

VULNERABILITA' DEGLI ANZIANI E SERVIZIO SOCIALE (Parte II)



INTERVENTI SOCIALI A FAVORE DEGLI ANZIANI

L'intervento sociale per la cura della fragilità e vulnerabilità dell'anziano deve seguire un **approccio globale ed integrato alla persona**.

Ciò significa che, dopo un'attenta osservazione e valutazione **dell'identità** della persona e dei suoi **bisogni**, occorre anzitutto identificare le diverse componenti della compromissione delle funzioni fisiologiche, al fine di potere formulare programmi di intervento che siano individualizzati e continuativi.

Ricordiamo che la condizione di fragilità dell'anziano è una condizione che perdura nel tempo, dunque anche la presa in carico dovrà essere pensata come un intervento **continuativo** e a **lungo termine**.

Possiamo riassumere così le peculiarità dell'intervento sociale a favore dell'anziano:

- **Integrazione** → «sistema integrato dei servizi alla persona»
- **flessibilità** → deve adattarsi a tutte le esigenze dell'utente, offrendo prestazioni finalizzate al soddisfacimento dei bisogni primari, alla permanenza decorosa nella propria abitazione, all'informazione, la socializzazione, l'accompagnamento e all'integrazione socio-sanitaria
- **continuità** → Roberto Bernabei, Presidente di Italia Longeva: *“Un oliato percorso di continuità assistenziale è una forma di efficientamento del sistema, ma soprattutto un servizio concreto per il cittadino: c'è qualcuno che gli semplifica la vita nel passaggio fra ospedale e territorio, senza abbandonarlo a se stesso”*.

*Italia Longeva = la Rete Nazionale di Ricerca sull'invecchiamento e la longevità attiva.

- **La continuità di cura** è un contesto ideale in cui un paziente ha a propria disposizione un'assistenza sanitaria **coordinata e senza interruzioni**, nonostante tutte le complessità del sistema sanitario e il **coinvolgimento di differenti specialisti** in ambiti di cura diversi. Inoltre, tutti coloro che sono coinvolti nell'assistenza sanitaria di un paziente, compresa la persona che riceve tale assistenza, comunicano tra loro e collaborano per coordinarla e fissarne gli obiettivi.

Cosa significa "servizio integrato alla persona"?

- **L'art. 22 della L. 328/2000** prevede che il **sistema integrato di interventi e servizi sociali** garantisca al cittadino, nell'ambito del Distretto socio-sanitario, l'erogazione di alcune **prestazioni essenziali** che rappresentano i **livelli essenziali delle prestazioni di assistenza sanitaria (LEA)**, e i **livelli essenziali di prestazioni socio-assistenziali (LIVEAS)**. Questi livelli essenziali garantiscono un sistema di prestazioni e servizi sociali idonei a garantire, alle persone, ed alle famiglie, **qualità della vita e cittadinanza sociale**, ma anche **pari opportunità** e tutela ai soggetti più **vulnerabili**.
- I livelli devono soddisfare gli obiettivi di salute indicati nel **Piano Sanitario Nazionale**.



LEA = *livelli essenziali di assistenza*. Rappresentano le prestazioni e i servizi che il Servizio Sanitario Nazionale è tenuto a fornire a tutti i cittadini, attraverso la **gratuità** o dietro il pagamento di una quota di partecipazione (**ticket**), con le risorse pubbliche raccolte con la fiscalità generale (tasse).

LEA = sono definiti all'interno del Piano Sanitario Nazionale, nel rispetto dei seguenti principi:

- dignità della persona umana
- Cura
- Economicità ed efficienza delle risorse

Rientrano nei LEA:

- 1. l'assistenza sanitaria collettiva in ambiente di vita e di lavoro** (es. Tutela della collettività e dei singoli dai rischi connessi con gli ambienti di vita, tutela della collettività e dei singoli dai rischi infortunistici e sanitari connessi con gli ambienti di lavoro, tutela igienico sanitaria degli alimenti ...)
- 2. l'assistenza distrettuale** (Assistenza sanitaria di base-medico di famiglia, continuità assistenziale notturna e festiva, attività farmaceutica...)
- 3. Attività di assistenza ospedaliera**

LIVEAS= livelli essenziali servizi assistenziali-sociali art. 22, secondo comma, della L. 328/2000:

- 1) misure di sostegno alla povertà;
- 2) misure economiche per favorire la vita autonoma e la permanenza a domicilio;
- 3) interventi di sostegno ai minori e ai nuclei familiari anche attraverso l'affido e l'accoglienza in strutture comunitarie;
- 4) misure per sostenere le responsabilità familiari;
- 5) misure di sostegno alle donne in difficoltà;
- 6) interventi per l'integrazione sociale delle persone disabili, ivi compreso la dotazione di centri socio-riabilitativi, di comunità alloggio e di accoglienza;
- 7) interventi per le persone anziane e disabili per favorire la permanenza a domicilio, nonché la socializzazione e l'accoglienza presso strutture residenziali e semiresidenziali;
- 8) prestazioni socio-educative per soggetti dipendenti;
- 9) informazione e consulenza alle famiglie per favorire la fruizione dei servizi e l'auto aiuto.

QUALI INTERVENTI SOCIALI OFFRIRE AGLI ANZIANI?

- Gli **interventi prioritari** per gli anziani **non autosufficienti** comprendono:
- L'istituzione delle **Unità di valutazione geriatriche (UVG)** presso le divisioni di geriatria attualmente esistenti e nelle USL.
- Attivazione o potenziamento dei servizi di **Assistenza domiciliare integrata (ADI)** in modo da assistere gli anziani ultrasessantacinquenni non ospitati in RSA, che siano non autosufficienti, parzialmente autosufficienti o a grave rischio di invalidità;
- Attivazione della **Ospedalizzazione domiciliare integrata (OD)**. Ricordiamo i tre livelli di assistenza domiciliare integrata: *Cure Domiciliari Prestazionali* caratterizzate da prestazioni sanitarie occasionali o a ciclo programmato (FKT, medicazioni di ulcere...); *Cure Domiciliari Integrate di I e II livello* (ADI) con elaborazione del PAI (piano assistenza individualizzato); *Cure Domiciliari Integrate di III livello e cure palliative* a malati terminali (OD).
- Attivare **centri diurni di riabilitazione (CDI)**;
- **RSA (Residenze sanitarie assistenziali)**, sono strutture non ospedaliere, ma comunque a impronta sanitaria;
- Interventi di carattere generale per gli anziani ultrasessantacinquenni: **favorire la permanenza degli anziani in famiglia**; attivare **misure di controllo sulla qualità della vita** degli anziani istituzionalizzati (coloro che vivono in strutture di cura per gli anziani);
- attivare **osservatori permanenti esterni al S.S.N.** su aspetti funzionali, economici e di qualità dell'assistenza erogata agli anziani, con l'obbligo di produrre annualmente un rapporto (**monitoraggio**).

UVG

(unità
Valutazione
Geriatrica)



- **L'Unità Valutativa Geriatrica** è l'organismo centrale per l'accesso degli anziani non autosufficienti ai servizi pubblici socio-sanitari integrati.
- È composto da **un'équipe multidisciplinare** che svolge una valutazione globale dei bisogni della persona anziana.
- Definisce un **programma preventivo, curativo o riabilitativo**, di cui è garantita la continuità.
- L'UVG è così Composta:
- Direttore della S.O.C. di Geriatria o suo delegato con funzioni di Presidente
- Medico di Distretto
- Direttore della S.O.C. Medicina Riabilitativa o suo delegato
- Assistente Sociale di ciascuno dei due Enti Gestori delle funzioni socio assistenziali
- Assistente Sociale Distrettuale
- Responsabili Infermieristici Distrettuali o loro delegati
- un Segretario

ADI (assistenza domiciliare integrata)



- nasce come un modello assistenziale volto ad assicurare l'erogazione coordinata e continuativa di prestazioni sanitarie (mediche, infermieristiche, riabilitative) e socio-assistenziali (cura della persona, fornitura dei pasti, cure domestiche) al domicilio, da parte di **diverse figure professionali fra loro funzionalmente coordinate**.
- La funzione dell'ADI è quella soddisfare esigenze complesse di persone che necessitano di un'assistenza al domicilio con l'obiettivo di mantenerlo il più possibile a casa, favorendo il recupero delle sue capacità residue e **offrendo cura anche a sostegno dei familiari**.
- Gli utenti che possono accedere alle cure domiciliari:
- ammalati con patologie croniche e con gravi disabilità
- pazienti oncologici nella fase terminale.
- Ogni Piano di Assistenza Individuale (**PAI**) ha sempre una durata limitata nel tempo ma la rivalutazione periodica da parte dell'Unità di valutazione Multidimensionale (**UVM**) dell'ASP può consentire la prosecuzione delle cure quando esse siano finalizzate al raggiungimento di obiettivi tecnicamente e realmente raggiungibili.
- Il servizio viene attivato entro 72 ore dalla segnalazione.

Chi può attivare il servizio ADI?

- La richiesta può essere effettuata:
- **Dal Medico di famiglia** (Medico di Medicina Generale o Pediatra).
- **Dal Medico ospedaliero** per le Dimissioni Protette tramite gli Uffici Territoriali che si trovano presso tutte le Aziende ospedaliere ed i Presidi ospedalieri della ASP.
- Dal Medico responsabile delle Residenze Sanitarie Assistenziali (**RSA**).
- Dai **Servizi Sociali**.

Altre **segnalazioni** effettuate direttamente dai **familiari** o da altri soggetti della rete informale necessitano comunque della richiesta del Medico di Medicina Generale dell'assistito.

- **Alla segnalazione segue la Valutazione Multidimensionale** e l'accertamento della tipologia del bisogno a domicilio o in Ospedale da parte della Unità di Valutazione Multidimensionale (UVM) più vicina al luogo dove si trova il paziente.

I SERVIZI SOCIALI AGLI ANZIANI

- Uno dei **servizi fondamentali agli anziani** è **l'assistenza domiciliare**.
- Nel concetto di “assistenza domiciliare” sono compresi tutta una serie ampia ed eterogenea, sia per qualità che per durata, di servizi di assistenza professionale e non professionale, assicurati presso il domicilio dell'utente.
- Il servizio è in genere gestito dai **Comuni** ed eroga le seguenti tipologie di prestazioni:
 - somministrazioni dei pasti a domicilio;
 - servizio di lavanderia a domicilio;
 - disbrigo di commissioni e collegamento con altri servizi del quartiere.

Le esigenze a fronte delle quali si attiva il servizio sono:

- **non autosufficienza**
- **ridotta autosufficienza fisica**
- **scarsa capacità organizzativa** rispetto alla gestione della casa
- Condizioni abitative di **solitudine** e **isolamento anche psicologico**.
- Il servizio prevede un'organizzazione per l'erogazione di prestazioni in relazione ai momenti critici della giornata (alzarsi, curare l'igiene personale, vestizione, aiuto nei pasti, mobilitazione, pulizia e cura della casa, ecc.) ed ha una durata oraria limitata.

- Il personale impegnato in ADI è costituito prevalentemente da **operatori socio-assistenziali**, eccetto che per le eventuali prestazioni di tipo specialistico.
- **Il numero medio di ore erogate settimanalmente** ad ogni utente pare sia di poco superiore a **3**, con grande variabilità da Comune a Comune e da Regione a Regione.
- L'assistenza domiciliare è un servizio essenzialmente **feriale e diurno**.
- La titolarità del servizio è quasi sempre pubblica, ma la gestione è quasi sempre esternalizzata e affidata in particolare a **cooperative sociali**.
- L'Assistenza Domiciliare Integrata è il **fulcro dell'attività territoriale**, lo strumento operativo più efficiente **per il mantenimento** a domicilio di quelle situazioni a rischio che portano al ricovero improprio ed al grave calo della qualità di vita della persona anziana.
- Rientra tra i **SERVIZI INTERMEDI** (Diurni o semi-residenziali)

ALTRI SERVIZI INTERMEDI



- il **Centro Diurno, socio-ricreativo**, aperto in genere tutti i pomeriggi e auto-gestito dagli stessi anziani;
- il **Centro diurno socio-assistenziale**, per anziani parzialmente non autosufficienti;
- il **Servizio Trasporto Anziani**;
- il **servizio pasti caldi a domicilio**;
- i **soggiorni climatici protetti**, con proposte nelle tre località di mare, terme e montagna;
- il **servizio del Telesoccorso** per gli anziani soli.

L'ASSISTENZA RESIDENZIALE ANZIANI

- L'operatore socio-sanitario dei servizi residenziali alla persona è la figura sulla quale ricadono tutte le attività di assistenza diretta all'**anziano** e al **suo ambiente di vita**, in ambito sociale e sanitario, svolgendo le sue attività in collaborazione con gli altri operatori professionali preposti all'assistenza sanitaria e a quella sociale, secondo il criterio del **lavoro multiprofessionale**.



L'intervento dell'operatore assistenziale si sviluppa, nei servizi residenziali, in due direzioni:

- Supporto all'anziano
- Intervento all'ambiente di vita

L'assistenza in questi casi non ha ad oggetto prestazioni tecniche, ma il supporto per la costruzione di una relazione d'aiuto che **rispetti e valorizzi la sua personalità**.

- **Relazione di reciprocità:** implica **entrare nel mondo dell'anziano**, evitando di circoscrivere il proprio intervento ad un mero sostegno materiale, piuttosto instaurando una relazione di fiducia, che passi attraverso un pieno coinvolgimento negli atti quotidiani.



Es. rispetto al Bisogno Alimentare:

- Occorre perseguire l'obiettivo assistenziale del soddisfacimento delle necessità nutrizionali dell'anziano – **corretta alimentazione e idratazione (cd. bisogno primario)**;
- Soddisfare anche il bisogno secondario **psico-affettivo** che circonda il cibo.
- Tenere presente delle concause che possono impedire all'anziano di consumare un pasto in un contesto armonioso e confortevole, come la **difficoltà a raggiungere** la sala da pranzo, un ambiente **poco igienico**, orari dei pasti inadeguati, menù senza possibilità di scelta, distribuzione del vitto frettolosa.



STRUTTURE RESIDENZIALI A SOSTEGNO DEGLI ANZIANI

➤ Casa di riposo per autosufficienti

- L'utente è l'anziano fisicamente autosufficiente.
- Alcuni studiosi sottolineano come questo genere di struttura, nell'ambito della filosofia degli attuali servizi sociali – orientata alla cura, ma sempre nel mantenimento e nella **promozione dell'autonomia** – possa risultare in parte anacronistica. Infatti sembra improntata ad un modello più custodialista e istituzionalizzato, piuttosto che ad uno fondato sulla personalizzazione dell'intervento.

➤ Comunità alloggio

- Le comunità alloggio sono appartamenti in cui vivono insieme un **piccolo numero** di persone anziane, che non hanno la possibilità di rimanere nel proprio domicilio per motivi di carattere economico-familiare-alloggiativo. Rispondono sia ad esigenze di **pronto intervento** che a necessità di **permanenza prolungata**. È opportuno che sorgano in aree urbane, così da consentire l'effettiva partecipazione alla vita sociale e prevenire l'emarginazione dell'anziano.

➤ Casa di riposo per non autosufficienti

Utente non autosufficiente, fisica o psico-sociale.

L'utente può essere il medesimo delle RSA (residenze sanitarie assistite).

Ciò che differisce è il fatto che le case di riposo per non autosufficienti mancano dei requisiti strutturali e gestionali delle RSA.

Pur nella consapevolezza che non tutte le RSA riuscirebbero a gestire il carico di lavoro di un territorio, è importante – al fine di evitare diseguaglianze sociali nel trattamento – che le case di riposo per non autosufficienti rispecchino determinati **canoni normativi e di sicurezza** tipici delle RSA.



RSA (Residenze sanitarie assistite)

La normativa sulle RSA è contenuta nel **DPCM 22 dicembre 1989**



Caratteristiche:

- **Approccio globale** all'anziano
- Inserimento nella rete dei servizi (**approccio integrato**)
- Percorso riabilitativo per anziani disabili e dipendenti
- **NON** devono essere concepite come **contenitori vuoti**, per anziani ormai non più curabili in ospedale!
- **Modello organizzativo differente** da quello ospedaliero e della casa di riposo

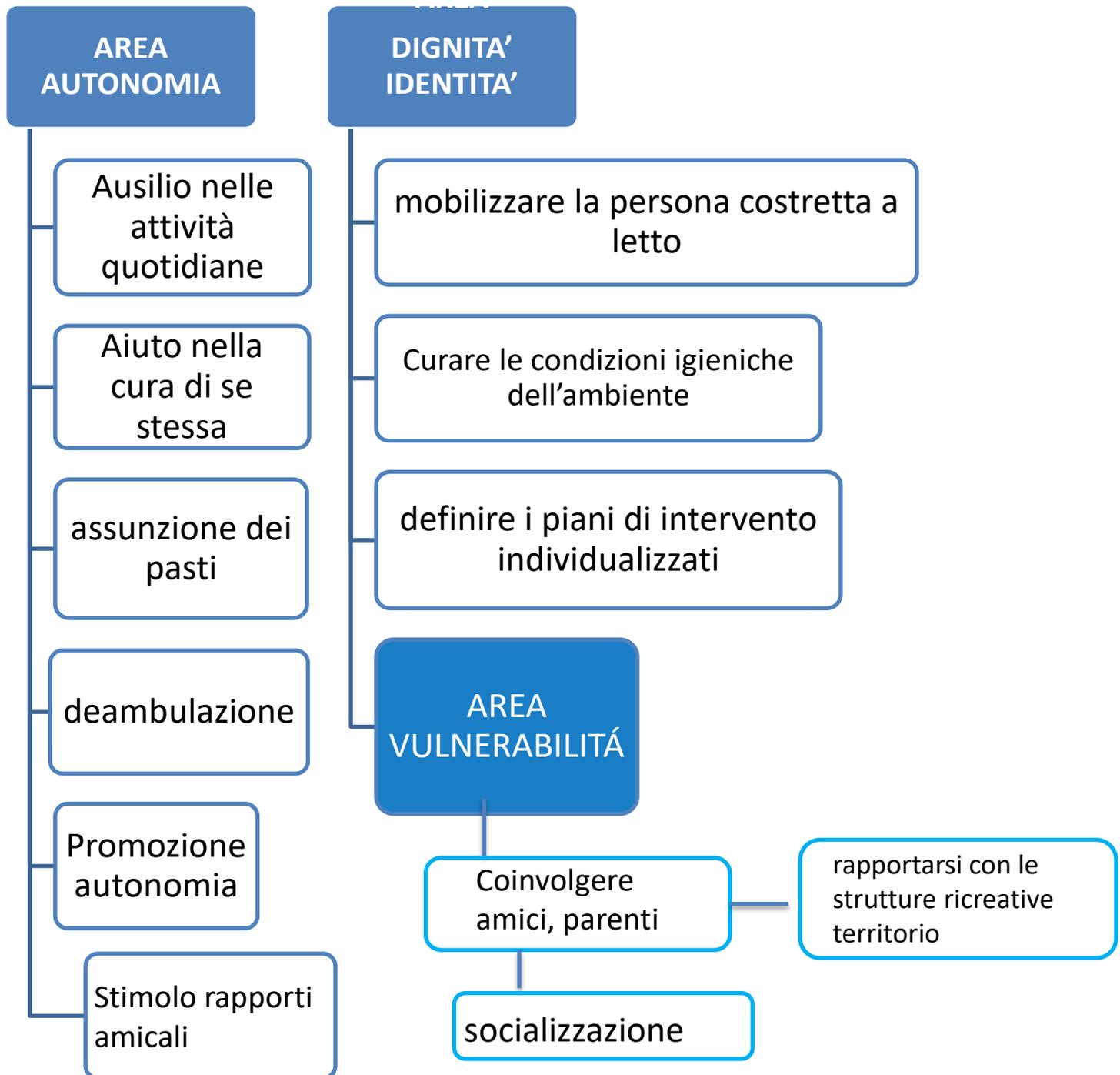


L'organizzazione segue le caratteristiche dell'ospite e in questo senso prevede un adeguamento del personale sia da un punto di vista quantitativo che qualitativo professionale, alle esigenze del degente.

Proprio per questo le RSA consentono un **modellamento dell'intervento**, nel pieno rispetto dei ritmi di vita quotidiana del paziente.

Principali Funzioni ed interventi gestionali e d'animazione nelle strutture residenziali

- La giornata nella struttura residenziale deve essere scandita da programmi di attività personalizzate e /o di gruppo aggiornabili, in relazione all'evolversi del bisogno, e flessibili, in relazione alla permanenza nella struttura e al fattore tempo.
- In termini operativi, l'intervento è orientato lungo tre direzioni:
 - 1. Autonomia**
 - 2. Cura della vulnerabilità**
 - 3. Mantenimento della dignità/identità dell'anziano**



L'ingresso di un anziano in una struttura, come in una casa di riposo, è uno degli eventi più delicati e difficili dell'intera vita, sia per le ripercussioni sull'equilibrio della persona, che ricorre a questa soluzione per fronteggiare una situazione di bisogno, spesso non per una scelta personale, sia perché rappresenta un cambiamento radicale di vita sia per l'anziano che per la famiglia.

