cammino, oltre che in termini di tempo, si può misurare con un apparecchio facile da usare e poco costoso, il contapassi. Alcuni consigliano circa 10.000 passi al giorno di cammino veloce; ma il cammino è consigliato in ogni caso, anche a livelli inferiori.

L'attività dovrebbe essere di intensità sufficiente, cioè moderata o intensa (ad esempio il cammino veloce è un tipo di attività moderata, e la corsa un'attività intensa; il cammino lento, invece, dà minori benefici in termini di salute fisica).

Contemporaneamente è importante, per evitare problemi, che l'attività non sia eccessiva, in particolare per quanto riguarda le persone precedentemente sedentarie (cioè non allenate) specie se al di sopra di una certa età. Il che significa iniziare con molta gradualità, aumentando poco per volta, ad esempio per gli anziani partendo da 10 minuti al giorno e poi aumentando anche solo di 5 minuti alla settimana.

Alla domanda "quale attività praticare?" si può rispondere che l'attività fisica può essere di tipo sportivo oppure connessa con il lavoro o con le attività della vita quotidiana (come andare a fare la spesa o a lavorare o fare le scale a piedi, portare a spasso il cane, fare i lavori di casa, praticare il giardinaggio, lavare l'auto). Anzi queste ultime presentano il vantaggio che diventando parte delle abitudini di vita possono più facilmente essere protratte nel tempo.

Per l'anziano assume particolare importanza anche la possibilità di praticare movimento in compagnia di altre persone: questo elemento rinforzante accresce i benefici migliorando anche il tono dell'umore e la qualità di vita percepita. Un'efficace promozione dell'attività fisica può pertanto essere condotta solo attraverso la creazione di un supporto ambientale e sociale facilitante, che si realizza attraverso interventi multidisciplinari con il coinvolgimento di vari attori sociali attivi sul territorio (amministrazioni pubbliche, aziende sanitarie, associazioni sportive, volontariato, mondo produttivo, ecc.). Poiché è fondamentale che l'attività fisica diventi un'abitudine serena e non

opprimente, in quanto la preoccupazione è un fondamentale fattore di stress, nulla vieta di seguire il suggerimento offerto dal noto attore comico americano: «L'estate scorsa, mentre facevo jogging lungo la Quinta Avenue come stabilito da un programma di fitness mirato "ad

aumentare" le mie aspettative di vita "rispetto" a quelle di un minatore del XIX secolo, mi fermai al bar all'aperto dell'Hotel Stanhope per rinvigorire il mio sfiatato sistema respiratorio ...» [Woody Allen. *Pura anarchia*. Bompiani ed. Milano 2007 (pag. 127)].

PROGETTO ASSISTENZA, RICERCA E CURA DELL'ANZIANO (ARCA) – EST VERONESE

L'Azienda ULSS 20 della Regione Veneto ha condotto un progetto per l'assistenza, la ricerca e la cura dell'anziano nel proprio territorio (ARCA). Il lavoro è oggetto di un articolo - scritto dal direttore generale della Azienda USSL 20 Verona, dott.ssa. Maria Giuseppina Bonavina, insieme al gruppo di lavoro – pubblicato sul n. 6-2010 di rivista Tendenze (edita dal Mulino).

Il Progetto ARCA, come si legge nell'introduzione della presentazione dell'iniziativa, propone un modello organizzativo orientato all'integrazione delle cure e delle conoscenze, al fine di raggiungere una continuità di assistenza sociosanitaria per tutti i cittadini anziani del territorio dell'est veronese. L'Azienda ULSS 20, in coerenza con la propria *mission*, dedica molte attenzioni alle problematiche dell'invecchiamento della popolazione. In questa logica, l'Azienda, nell'ambito della programmazione di servizi, ha voluto assumersi la responsabilità di operare nel senso di far sì che i soggetti in difficoltà trovino al momento giusto e nel posto giusto la risposta ai propri bisogni, sia quelli più evidenti ed

espressi, sia quelli meno evidenti e di difficile identificazione.

In considerazione del fatto che le conoscenze scientifiche negli ultimi decenni si sono focalizzate prevalentemente sui problemi di specifiche malattie, raggiungendo risultati di alto livello, ma la cui efficacia clinica è limitata rispetto alle problematiche complesse della persona anziana ammalata, lo spirito del progetto è stato quello di verificare la possibilità di costruire risposte adeguate ai bisogni delle persone, basandosi sulla dimostrazione delle realizzazioni compiute negli ultimi 20-30 anni, nonostante le mille difficoltà, nonché sulla lettura del presente e sulla conseguente constatazione che nelle pieghe della vita collettiva vi sono molte possibilità in termini di potenzialità e generosità. Il progetto si pone pertanto nell'ottica di un rigoroso rispetto delle specificità sul piano dei bisogni indotta dalle differenze della storia umana e clinica, dalle condizioni del momento, dall'interpretazione soggettiva di essere al mondo.

Il punto di partenza del progetto è la valutazione multidimensionale perché permette di conoscere le differenze, di oggettivarle, di comunicarle tra ambiti ed operatori diversi, in modo da costruire reali processi di continuità dell'assistenza. Un'altra delle logiche di fondo del progetto è la fiducia della possibilità di lavorare assieme attorno a specifici problemi da parte di operatori diversi. In questa prospettiva la formazione rappresenta l'aspetto più importante, perché sta alla base di qualsiasi possibile realizzazione concreta.

Il Progetto si integra con il *Progetto Scaligero* dell'area metropolitana veronese: l'insieme dei risultati potrà costituire un modello di assistenza agli anziani certamente originale e significativo.

Il Progetto ARCA - i cui obiettivi generali consistono nel rispondere in modo

appropriato ai bisogni degli anziani fragili, nel mantenere l'autosufficienza e nel promuovere la dignità di ogni anziano, nonché nell'ottimizzare l'utilizzo delle risorse professionali ed economiche dell'ospedale e dei servizi territoriali - è strutturato in due parti: la prima è dedicata alla lettura delle attività ospedaliere e territoriali svolte negli ultimi anni nell'ambito di riferimento; la seconda indica una serie di progetti da realizzare nell'immediato futuro per migliorare l'attività ospedaliera e quella svolta nel distretto 4 della ULSS 20 a favore degli anziani fragili. I progetti prevedono azioni progettuali per l'assistenza ospedaliera ed azioni progettuali dell'assistenza territoriale, non scindibili dal contesto ospedaliero, tra cui rileva, in particolare, la realizzazione del punto unico di accesso.

IL PUNTO DI VISTA ...

Assistenza agli anziani, se lo Stato finanzia il "fai da te"

di **Cristiano Gori**, docente di politica sociale all'Università Cattolica e consulente scientifico dell'Istituto per la Ricerca Sociale (Milano)

L'opposizione ha attaccato il governo per aver tagliato i servizi di assistenza agli anziani non autosufficienti, ma il Ministro del Welfare, Maurizio Sacconi, ha risposto che questa critica manca il bersaglio e ha sostenuto che la spesa sociale non diminuirà. Chi ha ragione?

I servizi pubblici, forniti a domicilio e in strutture residenziali, sono già scarsi in Italia e le recenti scelte del Governo li indeboliscono ulteriormente. Inoltre, l'attuale esecutivo - così come i precedenti - non ha svolto la propria funzione di *governance*, che avrebbe permesso di aumentare i servizi. Da

tempo si attende la definizione di standard adeguati di offerta da garantire in ogni Regione (i “livelli essenziali di assistenza”) assicurando le risorse necessarie, come accade per gli ospedali e come il federalismo - almeno in teoria - richiederebbe. Non è chiaro perché ogni Regione debba rispettare un determinato standard di posti letto ospedalieri per 1000 abitanti - i livelli essenziali, appunto - mentre lo stesso non avviene, ad esempio, per i posti in casa di riposo ogni 1000 persone ultra75enni.

Le prestazioni monetarie sono, storicamente, predominanti nel sistema italiano di protezione sociale e ora lo stanno diventando ancor di più perché le persone con 65 anni e più che ricevono l'indennità di accompagnamento sono passate dal 6% al 9,5% tra il 2002 e il 2009. Questo cambiamento - il più ampio nel welfare pubblico dell'ultimo decennio - è avvenuto, piuttosto singolarmente, in modo del tutto spontaneo, cioè senza che chi governa abbia preso alcuna decisione in proposito.

La spesa pubblica cresce, ma il punto è un altro.

Tornando alla domanda iniziale, la recente evoluzione dà ragione tanto all'opposizione (“i servizi saranno tagliati”) quanto a Sacconi (“la spesa complessiva non diminuirà”). A ben vedere, anzi, la spesa è in crescita, perché l'incremento dell'indennità pesa più della riduzione dei servizi.

Il punto cruciale, però, è un altro, e tocca l'impostazione del welfare italiano. Tradizionalmente, nel nostro paese, il sistema pubblico delega alla famiglia la

responsabilità di aiutare i suoi componenti deboli, siano anziani, adulti con disabilità, o bambini piccoli. A volte ciò significa non prevedere finanziamenti e, altrettanto spesso, vuol dire stanziare risorse economiche senza accompagnarle con gli ulteriori interventi di cui la famiglia avrebbe bisogno. E' il caso dei diversi assegni esistenti per i figli e per l'invalidità, così come delle misure con altri obiettivi formali ma impiegate, sovente, anche per il welfare familiare (ad esempio la pensione del capofamiglia). La famiglia si trova così sola a scegliere cosa fare ed a tradurre le proprie decisioni in pratica: gli esiti dipenderanno - in misura decisiva - dalla possibilità di un esteso impegno diretto dei suoi componenti, dalle loro competenze e dalle loro conoscenze.

Residuali, invece, sono gli interventi tesi ad affiancarla, permettendole di prendere fiato (servizi al domicilio), fornendole nuove conoscenze (informazioni, competenze sui bisogni da affrontare o altro), e sostituendola nei casi più critici (servizi residenziali). Da tempo, gli osservatori attendono un'inversione di marcia, verso lo sviluppo di un welfare capace di affiancare di più la famiglia.

Welfare pubblico = “lo ti do 487 Euro, tu ti organizzi”

Invece, si sta rafforzando il modello tradizionale e la saldatura tra crescita dei contributi monetari, riduzione dei servizi e aumento degli anziani spingerà l'Italia ulteriormente in questa direzione. La tendenza è presente ovunque, la sua intensità dipende dai contesti regionali. Le strutture residenziali vedranno le

proprie liste d'attesa ingrossarsi ancora e si focalizzeranno sempre più su casi di gravità estrema. La gran parte delle situazioni sarà affrontata nel territorio, dove ASL e Comuni avranno una strada obbligata per rispondere alle crescenti domande, quella di diminuire l'assistenza fornita a ogni singolo utente. In pratica, se prima per uno stesso bisogno si garantivano - ad esempio - tre visite settimanali ora ne verranno assicurate due. Gli operatori domiciliari saranno, pertanto, sempre più concentrati sullo svolgimento della prestazione (ad esempio, medicazione, alzata dal letto) senza il tempo di dare consigli o indicazioni alla famiglia.

Rallenterà lo sviluppo dei servizi con lo specifico obiettivo di fornire informazione e consulenza a quest'ultima - sportelli informativi, unità di valutazione professionali, indicazioni di figure cui far riferimento nel tempo - per tradizione di estrema debolezza nel nostro paese e su cui si è particolarmente lavorato negli ultimi anni. Inevitabilmente, quando le risorse per i servizi scarseggiano le si concentra nell'assistenza diretta, a scapito di tali funzioni.

Il fulcro diventerà sempre più l'indennità di accompagnamento, 487 euro mensili forniti senza alcuna regola sull'utilizzo né tutele per chi è coinvolto (anziano, famiglia, badante). La sua erogazione non è collegata ad alcun servizio d'informazione e consulenza, e il contributo viene perlopiù utilizzato per pagare una parte della remunerazione delle badanti, sovente impiegate nell'economia sommersa, in assenza di

vincoli alla loro assunzione regolare e alla loro qualificazione.

La gran parte degli anziani non autosufficienti, dunque, vivrà a domicilio e l'intervento pubblico a suo favore si concentrerà - ancora più di oggi - nell'indennità di accompagnamento, a volte con l'aggiunta di alcuni interventi domiciliari, assai prestazionali. Lo svolgimento del concreto lavoro di assistenza sarà suddiviso, in misura variabile, tra badante e famiglia, l'organizzazione risulterà a carico - in misura persino superiore rispetto a quanto accade attualmente - di quest'ultima.

Perché rafforzare la delega alla famiglia è un problema?

L'espansione dell'accompagnamento è stata provvidenziale nell'aiutare le famiglie a remunerare le badanti mentre le criticità dipendono dalle peculiarità di questa misura - che la rendono unica tra i paesi dell'Ocse - e dal concomitante indebolimento dei servizi.

Le famiglie non ricevono le competenze che chiedono. Le ricerche mostrano che le famiglie vogliono conoscenze sulla malattia del loro congiunto anziano, su come affrontarla e su come districarsi nella rete di welfare. La realtà italiana è già precaria sotto questo profilo ma pare destinata a indebolirsi ulteriormente a causa del rallentamento ai servizi d'informazione e consulenza, e del minor contributo in tal senso che potranno fornire gli interventi domiciliari.

Un welfare delegante è di bassa qualità. La riduzione dei finanziamenti per i servizi spingerà ad abbassarne la qualità. Inoltre, non esiste alcun requisito secondo il quale le risorse dell'accompagnamento debbano essere destinate a badanti assunte regolarmente e con un certo livello di qualificazione. La misura simile utilizzata in Austria, ad esempio, è stata riformata nel 2007 e ora può essere impiegata dalle famiglie per retribuire solo badanti adeguatamente formate e regolarmente assunte.

Una questione di donne. Le badanti sono perlopiù donne straniere, alle quali un simile sistema non garantisce tutele. I familiari forniscono direttamente assistenza e, anche quando la maggior parte di questo impegno l'assumono le badanti, il complicato compito di complessiva "regia" - laddove la debolezza delle funzioni di informazione e consulenza pesa particolarmente - si concentra su un componente della famiglia. Di solito è una donna, figlia, moglie o nuora.

Un lavoro spesso sfruttato. L'attenzione verso anziani e famiglie non deve far dimenticare la realtà, sempre più critica, di coloro i quali svolgono un'occupazione retribuita nell'assistenza. Nei servizi, l'imperativo al risparmio si scarica in parte sui lavoratori, sovente pagati assai poco e con deboli tutele. L'accompagnamento, a sua volta, può essere utilizzato dalle famiglie per remunerare le badanti in qualsiasi situazione, senza che sia prevista per loro alcuna tutela.

La non autosufficienza diviene, sempre più, fonte di disegualianza. Se è scarso l'investimento pubblico nei servizi residenziali, che hanno un costo per le famiglie, queste ultime si dividono tra due gruppi. Una minoranza che può pagare privatamente - e lo fa in misura crescente - e la maggioranza non in grado di permettersi o che riesce a farlo solo a costo del proprio impoverimento.

Il futuro perde i pezzi. Un welfare ostinatamente tradizionale presuppone basse aspettative degli utenti verso la qualità dei servizi e familiari disponibili a un ampio impegno diretto. Entrambi i presupposti diventeranno, nel tempo, sempre più fragili perché le nuove generazioni di anziani - più istruite e consapevoli dei propri diritti - avranno maggiori aspettative di qualità e perché le possibilità di coinvolgimento diretto dei familiari diminuiranno (gli anziani avranno meno figli, che vanno in pensione più tardi, meno disposti a rinunciare a propri desideri per assistere i genitori e - se più donne - con più probabilità che lavorino).

Un matrimonio irrinunciabile

Già nell'immediato futuro, la crescita della spesa pubblica per l'assistenza agli anziani non autosufficienti non basterà a una società che invecchia. L'ultimo dato disponibile - riferito al 2008 - la colloca all'1,18% del PIL, mentre la soglia da toccare entro il 2020 per rispondere adeguatamente ai bisogni della popolazione italiana è l'1,7%. Aumentare le risorse costituirà una sfida politica-

mente impegnativa ma, comunque, risolverà solo metà del problema. Servirà a poco, infatti, senza la messa a punto di un progetto complessivo per l'assistenza

agli anziani in Italia, un progetto teso a superare l'impostazione delegante verso la famiglia che - sempre più - attanaglia il nostro welfare.

UN PO' DI DIRITTO

In questa rubrica segnaleremo, via via, la principale normativa, emanata nel tempo, a livello internazionale, nazionale e regionale, per offrire risposta ai bisogni degli anziani e, più in generale, delle persone fragili, in coerenza con le finalità della Fondazione.

*Questa sezione è curata da **Maria Carla Claudi** per conto della Fondazione Socialità e Ricerche Onlus; mariacarla.claudi@gmail.com.*

IL PERCORSO DELLA NORMATIVA REGIONALE IN TEMA DI CONTINUITÀ ASSISTENZIALE E DI INTEGRAZIONE TRA SERVIZI SANITARI E SERVIZI SOCIALI

Nei numeri precedenti abbiamo ripercorso la principale normativa internazionale e nazionale in materia sanitaria avuto riguardo agli aspetti dell'integrazione tra servizi sanitari e servizi sociali e della continuità assistenziale, elementi questi fondamentali in tema di assistenza agli anziani e più in generale alle persone fragili. In questo numero evidenziamo le disposizioni legislative e di programmazione emanate da due regioni sulle tematiche in questione.

Regione Lombardia

La Regione Lombardia sta modificando radicalmente il modo di intendere

l'assistenza sanitaria, secondo il principio "dalla cura al prendersi cura", strutturando un sistema in cui al centro ci siano davvero la persona e il suo benessere. Il nuovo Piano Socio Sanitario Regionale è stato approvato con deliberazione del Consiglio Regionale nel novembre 2010, mentre il primo dicembre è stata approvata la deliberazione della Giunta regionale concernente "Determinazioni in ordine alla gestione del Servizio socio sanitario regionale per l'esercizio 2011" che declina a livello operativo le regole valide per il 2011 per l'attuazione degli indirizzi indicati nel Piano Socio Sanitario Regionale.

Un primo intervento per realizzare l'integrazione dei servizi e delle prestazioni e superare la frammentazione che ancora caratterizza l'approccio alla patologia cronica verrà sperimentato in 5 Asl attraverso il *Cronic Related Group* (CReG), coinvolgendo, con differenti responsabilità tecniche, i medici di medicina generale, i pediatri di libera scelta, le Asl, i soggetti erogatori di ricovero e cura e quelli extraospedalieri di specialistica ambulatoriale. Il CReG vuole essere lo strumento attraverso cui il sistema sia al fianco del cittadino affetto da una cronicità (per il 2011 le patologie interessate saranno: broncopneumopatie croniche ostruttive (BPCO), scompenso cardiaco, diabete di tipo I e tipo II, ipertensione e cardiopatia ischemica, osteoporosi, patologie neuromuscolari) e lo accompagni in tutte le attività, non solo ambulatoriali (farmaceutica, protesica, follow up), assicurandogli la continuità del processo di diagnosi e cura.

Un secondo intervento riguarda le strutture subacute, che possono valorizzare le risorse presenti sul territorio e avvicinare l'assistenza al cittadino. I nuovi ospedali sono stati realizzati strutturalmente per organizzare l'assistenza attorno alle diverse aree di intensità di cura. Rimane il problema di come gestire adeguatamente i pazienti che abbiano terminato la fase acuta, ma non siano ancora in condizioni di essere dimessi. A tal fine, nel 2011, saranno trasformati circa 1.100 posti letto per acuti e riabilitazione ubicati prevalentemente nei piccoli ospedali che già adesso non rientrano nella rete dell'emergenza-urgenza e non hanno reparti come

l'ostetricia e la chirurgia. Queste strutture, dove l'assistenza al paziente richiede, rispetto alla fase acuta, una minor assistenza medica ma comunque una significativa assistenza infermieristica, consentiranno la stabilizzazione dei pazienti prima della completa dimissione al loro domicilio.

Regione Emilia Romagna

La Regione Emilia Romagna, nell'intento di rafforzare il rapporto con le comunità locali, sia a fini programmatori che di integrazione socio sanitaria, e di conciliare i poteri e le responsabilità dei distretti e dei dipartimenti, ha modificato sostanzialmente il ruolo del distretto che sembra assumere la configurazione di "azienda nell'azienda" o, in altri termini, di una sorta di "federazione" di strutture produttive, in cui il responsabile di distretto, in collegamento con le comunità locali, assume le funzioni di committenza da esercitare unitamente all'alta direzione aziendale, passando, quindi, dal ruolo di responsabile della produzione ad un ruolo di governo, nei confronti delle unità produttive.

Il Piano sociale e sanitario regione Emilia Romagna per gli anni 2008-2010 affronta in particolare i temi dell'organizzazione di un sistema integrato dei servizi, della realizzazione dell'integrazione socio-sanitaria e istituzionale, individuata quale principio fondamentale di *governance* del sistema sanitario. Nel piano, infatti, viene riservato ampio spazio alla programmazione integrata, alla qualità dei servizi e al rapporto tra privati ed istituzioni pubbliche nell'ambito del sistema di accreditamento, allo sviluppo del distretto, alla configura-

zione della rete ospedaliera pubblica e privata.

Il piano utilizza anche il sistema di accreditamento delle strutture socio sanitarie per rafforzare lo sviluppo degli strumenti diretti a realizzare la continuità assistenziale. Nel piano viene infatti evidenziato come l'accREDITamento comprenda, oltre ai requisiti di qualità, gli obblighi che deve assumere il soggetto accreditato relativamente all'accettazione di modalità e percorsi di verifica in ordine al possesso dei requisiti e di valutazioni periodiche sui servizi erogati e sul loro modello gestionale, l'accettazione di tariffe predeterminate, l'assunzione del debito informativo verso le amministrazioni competenti; l'accettazione dei principi e dei criteri che informano il sistema locale dei servizi a rete.

Nel piano sono inoltre sviluppati i percorsi assistenziali integrati, un modello di reti cliniche integrate per alcune discipline basato sul principio dell'*Hub&Spoke*, lo sviluppo nell'ambito dell'assistenza territoriale di nuclei di cure primarie,

l'istituzione di uno sportello unico per le attività distrettuali, modelli organizzativi sempre più orientati a favorire l'integrazione tra assistenza sanitaria in regime di acuzie, post acuzie e riabilitazione mediante un sistema di rete integrata e organizzata secondo livelli di intensità di cura post acuzie, lungodegenza, residenze territoriali.

E' prevista, altresì, per i servizi sociali, una sperimentazione di "titoli" per la fruizione di particolari servizi presso le strutture accreditate come modalità alternativa di accesso e di assegni di cura per l'assistenza a favore delle persone che la prestano, nonché la costituzione di uno sportello sociale per l'accesso alla rete integrata dei servizi.

Per maggiori informazioni e approfondimenti sulla normativa citata e correlata è possibile consultare il sito delle diverse regioni.

