

SERVIZI E INTERVENTI DOMICILIARI PER ANZIANI NON AUTOSUFFICIENTI IN FRIULI VENEZIA GIULIA: ESITI DI UNA RICERCA E SPUNTI DI RIFLESSIONE

Paolo Tomasin

Docente presso l'Istituto Universitario Salesiano di Venezia e professore a contratto
all'Università degli Studi di Trieste.

In futuro, l'assistenza domiciliare agli anziani non autosufficienti potrebbe essere svolta da robot o assistenti bullonati, capaci di sostituire qualsiasi empatica badante e operatore qualificato. È questo un possibile scenario delineato da alcuni recenti articoli apparsi sulla stampa che rinviano a sorprendenti video di macchine umanoidi visibili sul web¹. Se un certo futuro inquieta e solleva profonde questioni di natura etica ed antropologica, è indubbio però che i servizi e gli interventi domiciliari stiano attraversando una complessa trasformazione.

L'obiettivo di questo scritto è presentare in sintesi i risultati di una ricerca, condotta nel 2014 dall'Istituto Regionale per gli Studi di Servizio Sociale (IRSSeS), che si è posta l'obiettivo di analizzare come l'assistenza domiciliare agli anziani non autosufficienti si stia evolvendo in Friuli Venezia Giulia².

In forma concisa, daremo conto nel primo paragrafo delle motivazioni che hanno spinto alla realizzazione della ricerca su questo specifico tema, delle finalità investigative che l'IRSSeS si è posto nella sua analisi e della metodologia impiegata.

Nel secondo paragrafo si illustrano, e sono già i primi risultati emersi dalla ricerca, le dimensioni quanti-qualitative della non autosufficienza nella nostra regione. In un certo senso queste dimensioni offrono una stima e definiscono l'ampiezza della domanda di servizi e interventi.

Il terzo paragrafo è dedicato invece a presentare la gamma, sempre più diversificata e per certi versi scollegata, dei servizi e degli interventi domiciliari che compongono l'offerta disponibile.

Alcuni spunti di riflessione sulla necessità di una governance locale e regionale della domiciliarità, raccolti nel quarto paragrafo, concludono il contributo evidenziando quante potenzialità esistano nella realizzazione di un nuovo welfare in grado probabilmente anche di usufruire del progresso tecnologico e, con adeguata riflessività, integrare e coordinare interventi che prevedono pure l'apporto delle robot-badanti.

¹ Sono numerosi gli articoli dedicati a questo tema apparsi sulla stampa cartacea negli ultimi tempi. Non è compito di questo contributo fare una rassegna completa ed esaustiva. Si cita qui un solo articolo che ben esemplifica il tema affrontato: Valerio Maccari, Pepper, commesso o badante il robot della porta accanto (La Repubblica, 2 marzo 2015); altrettanto esemplificativo è il video "Roméo, le robot qui vous veut du bien" disponibile all'indirizzo: <https://www.youtube.com/watch?v=klw99DTrzM0>.

² Trattasi di un'attività di ricerca svolta in attuazione della L.R. 16 aprile 1997, n°13 - Interventi a favore dell'Istituto regionale per gli studi di servizio sociale e rappresenta un contributo ai contenuti qualificanti la pianificazione sociale predisposta dall'Area politiche sociali e integrazione sociosanitaria della Direzione centrale salute, integrazione socio sanitaria, politiche sociali e famiglia della Regione FVG. Il rapporto di ricerca completo – Servizi e interventi domiciliari per anziani non autosufficienti in Friuli Venezia Giulia. Analisi propedeutica alla progettazione di filiere di assistenza domiciliare – a cura dell'IRSSeS è disponibile all'indirizzo internet: www.irsses.it/ricerche/ [visitato n data 4/09/2017].

La ricerca

Il bisogno assistenziale espresso dagli anziani non autosufficienti e dalle loro famiglie ha assunto negli ultimi anni, in Friuli Venezia Giulia come in altre regioni italiane, un'importanza crescente, sia sotto il profilo quantitativo che qualitativo.

All'incremento della popolazione anziana con limitate capacità di autonomia si affiancano altri cambiamenti demografico-sociali che alimentano il bisogno: la profonda trasformazione dei nuclei familiari, l'allentamento dei legami parentali e comunitari, l'inadeguatezza delle tradizionali abitazioni dove dimorano gli anziani non autosufficienti.

Nelle risposte date a questo multiforme bisogno assistenziale è prevalsa, nell'ultimo decennio, una soluzione di tipo privato, operata dalla famiglia attraverso l'assunzione di un'assistente familiare (badante), nella gran parte dei casi di origine straniera.

Soluzione nata fuori dalla programmazione pubblica e definita, fin dai primi studi sull'argomento, "tessera mancante" dei servizi domiciliari (Toniolo Piva, 2002). Certo, anche il welfare pubblico ha offerto delle risposte: si pensi all'indennità di accompagnamento, al SAD (Servizio di Assistenza Domiciliare) e, per quanto riguarda lo specifico contesto della Regione Friuli Venezia Giulia, alle misure previste dalla L.R. n°24/2004³, al FAP (Fondo per l'Autonomia Possibile), ecc.. Nell'insieme, tutte queste risposte pubbliche appaiono aver assunto un carattere parziale, intermittente, territorialmente diversificato. Quasi sempre si è trattato di servizi a supporto della soluzione privata, favorendo l'incontro tra domanda e offerta di assistenza, sostenendo la formazione delle assistenti familiari, erogando contributi per il compenso della badante.

Provvedimenti e servizi, certo utili e necessari, ma spesso scollegati tra loro, che nessuno, nemmeno a livello locale, ha governato dentro una filiera integrata, mista pubblico-privata, di interventi capaci di fornire un effettivo orientamento e accompagnamento delle famiglie in situazione di bisogno.

Come viene ormai riconosciuto dai più qualificati studi in materia: "siamo al bivio tra abbandonare le famiglie alla solitudine delle proprie scelte o costruire da parte dei servizi una filiera di interventi – dalla valutazione dei problemi alla progettazione e alla integrazione delle cure – che permetta ai cittadini di esercitare una effettiva scelta dentro un welfare plurale" (Pasquinelli, Rusmini, 2013).

La ricerca trae origine dunque dalla necessità di esplorare e approfondire maggiormente uno scenario composto da un bisogno sociale assai diffuso e in continua espansione, da risposte date prevalentemente in forma privata e da servizi di welfare pubblico erogati spesso in modo sfilacciato.

L'indagine si è proposta finalità conoscitive e al tempo stesso valutative in grado di analizzare, con un approccio quanti-qualitativo, tanto il versante del bisogno socio-assistenziale (la domanda), quanto quello del sistema di erogazione di interventi e servizi (l'offerta).

Gli anziani non autosufficienti: aspetti quantitativi e qualitativi

La ricerca ha inteso investigare quell'insieme di servizi e interventi, di varia natura, che configurano l'assistenza domiciliare fornita agli anziani non autosufficienti (d'ora in poi si impiegherà l'acronimo ANA) residenti nella regione Friuli Venezia Giulia. Come noto, secondo le definizioni ufficiali, le persone anziane sono quelle che hanno compiuto 65 anni d'età; i non autosufficienti sono (o dovrebbero

³ Legge regionale 25 ottobre 2004 n°24 "Interventi per la qualificazione e il sostegno dell'attività di assistenza familiare". Si tratta della prima legge regionale emanata in Italia sulle assistenti familiari.

essere) quelli che sono stati riconosciuti e certificati come tali. I rapporti del network “Non Autosufficienza” e praticamente tutta la letteratura sull’argomento sottolineano che non esiste una definizione univoca di cosa debba intendersi per non autosufficienza e di come debba essere misurata (Fargion, 2012). Nella letteratura internazionale la non autosufficienza è definita come incapacità del soggetto di compiere azioni che fanno riferimento alle funzioni di base e indispensabili per condurre una vita autonoma (Activities of Daily Living – ADL) o a funzioni più complesse, ma non così strettamente indispensabili (Instrumental Activities of Daily Living – IADL). Tra gli atti di base o elementari si possono citare: farsi il bagno, vestirsi e svestirsi, nutrirsi, igiene del corpo, mobilità, continenza (Faggionato, 2010/11). Purtroppo la certificazione dell’impossibilità di svolgere queste semplici funzioni non sempre viene effettuata.

Inoltre bisogna considerare che la distinzione tra autosufficienza e non autosufficienza non è dicotomica, ma è l’esito di una valutazione misurata su una scala a tre valori di autonomia nell’affrontare gli atti elementari della vita quotidiana: il grado di non autosufficienza dipende dunque dalla somma di questi punteggi (Faggionato, 2010/11).

Per disporre di una quantificazione della popolazione anziana non autosufficiente a livello regionale si è fatto riferimento in prima istanza al tasso calcolato dall’ISTAT nell’Indagine multiscope Condizione di salute e utilizzo dei servizi sanitari (ISTAT, 2008). La rilevazione del 2005 calcola per il Friuli Venezia Giulia un tasso di non autosufficienza tra la popolazione over 64 anni di 15,9%. Tale incidenza applicata alla popolazione residente alla data del 1° gennaio 2013 darebbe un valore di 50mila unità. Di questi oltre il 43% risulterebbe residente in provincia di Udine, quasi il 23% in provincia di Pordenone e quasi il 22% in provincia di Trieste, poco più del 12% in provincia di Gorizia. Utilizzando un parametro diverso, impiegato in una indagine in Veneto, la percentuale di non autosufficienti in Friuli Venezia Giulia otterrebbe il valore di 47.945 unità, comprensivo non solo degli anziani, ma di tutte le persone in questa condizione⁴.

Considerando che nelle varie tipologie di strutture residenziali per anziani esistenti in regione (residenze polifunzionali, comunità alloggio, case albergo, ecc..) sono presenti poco meno di 11.000 posti letto (Faggionato, 2010/11), si può stimare che vi sia una popolazione di circa 40.000 anziani con un fabbisogno assistenziale domiciliare.

Questo dato, ottenuto con i parametri ISTAT, sembra però ridursi notevolmente a partire da alcune analisi più approfondite fatte a livello regionale sulla base di un precedente studio pilota condotto in Toscana (Francesconi et altri, 2013).

Secondo tali fonti, “si può stimare che la popolazione anziana non autosufficiente nello svolgimento delle attività fondamentali della vita quotidiana residente a domicilio sia attualmente pari a circa 22.536 anziani, pari al 7,8% della popolazione ultra 65enne.”⁵

L’offerta di servizi domiciliare in Friuli Venezia Giulia

L’assistenza a domicilio comprende numerosi interventi, servizi e prestazioni di vario tipo: sociali, sociosanitari, sanitari, svolti prioritariamente nell’alloggio dell’assistito, da differenti operatori appartenenti a enti pubblici o organizzazioni private. Secondo il nomenclatore degli interventi e dei servizi

⁴ LAN (Local Area Network), I non autosufficienti in Veneto, tra cambiamento demografico e nuovo welfare. Indagine realizzata per conto di UIL Veneto e UIL Pensionati, 2010.

⁵ Delibera della Giunta Regionale n°238-2014[01].

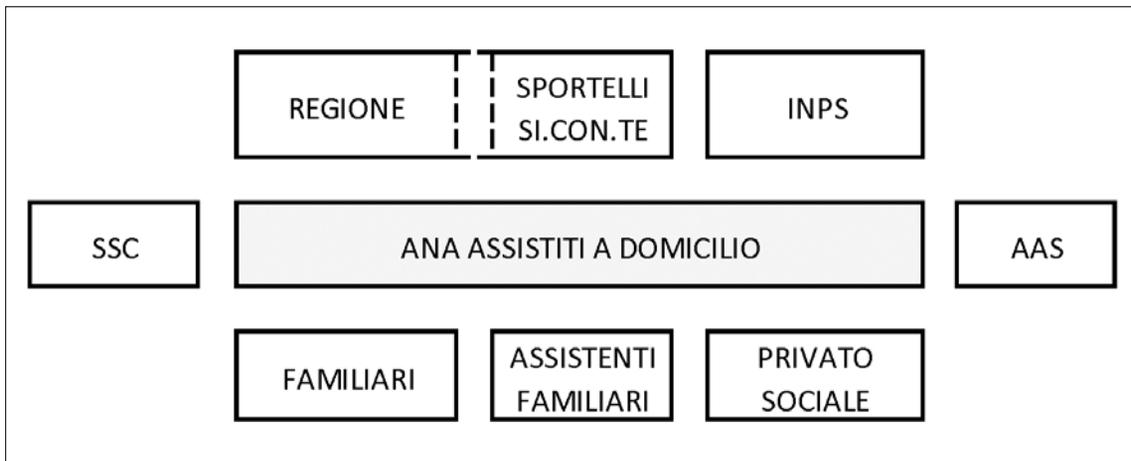


Figura 1. I principali attori dei servizi domiciliari agli anziani non autosufficienti.

sociali, sanitari e sociosanitari adottato per la stesura dei Piani di Zona 2013-2015 (PdZ), nel contesto dell'assistenza domiciliare sono compresi:

- assistenza domiciliare socio-assistenziale (SAD)
- assistenza domiciliare integrata con servizi sanitari (ADI)
- servizi di prossimità (buon vicinato)
- telesoccorso e teleassistenza
- voucher, assegno di cura, buono socio-sanitario (tra i quali rientra il FAP)
- distribuzione pasti e/o lavanderia a domicilio
- interventi e servizi prettamente sanitari: assistenza infermieristica domiciliare (SID), assistenza riabilitativa domiciliare (SRD), infermieristica di comunità.

A questi vanno poi aggiunti i servizi erogati dai conviventi o familiari dell'assistito e, in particolare, quelli delle assistenti familiari (badanti)⁶. Inoltre andrebbe considerato anche l'apporto fornito dagli amministratori di sostegno.

L'assistenza domiciliare a favore degli ANA è oggi in regione uno spazio d'intervento dove operano, direttamente o indirettamente, guidati da differenti motivazioni, secondo logiche d'azione piuttosto articolate, più attori pubblici e privati, come illustrato nella figura n°1.

Un approfondimento di tipo qualitativo analizzando tre territori regionali ha permesso anche di rilevare le seguenti caratteristiche dell'offerta:

- si conferma l'esistenza di marcate differenziazioni territoriali; gli attori pubblici presenti sono, più o meno, sempre gli stessi (benché vari molto, da territorio a territorio, sia l'intensità del loro intervento sia la qualità della collaborazione inter-istituzionale), gli attori privati (in particolare, ma non solo, del privato sociale) variano e spesso fanno la differenza;
- in alcuni Servizi sociali dei Comuni (SSC) è presente la consapevolezza della necessità di disporre di una governance locale su questo tema, in grado di far dialogare e coordinare i diversi attori erogatori di interventi e prestazioni; questa consapevolezza alle volte viene tradotta in uno specifico piano per la domiciliarità;

⁶ La ricerca ha messo in evidenza come il settore dell'assistenza privata a domicilio stia attraversando una forte evoluzione, aprendo spazi ad agenzie di "badantato", con diverso grado di affidabilità, e sempre più diffuse sul territorio regionale.

- in altri territori, dove è forte il sistema residenziale, l'assistenza a domicilio degli anziani è maggiormente orientata a sperimentare nuove modalità di abitare sociale (condominio sociale o altro), con forte presenza delle nuove tecnologie (domotica);
- emerge, anche se in gradi diversi, la difficoltà di una piena ed efficace integrazione tra assistenza sociale e assistenza sanitaria domiciliare; in particolare è posta sotto accusa la continuità assistenziale e si lamenta lo scarso raccordo con gli ospedali nelle dimissioni. Affiorano pure critiche ai Medici di medicina generale (MMG) che non si assumono fino in fondo il ruolo centrale che potrebbero avere nell'assistenza a domicilio degli ANA;
- compare pure la difficoltà del settore pubblico nell'intercettare e nel creare una sinergia con il settore privato delle assistenti familiari che appare in forte evoluzione e in continua espansione.

Conclusioni: spunti per la continuazione di una riflessione

Le conclusioni cui giunge la ricerca non consistono in acquisizioni certe e definitive, piuttosto individuano piste per approfondire ulteriormente il tema analizzato e provano a proporre un ripensamento dell'assistenza domiciliare agli ANA⁷. In sintesi si riportano qui alcune delle principali evidenze emerse accompagnate da domande per favorire la continuazione della riflessione:

- l'assistenza agli ANA ha storicamente privilegiato la soluzione residenziale, dove appare esserci governance regionale. La soluzione domiciliare, affermatasi in particolare negli ultimi anni, ha avuto meno presidio e attenzione da parte delle autorità regionali, lasciando ai territori scelte strategiche e operative, che molto spesso non sono state effettuate; è praticabile, a livello locale di ambito distrettuale e regionale, un coordinamento di tutti i soggetti che operano nella domiciliarità? Come si può raggiungere, con quali strumenti?
- L'implementazione di filiere di interventi e servizi per gli anziani non autosufficienti richiede, da un lato, di rafforzare ulteriormente l'integrazione dei servizi sociali con quelli sanitari, dall'altro di ricercare maggiore continuità tra le diverse soluzioni residenziali, semi-residenziali e domiciliari; infine, richiede pure l'attivazione delle risorse della comunità. Quali sono le principali barriere che ostacolano tali processi? Quali implicazioni sorgono nel ripensare le politiche per la domiciliarità secondo l'ottica del welfare comunitario?
- L'assistente familiare (badante) è una risorsa da valorizzare che non può essere lasciata operare in autonomia: la si considera una figura professionale a tutti gli effetti e quindi nodo di una più estesa rete di interventi⁸ oppure semplicemente un generico supporto di altre figure professionali?

⁷ È sicuramente questa la posizione più diffusa oggi tra gli operatori e tra gli studiosi della domiciliarità (Cfr. Spadoni, 2011/12).

⁸ Su questo tema si rinvia al lavoro di tesi di Silvia Scarso (Scarso, 2012/2013).

Bibliografia di riferimento

- AAVV, La non autosufficienza. Nord Est sanità, 2013(5): 8-26. Disponibile online all'indirizzo: www.nordestsanita.it [visitato in data 4/09/2017].
- Faggionato A., Invecchiamento e sostenibilità del welfare in Friuli Venezia Giulia, Tesi di laurea triennale in Scienze Politiche e delle Relazioni Internazionali, Facoltà di Scienze Politiche, Università degli Studi Unicusano di Roma. Relatore: Alessio Iannucci; AA 2010/2011.
- Fargion V. Le politiche per la non-autosufficienza. In: Fargion V., Gualmini E. (a cura di), Tra l'incudine e il martello. Regione e nuovi rischi sociali in tempi di crisi. Bologna: Il Mulino; 2012. p. 37-71.
- Francesconi P., Profili F., Razzanelli M., Cipriani F., Lo studio "Bisogno sociosanitario degli anziani in Toscana": un esempio di epidemiologia integrata in un ciclo di programmazione regionale. E&P; 2013; 37(2/3), marzo-giugno. p. 124-131.
- ISTAT, L'assistenza residenziale e socio-assistenziale in Italia, anno 2005. Roma: Istat; 2008. Disponibile online all'indirizzo: www.istat.it/it/archivio/9082 [visitato in data 4/09/2017].
- Network Non Autosufficienza - NNA (a cura di), L'assistenza agli anziani non autosufficienti in Italia. Quarto rapporto. Rimini: Maggioli; 2013.
- Pasquinelli S., Rusmini G. (a cura di), Badare non basta. Il lavoro di cura: attori, progetti, politiche. Roma: Ediesse; 2013.
- Regione Autonoma Friuli Venezia Giulia, Delibera della Giunta Regionale n°238-2014 [1] e relativo Allegato, Linee strategiche regionali in materia di tutela della salute e protezione sociale dell'anziano e di indirizzo per la nuova classificazione del sistema delle strutture residenziali per anziani.
- Scarso Silvia, Badanti: nodo connesso o sconnesso alla rete dei servizi socio-assistenziali regionali? Tesi di laurea in Sociologia delle Reti Territoriali e Organizzative. Dipartimento di Scienze Politiche e Sociali, Università degli Studi di Trieste. Relatore: Paolo Tomasin, correlatore: Chiara Cristini; AA 2012/2013.
- Spadoni Elisa, Ripensare la domiciliarità. Spunti e proposte a partire dalla valutazione di un servizio di assistenza domiciliare. Tesi di laurea magistrale in Servizio Sociale, Politiche Sociali, Programmazione e Gestione dei Servizi. Università degli Studi di Trieste. Relatore: Anna Zenarolla, correlatore: Luigi Gui; AA 2011/2012.
- Toniolo Piva P., Anziani accuditi da donne straniere. Animazione sociale, 2002; 163 (maggio): 72-77.