

New possibilities for an Italian Policy aimed to the welfare of the elderly. The Individual Care Plan and the identity of aging people in Nursing Homes.

Nuovi scenari per una politica italiana di Welfare rivolta al benessere della persona. Il Piano Assistenziale Individualizzato (P.A.I.) e l'identità dell'individuo in R.S.A.

Salvatore Manca

Abstract

This article presents the current network of care services for the elderly, and seeks to bring out the objectives proposed by welfare policy in Italy. The article focuses on the needs of the elderly and on individual interventions that can be implemented in response to their needs. After presenting the Italian situation concerning social and care services, the question shifts to the model of the Nursing Home (R.S.A.) and the importance of the Individual Care Plan (P.A.I.), as a useful means to define the needs of aging people and create integrated actions that can enhance their capabilities and support them adequately. The message this article wants to convey is that a service is really useful and effective when you realize personalized services and interventions, made to ensure humanity, dignity, respect and individuality of the elderly.

L'attuale politica del welfare, intesa come un sistema volto a garantire ai cittadini tutti i servizi sociali, assistenziali e sanitari ritenuti indispensabili, prevede l'attuazione di interventi strutturati a favore della persona, con l'intento di rispondere ai bisogni dell'individuo e della collettività in modo sempre più appropriato e mirato¹.

In linea con tale indirizzo, sono costante oggetto di approfondimento e attenzione temi come l'educazione, la valorizzazione e il sostegno del ruolo della famiglia, lo sviluppo della persona, il lavoro, le pari opportunità, la personalizzazione dell'assistenza e della cura, la disabilità e l'invecchiamento e, in questa sede, è mia intenzione trattare proprio quest'ultimo ambito di interesse, in particolare l'anziano e il mantenimento della sua identità all'interno di una Residenza Sanitaria Assistenziale (R.S.A.), con un cenno alla rete di servizi socio-assistenziali territoriali.

Nel corso degli ultimi decenni, le politiche sociali rivolte agli anziani hanno dedicato maggiore attenzione ai bisogni della persona nella sua totalità e nella sua piena espressione di sé, preservando non solo gli aspetti puramente clinici, ma anche la sfera psicologica ed emotiva. Tutto ciò ha contribuito a delineare nuovi percorsi di assistenza, cura e riabilitazione, proponendo risposte alternative finalizzate ad includere l'anziano in una rete di servizi organizzati e privilegiando la domiciliarità, la famiglia, la storia e il tessuto sociale. In questa nuova ottica, attraverso specifiche leggi, come la Legge quadro

¹ AA.VV., *Libro Bianco 2012. La salute dell'anziano e l'invecchiamento in buona salute. Stato di salute, opportunità e qualità dell'assistenza nelle regioni italiane*, HPS s.r.l., Milano 2012.

del 8 novembre 2000, n. 328 e le successive normative volte alla realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali (ad esempio, in Lombardia, la Legge Regionale del 12 marzo 2008, n. 3 relativa al Governo della rete di interventi e dei servizi alla persona in ambito sociale e sociosanitario e la più recente D.G.R. del 20 dicembre 2013, n. 1185), e anche attraverso i vari Piani Sociali e Sanitari Regionali, si evidenzia l'importanza di un percorso accompagnato per l'anziano, legato alla realizzazione di interventi complessi che mirano a rispondere alla pluralità dei bisogni e al coinvolgimento dei vari attori sociali del territorio.

Il processo, comunque, è ancora in atto e richiede attenzione, buon senso e decisioni responsabili, condivise e appropriate, in cui si evitino discorsi demagogici e di circostanza, a favore di idee, progetti e azioni concrete ed efficaci.

Le mie considerazioni, che si basano su questi presupposti, sono soprattutto il frutto del mio lavoro svolto all'interno di alcune R.S.A., e cercano di delineare paradigmi teorici e pratici legati alla realtà residenziale, per poter pensare e realizzare criteri di sostegno, valorizzazione e tutela della persona, attraverso interventi umani compatibili con le inclinazioni e le esigenze del singolo e della collettività presente in R.S.A.

Per comprendere meglio lo scenario attuale di una Struttura residenziale, è utile descrivere alcuni aspetti organizzativi, dinamiche relazionali, episodi di vita, modelli educativi e di cura, anche al fine di poter attuare pratiche di intervento e misure individualizzate adatte a garantire i presupposti per un buon invecchiamento.

Sono convinto che sia importante, inoltre, porre un accento anche su determinati *stakeholder*, poiché, senza tali approfondimenti, la R.S.A. potrebbe essere considerata erroneamente come un contesto isolato, autoreferenziale, "asociale", privo di collegamenti esterni territoriali e istituzionali. Infatti, accanto al tema dell'anziano e dell'invecchiamento, come dimostrano anche la letteratura di settore e la stessa configurazione dei servizi sociosanitari sul territorio², è importante includere, considerare e riconsiderare la funzione delle R.S.A. e il ruolo sociale che ricoprono, inclusi i cosiddetti "stakeholder", che vi gravitano attorno.

Letteralmente, il termine inglese *stakeholder* (*to hold a stake*) significa "avere o portare un interesse, un titolo, nel senso di attenzione e partecipazione ad un'attività, contesto o situazione". In sostanza, lo *stakeholder* è un soggetto (una persona, un'organizzazione o un gruppo di persone) che ritiene di detenere un titolo per entrare in relazione con una determinata organizzazione. Un soggetto le cui opinioni o decisioni, i cui atteggiamenti o comportamenti, possono oggettivamente favorire od ostacolare il raggiungimento di uno specifico obiettivo dell'organizzazione. Detto ciò, l'individuazione e la scelta degli *stakeholder* rappresenta un passaggio fondamentale nella relazione pubblica che si vuole attivare con la propria comunità.

Una parte della letteratura di settore suddivide gli *stakeholder* in tre macro-categorie:

² Cfr. C. Gori, *Le politiche per gli anziani non autosufficienti. Analisi e proposte*, FrancoAngeli, Milano 2001; G. De Masi, V. Plastino, R. Vitale, *Progettare la qualità nelle Residenze per anziani*, FrancoAngeli, Milano, 2001; P. Scocco, M. Trabucchi, *Counselling psicologico e psichiatrico nelle Case di Riposo. Vivere e lavorare nelle strutture per anziani*, Centro Scientifico Editore, Torino 2007; Sebastiano ed E. Porazzi, *Benchmarking e activity based costing in ambito socio-sanitario*, Maggioli Editore, San Marino 2010.

- istituzioni pubbliche: enti locali territoriali (comuni, province, regioni, comunità montane, ecc.), agenzie funzionali (consorzi, camere di commercio, aziende sanitarie, agenzie ambientali, università, ecc.), aziende controllate e partecipate;
- gruppi organizzati: sindacati, associazioni di categoria, partiti e movimenti politici, mass media, associazioni del territorio (associazioni culturali, ambientali, di consumatori, sociali, gruppi sportivi o ricreativi, ecc.);
- gruppi non organizzati: cittadini e collettività (l'insieme dei cittadini che rappresentano la comunità locale).

Come anticipato prima, l'indirizzo tracciato dall'attuale politica di Welfare pone l'accento sulla centralità dell'anziano, sull'attivazione di una rete di servizi integrati, sul ruolo della famiglia, sulla domiciliarità, sull'umanizzazione dei servizi, sul rispetto e sulla tutela della propria identità. A tal proposito, le Regioni e gli Enti Locali hanno attuato specifici modelli di intervento coordinati ed integrati per cercare di evitare o ridurre l'istituzionalizzazione della persona anziana: ad esempio, a titolo esemplificativo, attraverso il servizio A.D.I. (Assistenza Domiciliare Integrata, formata da un'equipe socio-sanitaria coordinata che interviene a domicilio a seconda dei bisogni riabilitativi e/o assistenziali dell'anziano. Gli accessi sono svolti da parte di medici, infermieri, fisioterapisti, operatori sociosanitari, i quali intervengono a domicilio sulla base di un piano di assistenza individualizzato formulato dall'Unità di Valutazione Multidimensionale distrettuale dell'Asl)³; il S.A.D. (Servizio di Assistenza Domiciliare, rivolto alle persone che si trovano in condizione di parziale o totale non autosufficienza, consente di attivare interventi volti a garantire la permanenza dell'anziano nel suo ambiente di vita familiare, riducendo o prolungando il bisogno di ricorrere a strutture residenziali. Per l'attivazione del servizio, il cittadino può rivolgersi ai servizi sociali del Comune di residenza o dell'Asl delegata, previa definizione di un progetto individualizzato e personalizzato concordato con l'affidatario del servizio. La programmazione può prevedere l'attivazione di interventi rivolti all'igiene e alla cura della persona; socializzazione; supporto nella pulizia della casa; preparazione di pasti, anche attraverso l'attivazione di pasti a domicilio; disbrigo di pratiche amministrative; supporto nelle commissioni esterne); le dimissioni protette (si tratta di un protocollo che prevede un insieme di prestazioni e di interventi finalizzati a favorire la continuità delle cure e il rientro a domicilio alle persone che vengono dimesse da un reparto di degenza e che si trovano in condizioni di fragilità permanente o temporanea); la regolamentazione delle badanti, attraverso la Legge 102 del 3 agosto 2009, come figura di sostegno a favore della persona anziana; i Centri Diurni Integrati (sono strutture diurne rivolte agli anziani che offrono vari servizi di natura socio-assistenziale ed educativa, contribuiscono a dare un sostegno alle famiglie, poiché si identificano come luogo di aggregazione, cura e valorizzazione delle proprie capacità, e sono un utile strumento di integrazione sociale e di condivisione); i Presidi Ospedalieri Territoriali (POT), con l'obiettivo di ridurre i ricoveri in ospedale e potenziare le strutture "di prossimità", in cui curare gli anziani con disturbi cronici e i malati subacuti, che hanno bisogno di controlli e di essere monitorati spesso (come diabetici, anziani con patologie cardiache o respiratorie), ma per cui è preferibile evitare ricoveri nelle corsie degli ospedali.

³ Cfr. R. Andrenacci, *La visita domiciliare di servizio sociale*, Carocci, Roma 2009.

Tutti questi servizi territoriali contribuiscono a creare una risposta alternativa all'ospedalizzazione e all'istituzionalizzazione della persona anziana, integrandosi, ma non sostituendosi al ruolo della famiglia, privilegiando perciò la domiciliarità. E', tuttavia, importante leggere in modo critico e approfondito i dati e le stime che emergono dagli studi di settore, che rivelano una situazione complessa, non sempre gestibile in modo esauriente attraverso i servizi sopra menzionati. Perciò, se realizzata con criteri sempre più personalizzati e umani, e ideata come una realtà "aperta" al territorio e alla famiglia, la R.S.A. può rappresentare un'ulteriore risposta mirata ai bisogni della persona anziana.

Come evidenziato dalla DGR 1185/2013, l'analisi epidemiologica e del bisogno delle persone è un fattore molto importante da considerare per poter individuare gli scenari evolutivi della rete di offerta. Da questo punto di vista, una delle sfide più importanti che dovranno affrontare tutti gli attori sociali e le istituzioni del settore riguarda il tema della cronicità. Recenti studi svolti dall'Istat dimostrano che ad oggi in Lombardia si registrano oltre 3 milioni di pazienti cronici, pari al 30% della popolazione; all'interno di questo gruppo aumenta sempre più il numero delle persone in condizione di cronicità socio sanitaria (anziani non autosufficienti, persone con disabilità, persone affette da dipendenze da sostanze, etc), stimabili in circa 600.000.

Un altro aspetto da non trascurare riguarda gli utenti delle unità d'offerta socio sanitarie, che stanno diventando sempre più dipendenti e complessi: circa il 70% degli ospiti delle R.S.A. sono persone affette da demenze. In particolare, il 7% sono persone affette da Alzheimer, l'1% sono stati vegetativi e persone affette da malattie del motoneurone (SLA, etc) ed il 22% sono anziani con diverso livello di fragilità, che rientrano nell'utenza cosiddetta tipica. Dal 2004, il numero di persone con forme gravi di demenza e con Alzheimer è aumentato in modo rilevante (oltre il 22%).

In Italia i presidi residenziali socio-assistenziali e socio-sanitari attivi al 31 dicembre 2011 sono 12.033 e dispongono complessivamente di 386.803 posti letto (6,5 ogni 1.000 persone residenti).

L'offerta è costituita prevalentemente da "unità di servizio", che svolgono una funzione di tipo socio-sanitario e mettono a disposizione oltre due terzi dei posti letto complessivi (il 74%); l'utenza cui si rivolgono è costituita perlopiù da anziani non autosufficienti.

Dal punto di vista territoriale, il quadro è molto eterogeneo: l'offerta raggiunge i più alti livelli nelle regioni del Nord dove si concentra il 67% dei posti letto complessivi (9,5 ogni 1.000 residenti) e tocca i valori minimi nel Sud con il 7% dei posti letto (soltanto 3 posti letto ogni 1.000 residenti).

Nei presidi socio-assistenziali sono assistite 369.523 persone: oltre 279 mila (il 76%) hanno almeno 65 anni, quasi 73 mila (il 20%) un'età compresa tra i 18 e i 64 anni e poco più di 17 mila (il 5%) sono giovani con meno di 18 anni. Gli anziani hanno, nella metà dei casi, oltre 85 anni, mentre il 74% degli ospiti anziani risulta in condizioni di non autosufficienza. Molto sbilanciato il rapporto tra generi: su circa 295 mila anziani ospiti dei presidi residenziali, oltre 220 mila sono donne⁴.

Nonostante possa risultare ridondante riportare simili stime di settore, con dati e percentuali, è altresì vero che tali elementi permettono di effettuare delle valutazioni approfondite e, nel contempo, di non trascurare o sottovalutare questioni rilevanti che

⁴ Dati ricavati dall'archivio dell'ISTAT.

riguardano l'anziano, i suoi reali bisogni e gli opportuni interventi da apportare in relazione all'aumento della popolazione anziana. Infatti, l'andamento descritto in termini di bisogni, se integrato con l'andamento demografico della popolazione e le prospettive demografiche future, aiuta a comprendere l'attuale panorama delle politiche dell'invecchiamento e a creare i presupposti per poter invecchiare bene⁵.

Nel suo libro *L'invecchiamento*, Rabih Chattat⁶ afferma che lo studio dell'invecchiamento può seguire due linee generali:

- linea "preventiva", permette di predisporre azioni atte a favorire il processo dell'invecchiamento e cerca di eliminare quelle barriere che trasformano un soggetto in un oggetto di cure e interventi. In particolare, questo approccio cerca di limitare e di ridurre i bisogni socio-assistenziali legati all'invecchiamento con il contributo della medicina, della psicologia e dell'organizzazione sociale;
- l'altra linea, relativa al concetto di cure, può essere quella di sviluppare modelli di intervento nei vari ambiti che hanno lo scopo di favorire l'adattamento e di ridurre le limitazioni correlate all'invecchiamento. In particolare, questo secondo obiettivo mira a favorire un'integrazione degli approcci che non sono solo sanitari (biologici), ma anche relazionali ed educativi.

Accanto allo scenario finora presentato, è utile accennare ai risultati di ulteriori studi, che analizzano la complessa relazione tra struttura biologica e ambiente, con particolare riferimento al cervello, stabilendo un quadro più favorevole rispetto agli studi precedenti⁷. Infatti, oltre al fenomeno di riduzione e di deficit di cui si parla spesso e della loro sensibilità all'ambiente, è emersa una relativa stabilità del numero di cellule a livello corticale e la possibilità di genesi di nuovi neuroni in risposta a stimoli sia fisici sia ambientali, almeno in alcune aree cerebrali.

Inoltre, le rispettive teorie di Erikson, Butler e Baltes, i quali hanno offerto un notevole contributo alla definizione del concetto di "sviluppo" della terza età. Erikson afferma che l'obiettivo caratteristico della terza età riguarda la possibilità di sviluppare un equilibrio ottimale tra due tendenze contrapposte, l'integrità e la sconforto. Le spinte verso lo sconforto derivano soprattutto dal disadattamento alla vecchiaia e dal bisogno della persona di trovare un senso alla propria vita, una ragione tra condizioni attuali e condizioni vissute in passato. Tra le spinte all'integrità e quelle relative allo sconforto la sintesi può

⁵ Il concetto di "invecchiare bene" corrisponde al termine inglese *successful aging*. Tale modello si basa principalmente su tre elementi: la selettività, l'ottimizzazione e la compensazione; è stato proposto nel 1990 da Margret Baltes e Paul Baltes e mira ad individuare il potenziale di riserve da poter disporre nell'invecchiamento. Una visione che, per certi aspetti, tende ad essere positiva, in quanto attribuisce importanza a fattori come l'autostima, la fiducia nelle proprie capacità, l'autodeterminazione, che concorrono a stabilire un miglior atteggiamento rispetto alla propria soggettiva. Come afferma Baltes, «fare il meglio che si può con ciò che si ha», esprimendo la possibilità dell'anziano di tener conto delle capacità preservate, piuttosto che di quelle perdute (a riguardo, si veda P. B. Baltes e M. M. Baltes, *Successful Aging: Perspectives from the Behavioral Sciences*, Cambridge University Press, New York 1990, pp. 18-22)

⁶ R. Chattat, *L'invecchiamento. Processi psicologici e strumenti di valutazione*, Carocci, Roma 2004.

⁷ Si vedano, ad esempio: R. Chattat, *Argomenti di psicometria. La valutazione in psicologia gerontologica*, Pitagora, Bologna 2000; J. H. Morrison, P. R. Hof, *Life and death of the neurons on the aging brain*, in «Science», vol. 278, n. 5337, october, 1997, pp. 412-419; J. LeDoux, *Il Sè sinaptico*, Raffaello Cortina Editore, Milano 2002.

essere quella della saggezza. Erikson, infatti, ricorre ai concetti di “speranza”, “saggezza” e di “continuità”. Come scrive Chattat, «il cerchio del ciclo di vita si compie quando la saggezza permette un’apertura verso la speranza nelle generazioni future, che rappresenta la possibilità di una continuità che trascende la persona vicina alla fine per proiettarsi nel futuro».⁸

E’ utile ricordare il contributo di Baltes e colleghi, i quali introdussero il concetto di *life-span developmental psychology* (psicologia dello sviluppo nell’arco di vita). Questi studiosi sostengono che lo sviluppo dell’individuo inizia con il concepimento e non si completa con il raggiungimento dell’età adulta, ma prosegue durante tutto l’arco della vita compresa la vecchiaia.

Ogni età è caratterizzata da diverse acquisizioni cognitive e affettive, da diverse motivazioni e influenze sociali e da specifici obiettivi di realizzazione personale; in questa prospettiva, si sottolinea la continuità dell’identità della persona attraverso i cambiamenti biologici e psicologici e attraverso le influenze sociali e quelle degli eventi esterni.

Tornando al ruolo della R.S.A., vorrei portare l’attenzione su un determinato aspetto che dovrebbe essere un monito per ciascun contesto residenziale: l’anziano inserito all’interno della vita di una R.S.A. si definisce comunemente “ospite”. Un valido sistema organizzativo basato su un’altrettanta valida politica di Welfare e, quindi, ciascuna R.S.A., dovrebbe intendere l’ospite come colui che *dà ospitalità*, e qui la R.S.A. diviene un ambiente familiare, confortevole ed accogliente per l’anziano, che vive e concepisce il contesto in cui si trova come proprio; al tempo stesso, l’ospite è anche colui che *riceve ospitalità*, pertanto rappresenta un soggetto degno di attenzione, cura, ascolto, assistenza, affetto, sostegno. La reciprocità del patto di ospitalità è dunque all’origine del doppio significato della parola ospite.

Per tali motivi, la R.S.A. è chiamata a svolgere un ruolo importante all’interno della rete socioassistenziale, poiché, deve poter essere in grado di proporre interventi personalizzati, attuare continue azioni mirate e organizzate volte al benessere e alla tutela dell’anziano e, nel contempo, evitare che esso prenda progressivamente le distanze dalla società in un rapporto di reciprocità, nel quale anche la società si allontana da lui.

Uno strumento importante che contribuisce a determinare un appropriato livello di assistenza, benessere e cura dell’anziano all’interno della R.S.A. è il Piano di Assistenza Individuale (P.A.I.). Si tratta della realizzazione di un progetto personalizzato rivolto all’anziano, che viene elaborato e condiviso da tutta l’equipe della Struttura (medici, infermieri, educatori, fisioterapisti, operatori sociosanitari, ASA), i cui obiettivi vengono valutati, rivisti e aggiornati periodicamente, almeno ogni sei mesi, tenendo conto delle necessità e dei bisogni di ciascun ospite⁹. Il P.A.I. rappresenta il documento di sintesi che raccoglie e descrive gli aspetti principali di ciascun anziano, in un’ottica multidisciplinare che pone attenzione alla “totalità” dell’individuo, evitando la classificazione riduttiva di salute – malattia, privilegiando piuttosto la dimensione relazionale e di socializzazione, emotiva, educativa, psicologica, riabilitativa. Tale impostazione non intende sottovalutare l’aspetto clinico e sanitario che riguarda l’anziano in R.S.A., ma mira soprattutto a

⁸ R. Chattat, *L’invecchiamento*, cit., p. 29.

⁹ In ambito legislativo, attraverso la D.G.R. n. 7435 del 14 dicembre 2001 (*Requisiti per l’autorizzazione al funzionamento e per l’accreditamento delle Residenze Sanitarie Assistenziali per anziani*), la Regione Lombardia richiama l’utilizzo del P.A.I.

considerarlo come un individuo che ha la sua storia, la sua identità che va preservata, inclinazioni e gusti personali, una dignità e una personalità da tutelare.

Anche il ruolo della famiglia all'interno della R.S.A. ha molta importanza e tale valore si evidenzia anche attraverso il P.A.I., poiché il familiare (o parente, tutore, amministratore di sostegno) è coinvolto dall'equipe sociosanitaria a leggere il documento, commentarlo, dividerlo o integrarlo con proprie osservazioni. Il P.A.I. costituisce così un progetto collettivo a favore della persona, che inizia al suo ingresso in struttura, viene rivisto ogni sei mesi, o comunque ad ogni variazione significativa dello stato di salute dell'ospite; utilizzato in quest'ottica, il P.A.I. rappresenta uno degli anelli fondamentali che contribuiscono a creare i presupposti per un'assistenza personalizzata, nel significato più ampio del termine, volta a valorizzare la persona, tutelandone la dignità e l'individualità, e intervenendo con responsabilità, umanità e professionalità a suo favore.

Inoltre, nell'ottica della rete di servizi sul territorio e della continuità assistenziale, nell'eventualità di una dimissione dalla R.S.A. e del rientro al proprio domicilio, il P.A.I. può rappresentare un documento intelligibile per gli altri attori sociali, che avranno la possibilità di conoscere alcuni aspetti utili che riguardano l'anziano, la sua storia e la sua attuale condizione.

Attraverso il mio lavoro svolto in ambito organizzativo e gestionale all'interno di alcune R.S.A., ho potuto riflettere su questi aspetti, per poter migliorare i servizi offerti e il benessere della persona. Su questa linea di pensiero, la R.S.A. va intesa come una realtà "aperta" al territorio, connessa e legata alle reti sociali, alla famiglia, agli *stakeholder*, perché, se il progresso compiuto nel secolo scorso è stato quello di aggiungere anni alla vita, la sfida attuale consiste nel poter contribuire a dare maggior vita agli anni.

Salvatore Manca

Ph.D. student in "Formazione della Persona e Mercato del Lavoro",
Università degli Studi di Bergamo
Ph.D. student in "Human capital formation and labour relations",
University of Bergamo