

Nel contenitore della non autosufficienza

Abbozzi di ragionamento su politiche, interventi e servizi rivolti a persone con disabilità e ad anziani non autosufficienti

La riflessione che segue non ha nulla di compiuto e definito, non sostiene una tesi. Si interroga su diverse problematiche connesse alla cosiddetta "non autosufficienza". Domande che riguardano le politiche, il sistema dei servizi, gli approcci, i ruoli dei diversi soggetti. Prendiamone in esame alcune.

L'inserimento all'interno del *contenitore della non autosufficienza* degli interventi per anziani (ovviamente non autosufficienti e soggetti con forme di demenza) e persone con disabilità, giova alle politiche ed agli interventi rivolti a questi soggetti? Risponde alle loro specificità e dunque ai loro bisogni? Oppure induce e produce un'assimilazione sbagliata, in termini di necessità dei destinatari e dunque di servizi? La domanda è rivolta a tutti quelli che sono interessati al tema della qualità delle risposte.

Pongo la questione - anche se mi rendo conto che la domanda è formulata in modo grossolano - perché mi sembra che stia crescendo sempre più la tendenza a non distinguere adeguatamente le problematiche di queste due "aree". Vale quindi forse la pena continuare la riflessione e cercare di sviscerarla ed analizzarne i diversi aspetti.

D'altra parte, penso che in molti ci siamo accorti del mutamento della terminologia di questi ultimi anni. Fino a non molto tempo fa infatti i confini erano delimitati: da una parte l'*handicap* (con la frequente mancata distinzione attraverso l'uso di *handicap psichico*, tra "handicap intellettivo" e "malattia mentale"), dall'altra gli *anziani non autosufficienti*. Oggi leggendo un titolo di un articolo o di un libro non sempre riusciamo a capire quale sia l'oggetto della trattazione, se anziani o disabili o entrambi. C'è chi usa non autosufficienza e disabilità per indicare indifferentemente le due condizioni; oppure c'è un riferimento alla disabilità ed il tema è quello degli anziani non autosufficienti. E ciò non avviene tanto quando si riflette sui dati statistici (vedi provvidenze economiche), quanto piuttosto nella fase di individuazione dei bisogni e programmazione dei servizi.

Questione di "fondo"?

Fino a non molti anni fa la programmazione degli interventi e dei servizi rivolti alle persone con disabilità e quella rivolta agli anziani non autosufficienti viaggiavano generalmente (soprattutto al livello regionale) su binari differenziati¹. Da qualche tempo, forse - ma bisognerebbe indagare meglio - in seguito alla nascita dei fondi regionali per la non autosufficienza, la programmazione sembra sempre più accomunare questi due settori, facendo fatica a discriminarne le specificità². Specificità che mi sembrano irriducibili, in particolare quando ci si riferisce ad interventi rivolti a persone con disabilità intellettiva.

La risposta che *fondo* e *declinazione degli interventi* stanno su piani diversi, è corretta e convincente; ciononostante, direi non sufficiente rispetto agli esiti.

Va poi evidenziato come anche all'interno delle due *categorie (disabili e anziani non autosufficienti)*, le definizioni sono approssimative e ognuna delle due diventa un contenitore di bisogni differenti (disabilità "lieve", disabilità "grave"; deficit "sensoriale", "motorio",

¹ Va ricordato poi come molti interventi (dalla indennità di accompagnamento, ai permessi della legge 104/92) nati, su pressione delle organizzazioni dei familiari o degli stessi utenti, per rispondere ai bisogni delle persone con disabilità siano poi stati estesi, a tutte le persone a prescindere dall'età che si trovano nelle stesse condizioni.

² Dal mio punto di vista è emblematico il contenuto del documento (2007) della *Commissione Nazionale sui LEA sulle prestazioni semiresidenziali e residenziali*, www.grusol.it/informazioni/07-06-07ter.PDF, nel quale la parte sulla disabilità e quella sulla psichiatria sembra svilupparsi nella logica di quella relativa agli anziani malati (parte, peraltro, di ottima fattura).

“intellettivo”, ecc; analogamente il discorso può continuare per gli anziani malati non autosufficienti).

Continuando a procedere in modo schematico, e forse sommario, se negli interventi per anziani la parte curativa (vorrei comunque dire la *miglior cura*, tenendo a mente l'importanza fondamentale dell'aspetto relazionale) è molto importante, in quelli per le persone con disabilità, quella educativa (possiamo anche definirla di cura educativa³) è fondamentale, anche nelle figure professionali. Per non entrare poi nello specifico dei requisiti strutturali: ad esempio la capacità recettiva: le dimensioni più limitate e i moduli accorpati riferiti alle strutture per gli anziani (20/30), entrano nella categoria dell'istituto quando le pensiamo rivolte alle persone con disabilità.

Se in genere, al momento del *ricovero*, il numero dei “posti letto”, non è la questione che più preoccupa un familiare di una persona anziana, per un genitore di persona con disabilità questo aspetto assume grande rilevanza.

Disabile anziano, anziano disabile

Il tema (o problema) disabile/anziano che fino a qualche tempo fa non era tematizzato, ora è invece sempre più presente. Non solo per le persone giovani e adulte vittime di gravi incidenti che residuano con gravi disabilità o le persone con malattie genetiche (pensiamo solo alle diverse malattie neuromuscolari) che hanno raggiunto un'aspettativa di vita impensabile solo fino a venti anni fa, ma anche riguardo a soggetti con gravi disabilità “psico-fisiche”, per le quali i progressi della medicina, e non solo, hanno portato ad un allungamento di vita insperato. Tanto che oggi la questione dell'invecchiamento (e delle patologie correlate) si pone sempre più all'interno dei servizi diurni e residenziali per le persone con disabilità.

Sicurezza contro comunità?

Di fronte a questo scenario, mi sembra che - ma il mio punto di osservazione potrebbe essere parziale - si diffondano sempre più modelli, soprattutto nel residenziale, multifunzionali (più nuclei per più problemi), caratterizzati da un maggiore investimento nella sicurezza (ad esempio più alto il numero dei posti, maggiore è la presenza di figure sanitarie e in particolare del medico nella struttura) piuttosto che nella comunità (in seguito ci dovremo anche confrontare su quanto investimento comunitario è presente in molte realtà inserite all'interno dei normali contesti urbani). L'aumento della capacità recettiva non è la sola questione; a questa si accompagna il passaggio delle figure professionali: le figure educative si riducono in favore di quelle di assistenza. Entrano o aumentano le figure infermieristiche in turno che tendono a dare al servizio un'impronta più marcatamente sanitaria (spesso anche per sfinitimento dettato dalla perdurante latitanza dei servizi di cure domiciliari delle Asl, che non si impegnano in alcun modo per assicurare i servizi cui sono tenuti e di cui gli utenti hanno diritto); con la prevalenza del modello medico.

Il sindacato

Da segnalare anche un altro aspetto - forse di contorno - indicatore dei mutamenti in atto: mi riferisco al ruolo del sindacato nel livello regionale e locale. Più attento, soprattutto a causa della presenza della categoria dei pensionati, alle questioni legate agli anziani (anche se in maniera limitata rispetto ai servizi territoriali), oggi tende ad interessarsi anche dei temi dei servizi per le persone con disabilità (non tanto e non solo per le questioni del lavoro o della scuola) che storicamente sono stati posti all'attenzione dalle organizzazioni di rappresentanza degli utenti. E d'altra parte se con gli anziani esiste un “titolo a partecipare” dettato dalla rappresentanza di categoria, non parrebbe che una sede territoriale o anche regionale abbia titolo per intervenire su questioni specifiche della disabilità (in rappresentanza di chi?), se non per sostenere politiche inclusive od opporsi a tagli e ritorni indietro delle politiche (ma ciò potrebbe estendersi anche ad altre questioni: minori, disagio giovanile, senza fissa dimora, ecc..) . Invece, pare di constatare una tendenza sempre più marcata ad inserirsi dentro queste

³ Cfr. R. Franchini, *Disabilità, cura educativa e progetto di vita*, Erickson 2007, www.grusol.it/informazioni/30-05-07.PDF

questioni, proprio in nome della cosiddetta "non autosufficienza"⁴. Il discorso è complicato⁵ e qui solo accennato, ma penso vada ripreso.

Nessuna conclusione

Non so se quanto sopra abbozzato appare, in particolare agli addetti ai lavori, sensato o quantomeno di qualche utilità per chi si trova quotidianamente a contatto con le problematiche esposte; in questo caso vanno cercate le motivazioni per continuare la riflessione. Si tratta, quindi, eventualmente, di ragionare sul come.

5 settembre 2011

⁴ Penso sia chiaro che non si intende esprimere un giudizio, quanto analizzare un fenomeno.

⁵ Il tema richiama un ulteriore duplice aspetto: a) la ricerca di legittimazione reciproca tra politica e organizzazioni sindacali; b) la strumentalità con la quale l'ente pubblico (a qualsiasi livello) cerca l'avallo sindacale ai fini di raggiungere alcuni obiettivi prefissati. Tali aspetti tendono a non emergere in quei territori nei quali la "presenza sociale" è poco significativa; si evidenziano invece laddove gli attori territoriali (organizzazione degli utenti e di volontariato) hanno piena consapevolezza del loro ruolo di rappresentanza a difesa degli interessi degli "utenti".