

Un caso di Welfare: il Progetto “aCasamia ...”

## “La Residenzialità Leggera, soluzione di social housing per la cronicità”

La rapida evoluzione delle politiche di welfare e la primaria attenzione che le politiche nazionali, già concretizzate anche in molte regioni di rilevante importanza, riversano sui territori impongono l’impellente necessità di strutturare risposte di sussidiarietà orizzontale, specialmente in sanità, cercando di dare concretezza a tutti i principi fondamentali del percorso di salute della singola persona.

Il Progetto “aCasamia ...” rappresenta un esempio concreto, proponendo “la casa, il cuore della cura” e mettendo “*la persona al centro, con la sua storia e le sue relazioni*”.

**LA CRONICITA’:** in Italia gli ultrasessantacinquenni rappresentano circa il 22% della popolazione (in alcune Regioni la percentuale è addirittura maggiore). L’invecchiamento è correlato ad una serie di problematiche legate alla convivenza, per lunghi periodi, con le malattie croniche. Gli obiettivi di cura di tali malattie non sono rappresentati dalla guarigione, bensì da una stabilizzazione del quadro clinico, dalla minimizzazione della sintomatologia, dalla prevenzione delle complicanze (il loro rallentamento e l’attuazione di un’assidua vigilanza), dalla prevenzione/assistenza alle disabilità inevitabilmente concomitanti: in una parola dal miglioramento della qualità della vita nel suo arco naturale di svolgimento.

Le persone affette da malattie croniche, in presenza di problematiche familiari (rete debole, assente o “lontana”), ambientali (isolamento), alloggiative (barriere) ed economiche, danno origine alla categoria dei c.d. “FRAGILI”: gli anziani “normali a rischio”, persone che non necessitano di cure intensive ma che rischiano di imboccare un percorso di vita di bassa qualità, tendente alla disabilità, se non vigilati e supportati. La presa in carico del percorso di cura della cronicità è, prima di tutto una sfida culturale che deve andare oltre le separazioni tra istituzioni, funzioni e sistemi, sanitario-sociosanitario-sociale: al centro del progetto di cura vi deve essere la persona singola, con la sua storia, le sue scelte, i suoi valori, la sua rete di relazioni. Uno degli obiettivi del Piano Nazionale, una grande novità all’interno di un Piano di tipo sanitario, è di tipo sociale: mantenere la persona al proprio domicilio, senza far ricadere sulla famiglia l’onere di sostenere da sola il carico assistenziale e l’organizzazione della rete dei Servizi.

Vivere nella propria abitazione, mantenendo la propria rete di relazioni, affetti, abitudini e tradizioni, favorisce l’*empowerment* della persona: sviluppare le capacità di auto-cura rappresenta un elemento basilare del Piano.

Il rischio però è quello di caricare troppo la famiglia, spesso composta da poche persone, a volte anziane (il coniuge, un fratello), spesso “lontana” (figli impegnati in carriere che li tengono occupati oltremisura). Si rileva anche un forte senso di frustrazione nelle persone che si fanno carico di organizzare i diversi Servizi, si manifesta frequentemente lo spaesamento di fronte alla burocrazia, il senso di inadeguatezza e l’affanno organizzativo. Il peso economico di tali cure è a sua volta riversato solo sulla persona e sulla sua famiglia, l’assunzione di personale non qualificato e la composizione del *puzzles* assistenziale, spesso molto complesso, sono soluzioni che richiedono un grosso impegno e che, sovente, l’anziano solo non riesce a sostenere.

Molti fattori non depongono certo a favore della sostenibilità di un tale sistema: pensioni minime, famiglie i cui componenti sono occupati in lavori precari, figli con una vita lavorativa lunghissima, famiglie impegnate nel sostenere bisogni di welfare dei propri componenti più giovani...

Le RSA, la scelta ancora privilegiata come risposta ai bisogni di cure residenziali, sono ormai abitate da anziani con un livello elevato di compromissione dello stato di salute e da disabilità avanzate, si caratterizzano sempre più di frequente per l'erogazione di cure *end of life* (EOL) e per la riduzione dei periodi di accoglienza e permanenza. Le tariffe, anche in questo caso, vanno spesso oltre il livello di sostenibilità accettabile da parte delle famiglie e degli anziani.

**LA RESIDENZIALITA' LEGGERA** è un servizio proiettato nel futuro.

Il Progetto, denominato "aCasamia...", è stato studiato, nei dettagli demografici, socio-economici e territoriali in una città del nord Italia di 35.000 abitanti, ben servita dalla rete stradale e ferroviaria, equidistante e non lontana da alcuni capoluoghi di provincia. La città e il territorio nel quale è inserita, sono ricchi di Servizi alla persona, sociali, sanitari e sociosanitari: la Residenzialità Leggera (RSL) si pone come Servizio innovativo, vera soluzione per bisogni che non hanno ancora una risposta qualificata e completa. La Struttura dovrebbe sorgere non lontana dal centro storico, vicina ad una zona verde, alle scuole dell'obbligo, all'Ospedale, alla Parrocchia, ai servizi pubblici (Banca, Posta, fermata dell'autobus), in prossimità di esercizi commerciali (edicola, panetteria), di un supermercato o del mercatino rionale e non lontano dal Centro Civico o da un Centro aggregativo.

Il Servizio consiste in 30 alloggi costituiti da zona giorno, bagno e zona notte, abitabili da una o due persone, privi di barriere architettoniche, attrezzati con le apparecchiature domotiche per la facilitazione delle attività della vita quotidiana e il controllo remoto delle attività svolte all'interno, collegati con la centrale di sicurezza interna all'edificio, attrezzabili con ausili, in parte personalizzabili.

I **Servizi offerti**, compresi nel canone, saranno: presenza di Operatori OSS per le attività pianificate (assistenza alla persona, aiuto per l'alloggio, sostegno alla socialità), pulizia quotidiana delle parti comuni e degli alloggi (solo attività routinarie, mentre una volta la settimana sarà effettuato il cambio delle lenzuola). Il vero "CENTRO" della Struttura di RSL sarà la **Centrale di Sicurezza**: presidiata h/24 per 7/7 giorni, gestita da personale tecnico, formato sia per l'utilizzo e gestione delle attrezzature tecnologiche sia sull'ascolto e attenzione alle persone (per 5 giorni la settimana, nelle ore diurne sarà affiancato dall'Operatore Sociale). Saranno altresì compresi nel canone le spese condominiali, la fornitura della biancheria da bagno e da letto, le piccole manutenzioni interne agli alloggi.

I **Servizi on demand**, erogabili a pagamento (con tariffe agevolate e principalmente "a pacchetto")

saranno: il servizio doccia, l'accompagnamento all'esterno, le pulizie approfondite, una maggiore frequenza del cambio della biancheria, i pasti (nel ristorante del CDI o nell'alloggio), il parrucchiere-estetista o podologo, la supervisione infermieristica e fisioterapica.

I **Servizi integrati** sono quelli che, integrandosi con quelli di base, consentono agli anziani di rimanere nel proprio alloggio al mutare delle condizioni (anche temporanee) di salute, di autonomia, di disabilità e fragilità sociale.

- **Tutti i Servizi integrati saranno aperti ai cittadini anziani (e non solo) e ai residenti della RSL.**

- La descrizione dell'Organigramma della Struttura offrirà una chiarezza maggiore sui ruoli degli Operatori presenti e sull'integrazione delle diverse professionalità.

**Centro Diurno Integrato (CDI).** Gli anziani, residenti e non, potranno frequentare il CDI nella maniera più modulata e personalizzata e potranno usufruire dei Servizi e delle attività proposte (ristorante, bagno assistito, palestra, attività di stimolazione e socializzazione). Il CDI avrà al proprio interno gli Operatori che si occuperanno della supervisione delle condizioni di salute e autonomia degli Ospiti degli alloggi.

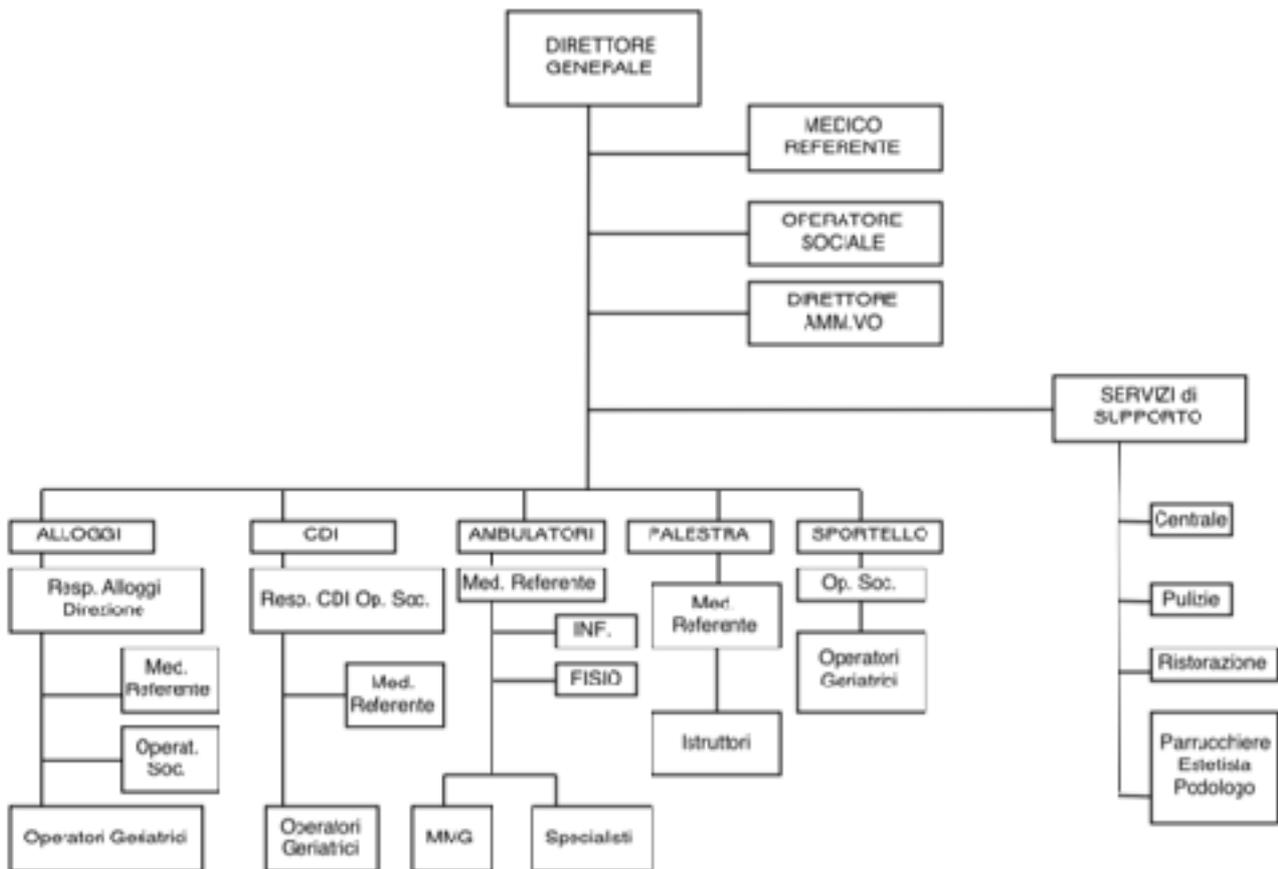
**Sportello di Prossimità.** Orienterà gli Utenti di tutta la città all'interno della rete dei Servizi, fornendo informazioni e consulenze; erogherà prestazioni di attivazione, prenotazione, coordinamento dei Servizi esterni e consentirà di utilizzare quelli interni, ponendosi come punto centrale di integrazione tra i Servizi dell'intera rete, a servizio degli anziani e delle famiglie.

Rappresenterà una "finestra" aperta sui Servizi, vicina alle persone ("prossimo"), la città e il territorio, evitando gli estenuanti giri tra servizi diversi (gli "sportelli") per la composizione del *puzzles* delle risposte ai bisogni, con il conseguente senso di spaesamento, frustrazione e inadeguatezza derivante da tali attività.

**Ambulatori medici.** Ospiteranno i Medici di Medicina Generale e gli Specialisti; la comodità della posizione "sottocasa" consentirà di realizzare sinergie di evidente efficacia, permettendo inoltre l'integrazione delle prestazioni all'interno del governo del percorso di cura delle malattie croniche; favorirà lo scambio e l'osmosi con il resto della città.

**Palestra attrezzata.** Sarà aperta a tutti e riserverà degli spazi d'utilizzo all'attività motoria personalizzata per gli anziani, attraverso il programma erogato da Laureati in "Scienze e Tecniche delle Attività Motorie preventive adattate". L'attività sarà programmata in accordo con il MMG, i Medici Specialisti, i Centri Specialistici di riferimento per le principali malattie croniche (diabete, BPCO, osteoporosi, trapianti, cardiologia ecc.), consentendo l'interazione, da remoto, tra gli Istruttori, gli anziani e i Medici stessi, anche attuando, se necessario, una ridefinizione del programma.

## **Organigramma**



## Il personale.

**Direttore Generale.** Professionista specializzato in direzione di Strutture socio-sanitarie e sociali, in possesso dei titoli per il *management* delle Strutture e dei Servizi. Responsabile anche degli alloggi della Struttura. Si occuperà dell'inserimento e dell'accoglienza degli anziani in ogni Servizio della Struttura, della programmazione e pianificazione degli interventi (condurrà l'équipe multidisciplinare). Manterrà i contatti con tutti gli *stakeholder* istituzionali: ATS, Comune, Regione, Sindacati, Associazioni e con tutti gli altri riferimenti territoriali. Sarà costantemente aggiornato sulle normative, adempimenti e regole di gestione della Struttura e del personale (sicurezza, formazione ecc.). Sarà fondamentale la capacità di farsi supportare dalla professionalità di ciascun collaboratore, armonizzando anche i diversi ambiti di competenza di ognuno, sociale-socio-sanitario-sanitario, con l'obiettivo di fornire risposte complete, esaurienti, efficaci e soddisfacenti agli Utenti e alle famiglie, nonché ai diversi attori della rete. All'interno del proprio staff, oltre al Medico Referente e all'Operatore Sociale avrà anche il **Direttore Amministrativo.**

**Medico referente.** Medico in staff con il DG, Referente per il CDI, Responsabile degli Ambulatori e della Palestra. Vigilerà sullo stato di salute dei residenti e di tutti gli anziani coinvolti nei Servizi erogati dalla Struttura; in collaborazione con il DG, costituirà l'elemento fondamentale di raccordo con i Medici di Medicina Generale e degli altri Servizi Sanitari coinvolti nella gestione del percorso di salute e presa in carico degli anziani. Valuterà, insieme al DG, a tutta l'équipe multidisciplinare e ai diversi gli attori della rete, l'eventuale necessità di dimissione degli anziani e il loro trasferimento in altri Servizi.

**Operatore sociale.** Operatore laureato o diplomato in Scienze Sociali in staff con il DG, Responsabile del CDI e dello Sportello di Prossimità. Insieme al DG e al medico Referente, sarà il professionista maggiormente in contatto con gli anziani, le famiglie e i Servizi esterni.

**Operatori della centrale di sicurezza.** Operatori tecnici, in grado di gestire il centralino, le apparecchiature domotiche degli alloggi, le attrezzature dell'intera Struttura, le piccole manutenzioni (lampadine, termostati ecc.) e, soprattutto le richieste degli anziani. Il Servizio sarà costante nelle 24 ore, per tutti i giorni dell'anno; nelle ore diurne saranno affiancati dall'Operatore Sociale, il quale offrirà una sorta di "formazione permanente" all'ascolto e alla comunicazione, attività nella quale saranno formati prima di avviare la Struttura. Manterranno una relazione costante con i referenti dei diversi servizi e parteciperanno alle riunioni dell'équipe multidisciplinare.

**Operatori geriatrici.** Infermieri-Fisioterapisti-Educatori (in servizio al CDI) e OSS, costituiranno un vero gruppo di "sentinelle" del livello di autonomia e dello stato di salute degli anziani della RSL, saranno selezionati in base alle effettive capacità ed esperienze e formati particolarmente per la valutazione e l'ascolto degli anziani residenti. I professionisti sanitari, **Infermieri** e **Fisioterapisti**, insieme agli **Educatori**, programmeranno delle "visite" almeno settimanali negli alloggi, allo scopo di monitorare la situazione personale di ogni persona anziana e di stabilire un rapporto di fiducia e collaborazione. Gli **Operatori OSS**, dediti al supporto assistenziale diretto alla persona, in contatto quotidiano con gli anziani, avranno un ruolo chiave per il mantenimento della socialità, offrendo il supporto per le uscite e l'utilizzo dei diversi Servizi interni. Vigileranno soprattutto le attività di propria competenza, legate alle autonomie personali della vita quotidiana (le BADL: *Basic Activities Daily Living*, attività di base legate alla cura di sé; le IADL: *Instrumental Activities Daily Living*, attività più complesse legate anche all'utilizzo di strumenti: denaro, mezzi pubblici, telefono, apparecchi ecc.), garantendo però, sotto la guida degli Operatori più specializzati, un importante sguardo d'insieme sulla situazione globale della persona, segnalando avvenimenti, fatti e situazioni osservati e rilevati. Manterranno una relazione costante con i referenti dei diversi servizi e parteciperanno alle riunioni dell'équipe multidisciplinare.

**Istruttori dell'attività motoria.** Operatori laureati magistrali in "Scienze e tecniche delle attività motorie preventive adattate", un indirizzo della Facoltà di Scienze motorie che abilita ad operare in ambito sanitario, pur non essendo i professionisti considerati operatori sanitari. Svolgeranno la propria attività nella palestra attrezzata, (all'interno della quale sarà presente il Medico referente negli orari dedicati al programma specifico per gli anziani), che sarà aperta a tutti i cittadini, anziani e non. Manterranno una relazione costante con i referenti dei diversi servizi e parteciperanno alle riunioni dell'équipe multidisciplinare.

**Operatori dei Servizi di supporto.** I Servizi di supporto potranno anche essere appaltati a ditte esterne all'organizzazione, nella fattispecie si tratta di: Servizio pulizie, Servizio ristorazione, Servizio lavanderia (da casa e personale), Parrucchiere-Estetista, Podologo. Sarà inoltre attivato il Servizio di manutenzione generale programmata della Struttura, a carico di Ditte specializzate.

## LA PERSONA AL CENTRO

Dalla "mission" dell'UCID:

*“I valori fondamentali su cui poggia la Dottrina Sociale della Chiesa sono: lo sviluppo, la solidarietà, la sussidiarietà, la destinazione universale dei beni, il bene comune. In sintesi, la Dottrina Sociale della Chiesa ha due dimensioni: una dimensione verticale che riguarda il rapporto tra Dio e l’uomo, fatto a sua immagine e somiglianza; la seconda orizzontale riguardante il discernimento degli atti umani nella storia secondo la morale cristiana.”*

### **Prendersi cura della fragilità**

Farsi prossimi, prendersi cura, assumersi il percorso di presa in carico: nel cuore di ogni definizione c’è l’uomo: “Farsi prossimi all’...”, “Prendersi cura dell’...”, “Assumersi la presa in carico dell’...”.

I concetti sono inscindibili, in quanto umani, poiché in realtà non si tratta di “curare” ma di farsi carico, cioè di farsi “prossimi”.

Non si tratta di guarire ma di “curare” perché la malattia è sempre un evento esistenziale e non biologico.

Non ci si può prendere cura, concretamente, se non in un rapporto amorevole, connotato dalla più profonda umanità.

La frammentazione delle cure fa perdere lo sguardo d’insieme sull’esistenza dell’uomo oggetto della cura: un frammento, un problema, non può e non deve rappresentare una persona nella sua interezza.

Uno dei miei maestri, il prof. Mozzanica insegna che: “l’integrazione sociosanitaria appare come il luogo privilegiato della ricomprensione e della ricomposizione dell’umano ferito e vulnerabile; il socioassistenziale e l’educativo, posti accanto alla dimensione sanitaria, esigono l’*accompagnamento* relazionale e non solo *prestazionale* alla malattia cronica, come parte di un evento esistenziale. L’integrazione sociosanitaria come ricomprensione antropologica della malattia cronica. I bisogni *esistenziali* sono il luogo privilegiato dell’integrazione, non quelli assistenziali”. **1**

Il bene comune NON è il bene privato (valore di scambio contro l’altro), NON è il bene pubblico (valore d’uso, statalizzante), è piuttosto il bene della reciprocità relazionale, che risulti comunitario, sussidiario, fraterno, libero, personalizzato, complesso...

Realizzare Servizi che abbiano le promesse, non le premesse, per una vita “buona”, che rispondano alle domande esistenziali del singolo: “COME, DOVE, QUANDO, PERCHÉ”: farsi curare” e che si sviluppino all’interno dell’”arco di vita” anziana, dentro una condizione di malattia che può essere anche lunga.

La fragilità, connotazione frequente dei malati cronici in età geriatrica, è caratterizzata dalla ridotta riserva fisiologica-funzionale, che espone la persona ad un rischio aumentato di fronte agli eventi avversi: non coincide con l’invecchiamento fisiologico, anzi rappresenta una vera e propria sindrome della quale è possibile definire il profilo. Essa indica una riduzione delle capacità di adattamento, risposta, agli *stressor* interni o ambientali, alla cui diminuzione contribuiscono fattori di salute, cognitivi, sensoriali, psicologici e sociali: la fragilità indica cioè uno stato di instabilità e di rischio, anche di fronte ad eventi di entità lieve, grazie alla combinazione dei diversi punti di vulnerabilità. Operare a sostegno della fragilità significa agire sulla prevenzione e sullo sviluppo della qualità della vita, in una visione dinamica e plastica, sia di problematicità che di risposte offerte: tutte estremamente singole e personalizzate, con tutte le infinite combinazioni possibili.

**La Residenzialità Leggera: farsi carico della cronicità (prendersi cura, farsi prossimi)**

È fondamentale, per progettare un Servizio di residenzialità che raggiunga gli obiettivi del percorso di cura della cronicità, avere ben chiaro il concetto di “arco di vita” (l’età anziana non è una condizione): l’insieme delle variabili che appartengono alla vita della singola persona, incluse quelle sociali, abitative e motivazionali; intercettarne i fattori di rischio che possono variare all’interno del percorso e scaturiscono dalla complessa relazione persona-ambiente-relazioni. Offrire risposte proporzionate e sussidiarie ai bisogni e ai desideri, dando valore alla dimensione globale dell’esistenza, intervenire sulle barriere e sulle facilitazioni che la vita quotidiana pone, favorendone la risoluzione autonoma per consentire la realizzazione del progetto di vita personale.

La cultura dell’arco di vita rimanda a tre linee-guida per i Servizi di nuova generazione (Predazzi, 2002) **2** :

1. *Variabilità*: gli Anziani non sono una categoria, piuttosto rappresentano un intero mondo di variabili biografiche che richiede scelte altrettanto diverse e articolate su cui fondare un’autentica e adeguata libertà di scelta;
2. *Plasticità*: soprattutto evolutiva che richiede strategie e soluzioni di supporto perennemente adattabili, capaci di accompagnare le varie fasi dell’età in modo armonico e protesico, mai costrittivo dell’evoluzione individuale dell’iter esistenziale;
3. *Intergenerazionalità*: la soluzione dei problemi della vecchiaia non può prescindere da una strategia di coinvolgimento globale della società nel mettere in campo le risorse della rete delle relazioni informali e di prossimità, la valorizzazione del *care-giver* familiare, le sinergie.

La Struttura di Residenzialità Leggera “aCasamia...” si pone come obiettivo l’erogazione di servizi a sostegno dell’esistenza del singolo, all’interno di un percorso di presa in carico della cronicità. Uno degli strumenti che sarà utilizzato **dall’equipe descritta in precedenza, nel rispetto dell’Organigramma presentato**, è il PAI: Piano di Accompagnamento Individuale (Integrato).

### **Il PAI, uno strumento partecipato di progettazione degli interventi.**

Il Piano di Accompagnamento Individuale rappresenta uno strumento di progettazione del tipo di supporto che la situazione dell’anziano richiede al fine di mantenere la propria autonomia in sicurezza. Costituirà la definizione di un percorso progettato e “costruito” all’interno dell’equipe multidisciplinare, insieme all’anziano e alla sua famiglia, secondo le caratteristiche della più ampia flessibilità, promozione dell’autonomia e dell’autodeterminazione, coinvolgendo anche Servizi esterni (in questo caso la “I” assumerà anche il significato di “Integrato”) e le risorse non professionali (amici...). Il metodo utilizzato per la predisposizione sarà quello della Valutazione MultiDimensionale del bisogno, l’aggiornamento seguirà ogni variazione della vita della persona, dal punto di vista della salute, della disabilità e da quello sociale e relazionale (lutti, trasferimenti...).