

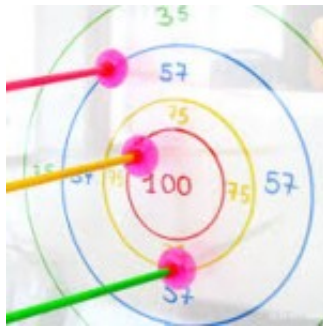
Una valutazione sulle misure rivolte agli anziani nella X legislatura

Un contributo di **Fabrizio Giunco** - Fondazione Don Carlo Gnocchi Onlus, Milano

Per offrire ai lettori una prima visione di quadro sul welfare dell'esecutivo Maroni, Lombardia Sociale ha chiesto ad alcuni testimoni privilegiati di valutare i primi 18 mesi della X legislatura rispetto ad alcuni temi trasversali, esplicitando per ognuno quali sono le aspettative, i cambiamenti, i risultati e le speranze in gioco. L'articolo che segue espone l'opinione del dott. Fabrizio Giunco riguardo all'area anziani.

a cura di Rosemarie Tidoli - sabato, novembre 01, 2014

<http://www.lombardiasociale.it/2014/11/01/una-valutazione-sulle-misure-rivolte-agli-anziani-nella-x-legislatura/>



Le DGR 116/2013, 856/2013, 740/2013 e le diverse misure a sostegno degli anziani fragili

La [DGR 116](#) sottolinea due aspetti: 1) le famiglie di anziani fragili o disabili sono spesso sole nella progettazione del proprio percorso di cura (la famiglia “case manager di sé stessa”). 2) particolarmente nei servizi domiciliari, l'integrazione fra sistema sociale e sistema socio-sanitario è debole. Le misure introdotte dalla delibera arricchiscono il territorio intermedio fra la casa e le unità di offerta più strutturate (RSA e CDI) di servizi potenzialmente ben orientati rispetto alla nuova domanda, nata soprattutto all'interno di famiglie chiamate a affrontare per molti anni problemi quotidiani complessi e ormai abituate a “usare” i servizi piuttosto che ad affidarsi ad essi.

La [DGR 856](#) sviluppa questa linea di lavoro, offrendo un contributo economico – tema più vicino all'applicazione concreta della [DGR 740](#) – e garantendo attraverso questo l'opportunità di ottenere da gestori qualificati un ventaglio ampio di servizi di supporto. Le aspettative sono state rilevanti, i risultati ancora limitati. **La presentazione in Regione dei dati di prima applicazione – in vista della sua imminente revisione – ha sottolineato un utilizzo delle misure inferiore alle attese e alcune prime incertezze applicative.**

Ad esempio la Misura 4 (RSA/RSD aperta) sembrava la più promettente, ma la gran parte dei voucher erogati ha riguardato solo prestazioni di ridotto respiro (il bagno assistito o la sostituzione

temporanea delle badanti), sovrapponendosi ad alcuni servizi formali o informali già esistenti. Limitato, invece, il ricorso alle restanti capacità professionali delle RSA. Fra i motivi, la percezione che la delibera sia nata proponendo soluzioni originalissime anche qualche forzatura di sistema. Ad esempio, la DGR 856 introduce un modello interessante di evoluzione del sistema di intervento domiciliare, integrativo e complementare a quello formale (SAD, ADI). Proprio per questo motivo, perché proporla agli enti di gestione delle RSA e non agli erogatori ADI o agli altri attori già esperti nel lavoro di comunità e di prossimità? Fra l'altro, il coinvolgimento delle RSA ha introdotto alcune rigidità organizzative poco funzionali ad una misura che vuole essere flessibile e sussidiaria. Anche sotto il piano culturale, sembra meno coerente con le finalità della DGR 116 esportare verso la comunità il modello organizzativo istituzionale e standardizzato delle RSA (si veda un [precedente articolo](#) sul tema). Un'altra considerazione di sistema, che richiama le modalità di relazione fra ASL e erogatori previste in alcuni atti delle ultime legislature. L'implementazione della Misura 4 ha visto l'ASL come soggetto forte – che valuta, decide, progetta e dispone - e gli Enti in un ruolo, almeno nella fase iniziale, di semplici prestatori d'opera chiamati, una volta accreditati, a dover poi garantire il soddisfacimento di qualunque esigenza venga presentata. **Quest'impostazione ha allontanato dalla misura gli enti più qualificati, inizialmente orientati verso una modalità gestionale più partecipata** (ad es. condividere con l'ASL pacchetti di prestazioni di più ampio respiro, interagendo attivamente nella fase della valutazione sul campo, dell'elaborazione del progetto personalizzato e nell'adattamento graduale della presa in carico). Difficile anche, per ogni ente, operare senza poter contare su elementi di certezza per pianificare i volumi e la qualità degli interventi che potrebbero essere richiesti.

Anche la Misura 2 (Residenzialità leggera) è caratterizzata da qualche incertezza nella relazione fra obiettivi e strumenti. Le Abitazioni protette previste dalla DGR 11407/2010 hanno finalità diverse dalle vecchie Case Albergo o dai posti letto che alcune RSA possono mettere a disposizione perché non a contratto e i rispettivi modelli di accoglienza non sempre appaiono coincidenti con le finalità della misura e i sottogruppi di anziani cui può rivolgersi. **Soprattutto le soluzioni abitative a maggiore impostazione sociale, più vicine alla comunità, hanno lamentato l'impatto con le regole della vigilanza socio-sanitaria e la necessità – richiesta in alcuni territori - di adottare strumenti operativi (PAI, FASAS) probabilmente eccessivi rispetto agli obiettivi della misura.**

Queste però sono criticità utili a comprendere il confine delicato fra il modello regolativo socio-sanitario e quello proprio dei servizi di comunità a prevalente orientamento sociale e socio-educativo. In ogni caso, sembra utile attendere le revisioni delle misure e una maggiore esperienza nel suo utilizzo da parte di tutti gli attori in gioco.

La rivoluzione attesa sulla presa in carico degli anziani fragili

Il modello di presa in carico

Con gli atti normativi più recenti il programmatore desidera affiancare in modo più efficace le famiglie nel processo di presa in carico, ritagliando servizi e modelli in modo flessibile sulle loro esigenze piuttosto che costringerle ad adeguarsi a un'offerta rigida e strutturata. Si tratta di un enunciato della legislatura precedente – dall'offerta alla domanda – da tradurre in realtà attraverso una difficile revisione del sistema di welfare. Il sistema sanitario e socio-sanitario ha fino ad ora privilegiato – non solo in Lombardia - un'offerta di cura mutuata dal modello ospedaliero e specialistico, settoriale e sostitutiva piuttosto che globale e sussidiaria. Ciò ha garantito risposte soprattutto alle popolazioni più complesse. In pratica, l'offerta di servizi formali inizia quando la persona ha già perso gran parte delle sue autonomie nelle funzioni di base, mentre le fasi precedenti della vecchiaia sono affrontate in modo diretto dagli anziani e dalle loro famiglie. L'intervento delle famiglie si è sviluppato attraverso la ricerca di soluzioni originali e in gran parte autogestite, con investimenti economici impressionanti (basti pensare al ruolo delle badanti, che rappresentano oggi il pilastro più significativo della rete dei servizi).

Il modello di presa in carico che la X legislatura propone è nel complesso chiaro. La famiglia si rivolge alle centrali della rete dei servizi (distretti ASL, Comuni, medico di famiglia). Queste, a diverso titolo e con diversi ruoli, cooperano alla valutazione del bisogno con strumenti di VMD, condividono un progetto di cura che la famiglia può liberamente implementare attraverso servizi integrativi domiciliari (ad es. ex legge 856) o le unità di offerta che il progetto identifica come appropriate fra quelle autorizzate, accreditate o contrattualizzate, parzialmente sostenute dalle risorse previste dal FSR o da altri fondi (FNA, Fondo regionale per la famiglia). L'ASL vigila sulla corretta struttura della rete e sull'appropriatezza delle risposte garantite.

I cambiamenti e i risultati sono ancora parziali ed è lecito sospendere il giudizio. Possiamo però dire che **molte considerazioni precedenti hanno valore per anziani con famiglie solide e accettabilmente strutturate, la realtà cambia quando si tratti di anziani soli o con reti familiari molto deboli o inadeguate.** Sorprende l'assenza di riferimenti solidi verso questo tema nei molti atti di quest'apertura di legislatura.

L'integrazione tra gli attori

Un secondo aspetto della presa in carico riguarda i servizi chiamati a affiancare persone e famiglia nella fase di coprogettazione del percorso di cura. In questo senso, lo Sportello unico del Welfare sembra un'ottima risorsa, ma gli atti della X legislatura richiamano il percorso tortuoso che lo ha preceduto. PUA e CEaD, ad esempio, hanno ad oggi determinato più aspettative che risultati (si veda [articolo precedente](#) sul tema). E' già ampiamente dimostrato che le famiglie non hanno bisogno solo di informazioni ma anche di risposte tempestive e concrete: servizi facilmente e rapidamente attivabili, risorse economiche, consulenza esperta. I problemi in questo caso sono molti e non facilmente risolvibili. Ad esempio, i tre principali nodi della rete territoriale (Comuni, Medici di famiglia, ASL) solo occasionalmente e localmente operano come una realtà integrata, per motivi strutturali e per la diversità delle filosofie e delle modalità d'intervento. Resta da comprendere se la X legislatura riuscirà davvero a intervenire su questa realtà, posto che molte partite si giocano più a livello nazionale che regionale. **Fino a quando questi tre poli non disporranno di un modello di riferimento comune (istituzionale, economico, territoriale), difficilmente si potrà assistere a cambiamenti sostanziali:** le risposte possibili si sviluppano oggi più per fortunate opportunità locali che per risposte di sistema. Anche in questo caso sembra utile un atteggiamento di attesa, dando tempo e fiducia al legislatore perché sviluppi la propria azione.

La valutazione multidimensionale

La riforma in atto mette centro il tema della VMD come motore e garanzia di appropriatezza della lettura del bisogno e dell'allocazione delle risorse. I risultati andranno misurati in prospettiva e dovranno confrontarsi con alcune variabili maggiori. **Bisogna però considerare che la VMD è un processo, non un atto istantaneo. Una lettura *spot* delle molte variabili in gioco garantisce un'immagine parziale della realtà della persona**, destinata a farsi più precisa nel tempo via via che la relazione fra anziano, famiglia e operatori si fa più solida e informativa. Questo è un dato critico già emerso nelle fasi sperimentali: i risultati della VMD possono divergere quando si confrontano le valutazioni eseguite da operatori che conoscono bene la persona e il suo contesto con quelle di operatori istituzionali che la osservano per la prima volta. Non da meno, la VMD è anche una lettura multiprofessionale. Nelle strutture residenziali accreditate cooperano medici, infermieri, fisioterapisti, ASA/OSS, educatori e assistenti sociali. Sul territorio questa collaborazione è più impegnativa perché deve integrare assistenti sociali comunali, medici di famiglia, operatori (o consulenti) ASL con diverse competenze. Ne risulta un processo che non è né semplice né economico da strutturare se si vuole un risultato di buona qualità; una buona VMD produce buone decisioni, una cattiva VMD introduce elementi di errore o di inappropriata decisione. **Il pericolo – è nuovamente lecito sospendere il giudizio di fronte alla coerenza finora dimostrata dal programmatore regionale – è quello d' introdurre uno strumento potente ma utilizzato in modo inappropriato o per fini impliciti diversi da quelli** esplicitati (si veda un [precedente articolo](#) sul tema). Un buon strumento di VMD, come è indubbiamente il sistema InterRai (VAOR), permette di identificare con oggettività i bisogni ampi della persona e di stimare le risorse necessarie a sostenerli. Proprio per questo motivo, non necessariamente determina risparmi economici. Diverso è frapporre uno strumento impegnativo fra la persona e i servizi, con prevalente significato di *gate-keeping* esclusivo, più orientato a proteggere le unità di offerta e i budget che a erogare le risposte appropriate alle persone appropriate e nel momento appropriato. In altre parole, una potenziale barriera in più, piuttosto che una facilitazione. Alcuni problemi si risolveranno se il sistema VAOR verrà introdotto come sistema completo, diffuso a tutti gli attori e veicolato anche con strumenti informatici condivisi, come la stessa carta SISS. In quella fase, che potrà essere raggiunta solo con accordi di sistema e investimenti consistenti, le persone porteranno con sé le proprie valutazioni precedenti, destinate a arricchirsi nel tempo, e la Regione avrà a disposizione un sistema efficace di governo, regolazione e verifica degli esiti. In alcune ASL, come Lecco, l'implementazione del VAOR ha dato risultati molto soddisfacenti, in altre sta determinando maggiori difficoltà. Non bisogna dimenticare, però, che si tratta d'investire una tendenza consolidata da almeno due legislature. Dopo anni di evoluzione del modello PAC – con un ruolo ASL terzo rispetto alla relazione fra persone e enti erogatori – e la progressiva rinuncia ai servizi a gestione diretta (soprattutto ADI, ma anche RSA) **le ASL dispongono oggi di meno operatori esperti in questi processi e nella valutazione ravvicinata delle persone. Queste non sono competenze facili da ricostruire, sostituire o mantenere; si tratta, quindi, di una difficoltà in più** (si veda un [precedente articolo](#)).

La riforma del sistema di welfare per gli anziani fragili: tra unità d'offerta e regole di sistema

Gli atti della X legislatura annunciano una revisione del sistema di welfare, ormai molto datato e eccessivamente semplificato rispetto alla crescente complessità della domanda: la sua base consiste essenzialmente in due unità di offerta specializzate, RSA e CDI, con l'integrazione variabile costituita dai servizi domiciliari SAD e ADI. Le linee d'indirizzo regionali privilegiano i temi della prossimità, della presa in carico e della continuità assistenziale ma gli interventi integrativi sicuri sono quelli, ancora molto limitati, previsti nelle DGR 116, 856 e 740 e delle sperimentazioni ex 3239. Il programmatore dichiara di voler sottoporre a revisione le unità di offerta esistenti, con particolare attenzione a quelle di tipo residenziale. I cambiamenti fino ad ora osservati sono limitati alle delibere e sperimentazioni già citate. I cambiamenti attesi riguardano revisioni parziali o di regolazione amministrativa delle unità già esistenti. Per le RSA si ipotizza la possibile separazione fra posti letto a organizzazione simile all'attuale e posti letto dedicati agli anziani con limitazioni funzionali ridotte, che ripropone la precedente divisione fra Strutture protette e Case di riposo. Per il resto, è stata completata l'analisi dei costi standard, sembra chiara l'evoluzione verso un modello di *vendor rating*^[1], è evidente il crescente rigore dei controlli di accreditamento e appropriatezza e sono probabili il superamento del sistema SOSIA e l'introduzione del sistema InterRAI. E' anche possibile che il controllo valutativo ASL introduca un doppio percorso d'ingresso: con integrazione del FSR secondo LEA nelle situazioni ritenute appropriate in fase di VMD e con tariffa a totale carico nei restanti casi. Per le Cure Intermedie è in corso la revisione delle precedenti forme di riabilitazione di competenza della DG Famiglia (ex specialistica, ex generale e geriatrica, ex mantenimento) e il possibile passaggio a regime della sperimentazione sui post-acuti. E' possibile che venga a definirsi di un contenitore unico articolato per livelli di assistenza, ma i suoi confini rispetto alla riabilitazione ospedaliera, da un lato, e ai servizi delle RSA dall'altro, appaiono ancora incerti. D'altro canto, sembra trattarsi di un'operazione necessaria, collegata al riordino complessivo del sistema della riabilitazione e necessaria anche per rientrare negli indici di dotazione nazionali.

Ancora meno chiaro lo scenario della Residenzialità leggera. Questo concetto è infatti utilizzato in molti atti normativi della X legislatura, ma con significati diversi e non facilmente assimilabili, in ogni caso più spesso rappresentati da una semplice rimodulazione organizzativa delle stesse RSA.

Quale valutazione complessiva?

In generale, resta una sensazione di incompletezza. Le dichiarazioni politiche preliminari all'azione di riforma esprimevano il desiderio di far fronte ai temi centrali dell'evoluzione attuale e futura della domanda: l'invecchiamento della popolazione, la struttura delle nuove famiglie, le difficoltà dell'assistenza territoriale e di comunità, la necessità di nuovi servizi. **La traduzione di questi intendimenti nei primi atti di riforma e, soprattutto, nel recente Libro Bianco, è però limitata; soprattutto quest'ultimo ripropone in estrema sintesi l'abituale tentativo di riaggregare e ridistribuire i tradizionali servizi ospedalieri, ambulatoriali e di cure primarie e gli organi di governo e controllo (ASL), con l'obiettivo di rendere la loro risposta più appropriata e meno**

costosa. Se questi cambiamenti determineranno o meno le desiderate efficienze economiche, potrà valutarsi in futuro. Certamente, non vengono descritti o anticipati cambiamenti sostanziali del sistema socio-sanitario e sociale. **In generale, i nuovi modelli d'intervento in questo settore sembrano rappresentare più una limitata revisione delle attuali unità di offerta che una riforma coraggiosa e realmente innovativa.** Un segnale negativo, non trascurabile, è rappresentato dal ripescaggio dal passato, dai modelli d'intervento degli anni '70, delle Case di Riposo e delle Case Albergo. Da notare, inoltre, l'assenza dal dibattito politico della riforma del sistema di tutela e intervento sociale; ad esempio, benché non sia di competenza regionale, un riferimento alla sua centralità per la persona in età avanzata sarebbe stato auspicabile. Se è già stridente, nel Libro Bianco, la disparità di quantità e qualità dei contenuti fra sistema sanitario e socio-sanitario in senso stretto, spiccano le zero pagine dedicate ai temi dell'abitare (adattamento delle abitazioni, abitazioni life-resistant, housing sociale), dei servizi per la vita indipendente e della vita assistita, del supporto di prossimità tradotto in servizi concreti e di sistema, della domiciliarità globale; tutti servizi di provata efficacia nell'approccio alla fragilità in età anziana e nella riduzione dell'utilizzo inappropriato dei servizi maggiori, soprattutto sanitari e ospedalieri. Anche molti interventi già attivi sembrano sottovalutare alcune specificità degli interventi sociali o socio-educativi, ad esempio sulla qualità di vita e delle relazioni, esportando verso di essi modelli di vigilanza e controllo pericolosamente connotati in senso sanitario e certamente non adatti a misurarne la reale appropriatezza.

Alla fine, si respira un certo ritorno al passato, come se i cambiamenti epocali in corso potessero davvero essere fronteggiati curando bene le malattie e i loro episodi di riacutizzazione invece che affrontando con decisione temi ben più rilevanti e fino ad ora disattesi. Non si tratta più, oggi, di spendere meglio o di spendere meno o di ritoccare il sistema senza riformarlo nella sostanza. La rete, così com'è, semplicemente, non basta più. Sia a livello nazionale che a livello regionale, sembra necessario prendere coscienza del fatto che la realtà procede con o senza la politica, e che i problemi non affrontati oggi, si riproporranno ancora più acuti domani e dopodomani. In Italia e in Lombardia si è potuto contare sulle famiglie, che hanno dovuto imparare a fare da sé. Lo spazio che in altri contesti è stato riempito di contenuti e di nuovi servizi, da noi è stato di necessità occupato dalle badanti, mentre la politica procedeva nel consueto gioco di rimescolamento dell'esistente e di ripetizione di schemi e servizi consueti. **Ma di fronte alle nuove generazioni di anziani** (meno garantiti, con meno risparmi e ridotta contribuzione pensionistica, si veda [articolo precedente](#)), **alla crescente frammentazione del sistema familiare e allo sviluppo economico globalizzato che ridurrà la forza di lavoro immigrata, questo spazio, domani, chi lo occuperà?**

[1] Processo di valutazione del fornitore.