

## Sono possibili buone forme di residenzialità per anziani? I risultati del progetto Abitare Leggero

lunedì, 04 novembre, 2013

<http://www.lombardiasociale.it/2013/11/04/sono-possibili-buone-forme-di-residenzialita-per-anziani-i-risultati-del-progetto-abitare-leggero/>



### Verso nuovi modelli di residenzialità

La rete dei servizi formalizzati italiana è orientata soprattutto verso le disabilità più gravi o le più evidenti necessità di malattia, mentre sono poco diffuse le soluzioni rivolte ad anziani con esigenze meno specifiche o di apparente minore entità. Così, soprattutto in uno scenario di risorse limitate, sembra utile costruire intorno alle persone e alle famiglie un ambiente favorevole alla normale espressione di sé e alla gestione autonoma delle soluzioni necessarie a sostenere le proprie esigenze quotidiane[1].

Come illustrato in un [precedente contributo](#) di LS, molti paesi a economia avanzata hanno sperimentato e implementato nuovi modelli di intervento[2] orientati a ripensare o arricchire il concetto di abitare: dalle politiche di adattamento delle abitazioni fino alla diffusione di modelli aggiornati di housing sociale, di abitazioni integrate da servizi accessori e di forme non convenzionali di residenzialità comunitaria. Questa evoluzione è sostenuta anche da un ripensamento dei sistemi domiciliari, sempre più arricchiti da funzioni di prossimità e sostegno alla quotidianità. Molti paesi hanno tradotto queste indicazioni in consistenti strategie politiche, che mettono in discussione molti paradigmi tradizionali. Ad esempio, il confine fra servizi residenziali e di *home care*. Paradossalmente, i paesi con la più alta percentuale di persone assistite in residenze istituzionali, garantiscono anche gli investimenti più elevati sui sistemi domiciliari[3]. Questo dato, che sembrerebbe rappresentare il fallimento del ruolo preventivo dell'istituzionalizzazione da parte dei servizi domiciliari tradizionali, appare più comprensibile se si considera che nella maggior parte delle realtà nazionali le forme abitative e residenziali sociali superano le istituzioni di ricovero sanitarizzate, giocando un ruolo sempre più rilevante nello spazio intermedio di protezione tra queste e il domicilio privato [4].

Le nuove forme di residenzialità sociale adottano soluzioni organizzative leggere e valorizzano in modo particolare la dimensionale relazionale del rapporto di cura[5]. Le ridotte dimensioni e la diffusione territoriale garantiscono il mantenimento di un'identità più facile da interpretare per le persone, rassicurandole rispetto al timore di essere escluse dalle dinamiche di vita e di relazione che danno significato alla propria esistenza. Molte esperienze italiane operano con modelli simili, attraverso soluzioni abitative integrate da servizi accessori (portineria sociale, reperibilità telefonica, monitoraggio leggero, assistenza domestica, piccola manutenzione, sostegno logistico) o soluzioni di vita comunitaria

più orientate verso le limitazioni iniziali delle autonomie quotidiane.

### **Abitare Leggero : fra vita indipendente e vita assistita**

Il progetto “Abitare Leggero”[\[6\]](#) ha analizzato modelli di sostegno abitativo e di residenzialità non istituzionale, orientati a favorire la vita indipendente o sostenere le prime esigenze di vita assistita. Ha inoltre esplorato l’applicazione di queste prassi su un campione di esperienze già attive sul territorio lombardo. Sono state selezionate 52 strutture che offrono un complesso di 467 appartamenti, 352 posti di residenzialità comunitaria e 167 di tipo semi-residenziale, più spesso gestite da cooperative sociali, comuni e altri enti non profit. Soprattutto le esperienze recenti, si propongono in molti casi come centri polifunzionali, offrendo servizi integrati di tipo domiciliare, semi-residenziale e residenziale, ben collegati alla rete dei servizi di comunità. Le denominazioni sono fluide e numerose, in analogia a quanto già noto anche in altri paesi. Le strutture sono in genere di dimensioni contenute[\[7\]](#) e ben realizzate. Derivano più spesso dalla ristrutturazione di stabili già esistenti, ma sono presenti anche progetti dedicati di prima realizzazione. Le strutture sono gradevoli ed è sempre garantita l’assenza di barriere architettoniche, ma sono ancora poco diffuse attenzioni specifiche ai problemi sensoriali o alle possibili limitazioni delle funzioni mentali superiori. Soprattutto i progetti più recenti, prestano attenzione al pericolo di realizzare “cittadelle per anziani” isolate e autoreferenziali, rispetto alla costruzione di sistemi intergenerazionali, ben integrati e comunicanti con la vita degli ambienti urbani circostanti.

I residenti sono stati raggiunti con interviste dirette semistrutturate e valutati, sotto il piano funzionale, con il modulo VAOR LTCF del sistema interRAI[\[8\]](#). L’analisi ha restituito spaccati di vita, percorsi, processi e problematiche molto variegati e che danno conto di quali e quanti dilemmi, questioni e attori siano coinvolti nelle scelte di trasferimento in età avanzata.

La qualità dei servizi è percepita unanimemente come positiva. Gli anziani si sentono sicuri, protetti e vivono positivamente le relazioni con gli operatori e gli altri residenti; queste relazioni, contribuiscono alla percezione di sicurezza soggettiva. Investono sotto il piano personale nella nuova sistemazione e non ipotizzano nuovi cambiamenti abitativi nel loro futuro diversi dal ritorno – se possibile – al proprio domicilio; nelle residenze comunitarie questa soluzione è frequente e sono ridotti i passaggi diretti verso RSA.

Gli ospiti delle soluzioni abitative hanno un’età all’accoglienza di 70-75 anni, sono in genere soli e con nuclei parentali di consistenza molto ridotta. Sono autonomi nelle BADL ma possono presentare livelli diversi di compromissione nelle IADL. Le motivazioni prevalenti per la ricerca della nuova sistemazione sono legate principalmente a problemi abitativi preesistenti: residenza primaria mal localizzata, di dimensioni eccessive, degradata oppure non più disponibile per problemi economici. Oppure problemi di sicurezza personale legati alla paura dei furti o al timore di vivere in una zona percepita come pericolosa. La maggior parte degli anziani non dispone di un’abitazione di proprietà e ha spesso alle spalle una lunga storia di disagio abitativo. Il passato recente è stato gravato da difficoltà consistenti e il presente sembra connotato finalmente in senso positivo; L’accoglienza è generalmente di lungo periodo, prossima o superiore ai dieci anni.

Gli ospiti delle residenze comunitarie sono più anziani, con un'età media all'accoglienza vicina agli 85 anni. Presentano più spesso limitazioni nelle BADL e sono già totalmente dipendenti nelle IADL. I rispettivi nuclei familiari, anch'essi di dimensioni ridotte, sono già impegnati nel loro sostegno e le motivazioni principali dell'accoglienza sono legate a difficoltà intercorrenti nel lavoro di cura: necessità di riposo, malattie del *caregiver* principale o di altri familiari anziani. Oppure, a sostenere le necessità di riadattamento alla vita quotidiana successive a ricoveri ospedalieri o riabilitativi. Al contrario che nelle soluzioni abitative, gli anziani mantengono più spesso la disponibilità di un'abitazione primaria di proprietà. L'accoglienza è circoscritta nel tempo: 3 o 6 mesi, più raramente uno o due anni.

La valutazione VAOR è stata applicata a un campione di 300 anziani, che si distribuiscono soprattutto nel raggruppamento Funzione Fisica Ridotta (68,7%) e nel RUG 44, quello di partenza del sistema di classificazione. Meno frequente, ma presente, l'assegnazione ai RUG immediatamente superiori; i tempi di assistenza stimati sono inferiori a quelli previsti come standard di minima per le RSA lombarde[9] in poco meno del 75% del campione. Le limitazioni ADL sono di entità ridotta e sostenibili per lo più con funzioni di organizzazione, supervisione di vita o assistenza limitata. Fino al 40% dei residenti mostra alterazioni delle funzioni mentali superiori. Si tratta di un dato compatibile con quello derivato dagli studi internazionali, che hanno già dimostrato come queste popolazioni siano gestibili in modo efficace anche in soluzioni meno strutturate delle RSA, se queste sono ben realizzate sotto il piano architettonico e con operatori adeguatamente formati[10]. Nel campione analizzato, si tratta in ogni caso di anziani con necessità assistenziali di entità ridotta, indipendenza residua nelle funzioni chiave e senza anomalie comportamentali maggiori. Nel complesso, la popolazione accolta nel campione di Abitare Leggero appare in gran parte inappropriata per l'accoglienza in RSA e compatibile con i modelli organizzativi delle realtà analizzate, fatte salve aree limitate di possibile criticità meritevoli di attenzione.

## Conclusioni

I servizi analizzati nel campione lombardo sembrano coerenti con le indicazioni scientifiche e con la modellistica internazionale. Le nuove soluzioni per la vita indipendente, arricchite da servizi accessori e ben integrate nei servizi di comunità, affrontano il tema della facilitazione della vita quotidiana di anziani con difficoltà soprattutto abitative e di interazione con i difficili contesti di vita urbana. I servizi per la vita assistita, sostengono le difficoltà delle famiglie di anziani con disabilità, favorendo il lavoro di cura domestico e il prolungamento sostenibile della vita in comunità. L'organizzazione delle strutture appare leggera ma efficace, centrata su operatori con i quali si può stabilire una buona relazione. Il modello organizzativo mantiene elementi di sussidiarietà. E' presente ma non sostituisce completamente l'azione familiare e gli interventi dei servizi sanitari e sociali di comunità.

Anche la popolazione accolta è sovrapponibile a quella dei rapporti pubblicati in altri paesi e le possibili criticità sono ridotte e correggibili attraverso il miglioramento dei processi di ammissione e il monitoraggio condiviso con i servizi territoriali. **Resta aperto il tema del riconoscimento normativo e l'identificazione di una più chiara collocazione di rete, oltre che quello della sostenibilità e replicabilità di questi modelli, soprattutto in un contesto di perdurante crisi economica.**

Il territorio intermedio oggetto di questo contributo, è quello fra casa e RSA, prossimo all'abitazione naturale delle persone e con obiettivi prevalenti di sostegno abitativo, sociale, familiare. **Il ruolo di questi servizi può quindi essere considerato come naturale integrazione dell'azione delle famiglie, del lavoro privato di cura e dell'azione dei sistemi di domiciliarità.**

---

[1] World Health Organization. *Global age-friendly cities: a guide*. WHO, 2007

[2] E' possibile citare (fra parentesi la sigla del paese): *Alloggi Life-Resistant (NL)*, *Seniorcitizen label (NL)*, *Ensemble2generation (F)*, *Habitat Reameneage' (F)*, *Granny-annexe (F)*, *Vie Dome (F)*, *Logement Foyer (F)*, *Samyer Residences (F)*, *Gruppbostadler (Swe)*, *Viviendas Dotacionales (E)*, *Le Balloir (B)*, *Logement c/o Maison de retrait (F)*, *Residences services (F)*, *Care Center Residences (NL)*, *Altenwohneheim in Residence (D)*, *Maison Caongourou (B)*, *Kangaroo House (N)*, *Nursing Dwellings (DK)*, *Abbeyfield (UK)*, *Cantous (F)*, *Hotel Care (NL)*, *Residential Care Homes (UK)*, *Etablissement d'hébergement personnes âgées dépendantes (F)*, *Woonzorgcentra (NL)*, *Sheltered House (Swe)*, *Assisted Living Facilities e Continuing Care Retirement Communities (USA)*

[3] Council of the European Union. *European Conference on Healthy and Dignified Ageing*. Stockolm, 15-16 settembre 2009

[4] Predazzi M. *Abitare Leggero. Rapporto finale, Milano 2013, in corso di pubblicazione*

[5] Kemp L. *I get along with most of them: direct care workers' relationship with residents' families in assisted living*. *The Gerontologist* 2009; 49 (2): 224-235

[6] *Il progetto Abitare Leggero è stato realizzato con il contributo di Fondazione CARIPLO e ha*

*coinvolto - insieme agli enti gestori dei servizi che hanno accettato di partecipare al suo sviluppo - due organizzazioni partner: la Fondazione Housing Sociale di Milano e la Società Cooperativa Sociale La Meridiana di Monza. E' stato progettato come ricerca partecipata e si è sviluppato in due anni di lavoro. Sono state analizzate la letteratura e la modellistica internazionale, intervistati esperti, promosso focus group e workshop sui principali temi in gioco. A tutti gli attori sono state proposte alcune ipotesi di lavoro, tratte dalla letteratura e dalla modellistica internazionale e rielaborate dal gruppo di ricerca. Insieme ad essi sono stati quindi progettati gli approfondimenti successivi. Le strutture sono state analizzate rispetto a organizzazione, obiettivi, modelli di riferimento, servizi offerti, soluzioni architettoniche, popolazioni accolte.*

*[7] Il tema del corretto dimensionamento è ancora oggetto di dibattito scientifico. In generale, nei modelli internazionali, le soluzioni abitative tendono a dimensionamenti più consistenti di quelli rilevati nel campione lombardo, per garantire migliori efficienze di sistema. Le soluzioni di vita assistita sono invece più vicine ai dimensionamenti rilevati (non oltre i 30 posti letto); questo, per ridurre l'aspetto istituzionale e favorire la personalizzazione degli interventi e la qualità delle relazioni.*

*[8] Il modulo LTCF (Long Term Care Facilities) è stato utilizzato, invece che il più appropriato VAOR Home Care (Il Vaor Assisted Living non è stato ancora validato nella versione italiana), per garantire una migliore confrontabilità con i dati in via di raccolta nella sperimentazione regionale sulle RSA. Uno dei temi oggetto di dibattito attuale è proprio quello della possibile presenza nelle RSA di anziani portatori di esigenze di minor intensità assistenziale e possibili destinatari privilegiati di servizi più leggeri, come quelli in oggetto, mentre è possibile che anche nelle residenze leggere siano presenti anziani con esigenze di livello più elevato.*

*[9] 901 minuti settimanali di assistenza per ospite.*

*[10] Kang H. Anxiety, depression, and cognitive impairment in dementia-specific and traditional assisted living. J Gerontol Nurs. 2010 Jan;36(1):18-30; quiz 32-3. doi: 10.3928/00989134-20091204-01. Epub 2010 Jan 12.*

