

DGR n. 1566 del 14/12/2004, **Approvazione Atto di Indirizzo concernente “Sistema dei servizi degli anziani della regione Marche: Sviluppo programmatico ed organizzativo – prevenire contrastare, ridurre ed accompagnare la non autosufficienza”** (BUR n. 3 del 10 gennaio 2005)

ALLEGATO “A” Alla D.G.R. n: 1556 del: 14 dicembre 2004

Regione Marche

**SISTEMA DEI SERVIZI PER GLI ANZIANI DELLA
REGIONE MARCHE:
SVILUPPO PROGRAMMATICO E ORGANIZZATIVO**

Prevenire, contrastare, ridurre ed accompagnare la non autosufficienza

PROGETTO ANZIANI

Prevenire, contrastare, ridurre ed accompagnare la non autosufficienza

Indice del documento:

1. Introduzione	3
2. Le linee di innovazione del Welfare marchigiano per il miglioramento della qualità della vita della persona anziana.	5
2.1. Prevenire, rallentare, contrastare, accompagnare il rischio di non autosufficienza	7
2.2. L'integrazione socio-sanitaria – La qualificazione della regolazione pubblica del mercato dei servizi	8
2.3. Pluralità di significato del termine “anziano”	9
2.4. Un patto fra generazioni	9
2.5. La valorizzazione della “risorsa” anziani	10
2.6. Sviluppare la rete della solidarietà.	10
2.7. Sviluppare le funzioni di sostegno alla famiglia e alla vita indipendente dell'anziano.	10
3. L'impostazione del progetto	11
3.1. Accompagnare la storia naturale dell'età anziana	12
4. Gli strumenti: priorità di trasformazione	18
4.1. Un modello organizzativo basato sui bisogni: la centralità dei percorsi di cura e di assistenza	18
4.2. L'accesso unico al sistema dei servizi	18
4.3. Struttura dei percorsi assistenziali	19
4.4. Il rafforzamento e la qualificazione del sistema dei servizi	21
4.4.1. Il sistema residenziale: specificità e vocazione delle residenze. Applicazione della legge 20/2000 e l.r. 20/2002	21
4.4.2. Qualificazione dei servizi residenziali	23
4.4.3. Evoluzione delle attuali residenze per anziani in strutture modulari ad intensità differenziata	23
4.5. Il sistema semiresidenziale (centri diurni); gli spazi “leggeri” di incontro	25
4.6. Attuazione delle Linee guida ADI. Vincoli di spesa, Sad, incremento del finanziamento.	26
4.7. Le nuove forme di intervento e la flessibilizzazione dei servizi:	26
5. Schede Obiettivi-azioni-tempi-risorse-indicatori	28
6. Indicazioni di processo	35

1. Introduzione

La comprensione del fenomeno della non autosufficienza in età anziana, l'individuazione delle strategie e degli strumenti idonei a prevenirla e contrastarla allo stadio di rischio, e a ridurre gli effetti sviluppando la capacità di riaccompagnare l'anziano e la sua famiglia di fronte alle conseguenze che ne derivano, costituiscono una delle priorità evidenziate nei documenti di programmazione regionale: dal Piano regionale per un sistema integrato di interventi e servizi sociali fino al Piano sanitario regionale "Un'alleanza per la salute", approvato di recente dal Consiglio Regionale

La complessità della sfida posta dall'incremento dei tassi di non autosufficienza sulla popolazione complessiva, in una prospettiva del Welfare nazionale che si presenta sicuramente non incrementale, richiede un impegno complessivo di raccordo e coerenza tra le diverse componenti istituzionali e sociali della regione. Con l'approvazione della legge regionale n. 20/2002 è stato avviato il complesso percorso di qualificazione delle residenzialità che costituiscono di fatto un aspetto importante del più ampio discorso sugli anziani. Questo percorso, gestito in una sostanziale integrazione tra la componente sociale e quella sanitaria del Dipartimento Regionale dei Servizi alla Persona e alla Comunità, ha costituito l'avvio di un più ampio lavoro di programmazione regionale.

Tenendo conto di questa e di altre esperienze realizzate grazie al raccordo e all'incontro tra gli amministratori, gli operatori pubblici, privati ed associativi e le organizzazioni della domanda, è stato quindi impostato un piano di lavoro che, partendo dalle indicazioni riportate nei documenti di programmazione regionale, definisce le linee di innovazione del welfare marchigiano per un miglioramento della qualità della vita della persona anziana. Si è quindi impostato un disegno di rinnovamento e qualificazione che, muovendo dal riconoscimento della complessità dei bisogni ed assumendone la centralità, intervenisse sul modello organizzativo, sulla articolazione del sistema dei servizi e sulle necessarie azioni di sistema. Si tratta di un percorso di programmazione complesso ed articolato, che prevede interazioni con altri filoni della programmazione regionale e del quale, tuttavia, possono essere prefigurate le scadenze, gli impegni e le responsabilità.

Con l'istituzione di un "gruppo tecnico allargato", formato dalle diverse componenti interessate allo sviluppo di queste dinamiche, è stato avviato concretamente il lavoro di stesura del Progetto, di cui si presenta la versione definita per la discussione di giunta. E' sembrato importante, infatti, che il progetto di intervento per le persone anziane fosse il frutto maturo di un ampio lavoro di consultazione con le realtà sociali del territorio marchigiano e con le organizzazioni sindacali, che hanno già fornito importanti contributi tecnici e con le quali si intende progressivamente sviluppare un confronto di tipo concertativo nel corso delle fasi di implementazione del progetto anziani.

Il Convegno europeo su anziani e non autosufficienza del 4-5 luglio 2003 ha costituito una tappa importante del percorso, l'occasione per sottoporre ad una platea vasta e qualificata le ipotesi di lavoro fino ad allora elaborate: centrando l'attenzione proprio sui temi della non autosufficienza all'interno di un confronto più ampio con le linee di politica e le esperienze a livello nazionale ed europeo.

Il "gruppo tecnico allargato" è risultato composto da una serie di soggetti rappresentanti di organismi a diverso titolo significativi per lo sviluppo di una politica di sostegno alla persona anziana; a loro va il riconoscimento ed il ringraziamento per la qualificata e intensa collaborazione. Il gruppo è stato a sua volta suddiviso in sotto-gruppi tematici che si sono incontrati nei mesi di Aprile/Maggio con il coordinamento di alcuni nostri consulenti; mentre a cavallo dell'estate è proseguito il lavoro del Gruppo nel suo complesso per l'analisi e l'elaborazione di proposte di miglioramento ed emendamento delle bozze di documento.

Gli argomenti di approfondimento oggetto del lavoro dei sotto-gruppi sono stati i seguenti:

- Sviluppo delle funzioni di sostegno alla famiglia;
- Sviluppo e omogeneizzazione delle funzioni valutative – qualificazione della rete dei servizi;
- Autorizzazione e accreditamento delle strutture residenziali e semiresidenziali (l.r. 20/2002)

Nel presente documento, raccogliendo il lavoro del gruppo tecnico allargato ed i contributi e le sollecitazioni emerse nel corso del convegno di Pesaro, vengono presentate quindi le linee per l'innovazione del Welfare marchigiano per il miglioramento della qualità della vita delle persone anziane; inoltre, attraverso schede obiettivo che individuano azioni – tempi – risorse – indicatori si delineano le prime ipotesi di attività per verificarne la coerenza e la fattibilità.

La complessità dell'impegno assunto raccomanda infatti di considerare questo documento come momento di impostazione per una azione di riqualificazione dell'azione programmatoria, sia dal punto di vista degli obiettivi e dei contenuti che delle modalità con le quali si intende rendere la Comunità regionale partecipe, responsabile e protagonista delle istanze di innovazione proposte.

2. Le linee di innovazione del Welfare marchigiano per il miglioramento della qualità della vita della persona anziana.

Il processo di invecchiamento della popolazione, che interessa le Marche all'interno di un più ampio ribilanciamento delle fasce di età proprio di tutti i paesi ad economia avanzata, sollecita un deciso ripensamento delle dinamiche di Welfare. Al variare dei pesi nella piramide demografica si associa infatti una rimodulazione delle priorità e delle qualità specifiche della domanda di protezione e cura sociale; mentre al tempo stesso viene a crescere la quota di popolazione che non partecipa direttamente alla produzione di reddito, e quindi alla generazione delle risorse fiscali per il sostegno delle politiche di solidarietà e di welfare. Il rinnovamento cui il Welfare marchigiano deve puntare al fine di assicurare ai propri cittadini la massima qualità della vita in età anziana può sinteticamente ricondursi alle seguenti finalità:

- **Elaborare una risposta complessiva.** Sul versante della domanda, da un lato la crescita numerica e dei costi connessi alla popolazione in condizione di non autosufficienza e dall'altro i più ampi problemi legati alla incertezza di ruolo sociale della popolazione anziana, devono essere acquisiti come motori di una diversa centratura e di una diversa organizzazione dei servizi e degli interventi di welfare. Oggi un percorso ed un progetto di riqualificazione delle opportunità e delle risorse per la qualità della vita degli anziani sono necessariamente inseriti in processi di più ampia rimodulazione delle strutture e funzioni sociali, tali che ne possano beneficiare tutti i soggetti della comunità regionale. Infatti una prospettiva di Welfare moderno e sostenibile richiede di affrontare complessivamente i fattori di esclusione e di marginalizzazione, implicando un lavoro sulle componenti fondamentali che condizionano il grado di qualità della vita possibile, pertanto di ordine generale, piuttosto che procedere alla iper-specializzazione delle forme di servizio organizzato.
- **Sviluppare la rete della solidarietà.** L'urgenza maggiore appare oggi quella di sviluppare un sistema di rete che organizzi la solidarietà comunitaria ed istituzionale per offrire una prospettiva di sostegno e di accompagnamento rispetto ai cicli di vita individuali e familiari, affiancandoli in particolare nei momenti di crisi e di difficoltà; allo stesso tempo occorre avviare ed articolare un ripensamento, a partire dalla individuazione di criticità, di come funzionino i meccanismi di regolazione sociale generale (la qualità e la sicurezza degli spazi urbani, i servizi commerciali, i rapporti tra cittadinanza e pubblica amministrazione, l'accessibilità dell'informazione, ecc.) per potenziare i fattori di inclusione, di produzione di senso sociale, di stimolo della solidarietà comunitaria.
- **Evitare le tentazioni economicistiche.** Tali considerazioni appaiono più stringenti alla luce dei recenti indirizzi ed orientamenti emanati dal Governo attraverso il Libro Bianco sul Welfare, che sembra delineare una prospettiva di riposizionamento della Pubblica Amministrazione in un ruolo di garanzia formale, riconducendo le logiche del Welfare nell'alveo di un rapporto domanda-offerta di impronta economicista, senza quindi che vi siano garanzie rispetto alla capacità di offrire risposte alle esigenze della popolazione, e degli anziani in questa, modulate secondo una prospettiva di fasi, di accompagnamento e sostegno negli episodi di vita critici, di personalizzazione secondo un approccio complessivo ma non per questo esclusivo e de-responsabilizzante per la persona, la sua famiglia, la comunità di appartenenza..
- **Individuare le priorità.** E' evidente che vi sono risposte urgenti da fornire, attraverso una riqualificazione e riorganizzazione delle risorse di Welfare esistenti, che rispondano alle effettive priorità della domanda; e che possono procedere a partire dagli obiettivi di riorganizzazione del sistema regionale del Welfare previsti dalla programmazione sociale e sanitaria. Tali obiettivi, finalizzati ad assicurare adeguatezza, economicità, qualificazione e sussidiarietà delle risposte istituzionali, devono essere considerati come il nucleo fondamentale di una riorganizzazione della politica sociale e sanitaria che sappia però valorizzare le competenze e le responsabilità individuali e collettive, come indicato dal D.L.vo 229 e dalla L. 328/2000.
- **Integrare le politiche ed i servizi.** Uno sforzo ulteriore deve essere assicurato sul piano della integrazione tra le politiche e gli strumenti del welfare, procedendo ai diversi livelli a raccordare: le competenze di governo regionale; i soggetti del governo locale; gli strumenti di valutazione, progettazione e gestione degli interventi.

- **Assicurare il “diritto a star bene”.** Il fondamento delle politiche sociali e il “filo conduttore” per l’innovazione del Welfare marchigiano sono centrati sul “diritto a star bene”. Gli obiettivi di *benessere* della persona, sono riferiti allo sviluppo e alla conservazione delle capacità fisiche, alla capacità di affrontare positivamente le responsabilità quotidiane, di riconoscere e coltivare le risorse personali, di svolgere una soddisfacente vita di relazione, di essere membri attivi della società. (*Piano nazionale sociale 2001-2003*)

Per affermare tali finalità è necessario:

1. assumere nella prospettiva programmatica il “rischio” della non autosufficienza (che interessa tutti gli strati sociali) e sviluppare interventi appropriati per *prevenire, rallentare, contrastare e accompagnare* i fenomeni di progressivo decadimento psico-fisico della persona;
2. assumere la pluralità di significati che esprime il termine anziano inteso non solo come soggetto fragile, ma anche come risorsa per la comunità, da valorizzare rispetto alle risorse positive.

2.1. Prevenire, rallentare, contrastare, accompagnare il rischio di non autosufficienza

Le consolidate acquisizioni della geriatria e la valutazione quantitativa del fenomeno della non autosufficienza sollecitano o per meglio dire impongono la presenza di un sistema di interventi in grado di realizzare servizi *appropriati e sostenibili*. A proposito dell'appropriatezza, pare necessario evidenziare alcuni aspetti.

La condizione di non autosufficienza nelle persone anziane è il "risultato di una storia complessa", peculiare alla vita di ogni persona, una condizione di vita non statica, nella quale interagiscono problemi sociali, sanitari, relazioni, risorse personali, amicali e di contesto ambientale." (dal documento unitario Cgil, Cisl, Uil pensionati)

Si tratta di una condizione non solo fisica, ma anche psichica, cognitiva, sociale e comportamentale. Il trattamento della non autosufficienza dovrà quindi assumere *un carattere dinamico,, multidimensionale, interdipendente*: articolandosi in accompagnamento della storia naturale della età anziana, e non solo offrendo prestazioni sociali, sanitarie e abitative, ma riconoscendo una specifica funzione ai fattori relazionali, psicologici, ambientali.

In altri termini non si tratta di offrire prestazioni rigide e preconfezionate ma di collocare al centro della progettazione del sistema dei servizi la persona e le sue esigenze, per offrire ad essa l'opportunità di vivere nel modo più consapevole, attivo e partecipe possibile. Questo obiettivo si rende perseguibile attraverso la valutazione multidimensionale e la definizione del progetto personalizzato: che oltre a garantire l'adeguatezza delle prestazioni rispetto alle condizioni di necessità assistenziali e di cura, qualifica al tempo stesso le risorse individuali, familiari, di contesto ambientale come essenziali per rispondere alle esigenze delle persone e integrate alle prestazioni e ai servizi garantiti dal pubblico.

Questo per una duplice ragione. Il trattamento per la non autosufficienza se vuole conseguire dei risultati deve necessariamente misurarsi con la storia, le esperienze, le motivazioni, la volontà, le scelte delle persone interessate. E non si tratta solo di aspetti che attengono alla sfera individuale: gli anziani sono una risorsa per la comunità, una vera ricchezza di saperi ed esperienze, soggetti rilevanti per il tessuto di relazione fra generazioni ma anche protagonisti di vere e proprie reti di supporto intra- ed intergenerazionali. Se si affermano diritti di cittadinanza, in grado di investire sulla libertà delle persone e di sostenere l'assunzione di compiti e responsabilità dell'individuo e della società civile, si può infatti rafforzare ed estendere il processo di coesione sociale.

L'assunzione di linee di intervento appropriate e diversificate consente anche di rafforzare gli aspetti di sostenibilità degli interventi per la non autosufficienza. Le dinamiche di crescita della non autosufficienza nei prossimi decenni impongono infatti di valutare l'assoluta rilevanza di un sistema di interventi in grado di *prevenire, rallentare e contrastare* i fenomeni di progressivo decadimento. Ogni risultato in questa direzione, oltre ad affermare concretamente il valore della dignità umana, consente di rallentare la crescita esponenziale dei costi e di imprimere una maggiore efficacia ed efficienza all'utilizzo delle risorse pubbliche.

D'altro canto la definizione del progetto personalizzato consente di attivare insieme alle risorse pubbliche anche quelle individuali, familiari, di volontariato, di reciprocità, che seppure non rilevate e "nascoste", non sono sostituibili e non devono essere sottovalutate e sottostimate anche dal punto di vista finanziario.

Anche sul versante delle prestazioni e dei servizi il progetto personalizzato disegna e organizza un'offerta non rigida, con prestazioni in grado di combinarsi a "mosaico" per aderire, in termini più adeguati e continuativi alle esigenze delle persone, che mutano nel tempo, realizzando in ciò un risultato di efficacia e di efficienza. Si pensi alla possibile interrelazione funzionale fra offerta di servizi domiciliari, centri diurni e strutture residenziali. La estrema scarsità di prestazioni domiciliari già oggi comporta costi finanziari, per ricoveri impropri in struttura, in crescita esponenziale.

Se si assumono questi indirizzi per la progettazione del sistema integrato dei servizi, i diritti da garantire al cittadino, non si riferiranno solo a singole prestazioni, bensì a servizi integrati supportati dalla valutazione multidimensionale e dal progetto personalizzato condiviso, in un'ottica di continuità assistenziale.

Si dovranno pertanto garantire i diritti

- all'informazione,

- alla valutazione del caso individuale/familiare,
- alla definizione di un percorso personalizzato condiviso,
- all'accompagnamento nel percorso stabilito,
- a prestazioni personalizzate nelle diverse componenti di cura, assistenza e sostegno personale e familiare.

2.2. L'integrazione socio-sanitaria – La qualificazione della regolazione pubblica del mercato dei servizi

A proposito dei diritti delle persone anziane ed in particolare di quelle non autosufficienti, occorre richiamare l'insieme delle risorse, dei poteri e delle norme necessari alla concreta realizzazione di tali diritti.

La legge 328/00 e il piano sociale nazionale 2001 – 2003, indicano come costruire i livelli essenziali. Precisamente attraverso:

- la partecipazione attiva delle persone
- la promozione del dialogo sociale e della concertazione
- il potenziamento delle azioni informative e di accompagnamento,
- l'integrazione degli interventi (sociali, sanitari, di avvio al lavoro, formativi, abitativi e di mobilità),
- lo sviluppo della domiciliarità e della deistituzionalizzazione,
- azioni per la diversificazione e personalizzazione dei servizi.

Nel piano sono indicate anche le tipologie (*prestazioni dei livelli essenziali*) dei servizi:

- servizi per l'informazione e consulenza al singolo e ai nuclei familiari
- servizio sociale professionale
- assistenza domiciliare
- servizi di pronto intervento per le situazioni di emergenza
- strutture residenziali e semiresidenziali
- centri di accoglienza e/o diurni a carattere comunitario.

I livelli essenziali indicati dal Piano sono disciplinati dal quarto comma dell'articolo 22 della legge 328/00, laddove viene precisato che ogni "ambito territoriale" individuato dalle Regioni deve offrire tali livelli.

A tale proposito vanno altresì richiamate le norme e i poteri delineati dal decreto legislativo 502/92 "Riordino della disciplina in materia sanitaria" come modificato dal DL 229/99, che definiscono l'integrazione delle prestazioni sanitarie e sociali.

Si può infatti affermare che anche le leggi che disciplinano l'intervento sanitario prevedono che i destinatari dell'assistenza socio-sanitaria sono le persone che presentano bisogni di salute che richiedono prestazioni sanitarie ed azioni di protezione sociale, anche di lungo periodo, sulla base di progetti personalizzati redatti sulla scorta di valutazioni multidimensionali prestate da operatori del sociale e operatori della sanità.

L'impianto programmatico della legge 328/00 e del Piano nazionale 2001-2003, delineano un sistema di *governance* e indicano i punti nevralgici che competono alla responsabilità del pubblico.

- l'accesso ai servizi è presidiato dal pubblico, per garantire equità – qualora nelle more delle risorse finanziarie disponibili si formino liste di attesa – e prestazioni appropriate; nell'organizzazione di Welfare della Regione Marche tale responsabilità compete in particolare alle UVD ed ai Servizi sociali di ambito attraverso le funzioni di informazione, di valutazione e di progettazione; l'informazione sulle liste di attesa viene gestita attraverso la programmazione territoriale integrata come chiave di lettura delle criticità nei sistemi locali di intervento e per la valutazione delle congruità delle risorse assegnate e disponibili e della adeguatezza dei modelli organizzativi e di prestazione;
- nei servizi di informazione il pubblico, con la Carta dei Servizi, è garante della qualità dei servizi forniti dal sistema integrato pubblico-privato; le carte dei servizi definiscono le qualità e gli standard minimi accettabili sotto il profilo strutturale, organizzativo e gestionale, e rappresentano lo strumento di impegno anche relativamente ai tempi di ottenimento previsti per i servizi; le carte dei servizi vengono adottate a livello dei singoli servizi, del distretto, dell'ambito territoriale e della zona sanitaria;
- nella valutazione multidimensionale e nella predisposizione del progetto personalizzato, il pubblico, attraverso le unità funzionali di valutazione (UVD) garantisce la presenza di competenze professionali interdisciplinari, in grado di procedere ad un esame delle risorse attivabili, proprie della persona, delle famiglie, sociali e pubbliche;
- per l'erogazione di prestazioni e servizi domiciliari da parte dei privati, agli enti locali (Regione e Comuni) sono demandate le funzioni di autorizzazione e di accreditamento (art.11 - AIC enti locali e terzo settore) per garantire il controllo e la valutazione della qualità dei servizi e dei risultati raggiunti;

- nel sistema integrato di interventi e servizi sociali, al pubblico (Regione e Comuni all'interno degli ambiti territoriali) è assegnato il compito di determinare l'entità di partecipazione al costo dei servizi da parte dell'utente sulla base delle sue condizioni economico-reddituali.

L'esercizio del ruolo di garanzia da parte del pubblico si esercita a favore dei cittadini e degli stessi soggetti produttori delle prestazioni attraverso le funzioni di accreditamento, valutazione, programmazione e progettazione degli interventi. Tale approccio contrasta evidentemente con l'impostazione di fondo del Libro Bianco sulle politiche sociali presentato dal Ministro per il Lavoro ed il Welfare, che propone viceversa un mercato privo di qualsiasi regolazione. Tutti possono produrre prestazioni sociali: dal singolo privato all'impresa, senza alcuna "regia" da parte del pubblico. Emblematica la questione dell'accesso ai servizi. Nel Libro Bianco si afferma:

"(.....) Nel quadro di servizi liberalizzati introdurre nuove garanzie per l'accesso alle prestazioni da ricompensare sotto la voce di servizio universale, a beneficio del gestore stesso."

In una prospettiva in cui le funzioni di accesso vengono affidate agli stessi produttori di servizi, la questione che si pone è quella delle garanzie per il cittadino, soprattutto per quello fragile e debole.

Ma non è questione che interessi solo il cittadino. Anche il futuro del 3° settore viene investito dalle indicazioni del Libro Bianco del Governo. Il processo di liberalizzazione penalizzerebbe infatti le cooperative sociali, impegnate e orientate a migliorare la loro offerta in termini di prestazioni appropriate, così come richiesto dal regolatore pubblico. Né infine, le linee di liberalizzazione contenute nel Libro Bianco, consentono di affrontare il problema del lavoro sommerso - che è stato definito delle "badanti" - che ci pare non esagerato definire "esplosivo". Indagini svolte a tale proposito indicano questa platea di lavoro precario con scarsa qualificazione, come l'unica risposta attivabile per la non autosufficienza delle persone anziane, per un numero crescente di persone e famiglie, stimabile intorno al 60% della domanda.

Garanzie del cittadino; valorizzazione della presenza del terzo settore; soluzione del problema del lavoro sommerso, appaiono oggi elementi chiave per nuove forme di regolazione del Welfare

2.3. Pluralità di significato del termine "anziano"

Nella Regione Marche vi sono 306.000 persone con più di 65 anni di età, pari al 21,8% della popolazione totale (contro il 18,6% dell'analogo tasso per l'Italia). Le donne vivono in proporzione più a lungo degli uomini. Si tratta di un numero elevato e in continua crescita. Sono percentuali fra le più alte in Italia e in Europa che rendono l'immagine di una Regione nella quale si vive a lungo.

Un terzo della vita trascorre nella condizione di persona anziana. Questa inedita opportunità, può essere colta come occasione per una "nuova stagione di vita". Occorre quindi riferirsi al termine "anziano" avendo consapevolezza della sua pluralità di significato. Una quota significativa di anziani è relativamente "giovane" e "attiva" non solo nella loro personale trama relazionale ma anche, benché con visibilità minima, nella trama sociale e, spesso, in termini di solidarietà economica e finanziaria, danno corpo all'ormai consueta affermazione dell'anziano come "risorsa sociale".

Non c'è niente di naturale nella solitudine degli anziani. L'isolamento non è il frutto di una loro inclinazione, ma è il portato di barriere sociali che possono essere rimosse. Serve sviluppare il confronto culturale in ordine al patrimonio di esperienza, conoscenza, cultura delle persone anziane, valorizzando quanto di esso può rappresentare un bagaglio prezioso per le successive generazioni.

La sfida che ci sollecita il potenziale presente nelle persone anziane è capire come si possano favorire processi e percorsi nei quali l'età anziana sia pensata e vissuta come età da scoprire e da inventare, nella quale ridare spazio alla creatività e dove possano essere progettate la formazione continua, l'organizzazione del proprio tempo per sé o come scelta di impegno da condividere con altri.

2.4. Un patto fra generazioni

L'allungamento del tempo di vita fa sì che alla singola persona e alla società si ponga il problema e l'opportunità di ripensare questa età, sia sul piano dell'organizzazione della vita quotidiana che della qualità delle relazioni sociali.

Sono in atto profondi mutamenti nei modi di produrre e di consumare, nelle relazioni familiari, individuali e sociali. La transizione demografica è un aspetto rilevante e delicato dei processi di convivenza e non può essere delegata alla sola e indispensabile responsabilità individuale.

Il senso di appartenenza, la domanda di partecipazione e le condizioni per l'auto-realizzazione non sono scontate e non rispondono a modelli consolidati nel tempo.

Ciò vale per tutte le generazioni. Non serve agitare l'ipotesi di uno scontro generazionale cui non faccia seguito un'azione culturale e di governo. Servono progetti che si propongano di motivare quel "senso dell'esserci", politiche mirate volte a strutturare gli ingredienti basilari della identità, comunità di intenti, solidarietà per il presente e per le generazioni future.

Promuovere la comunicazione, la reciprocità - fra persone anziane valorizzate per il loro sapere sociale - e soggetti ed istituzioni impegnati nella realizzazione di progetti per la qualità sociale, significa contribuire allo "scambio" generazionale, valorizzare il potenziale positivo di ciascuna età della vita, offrire e cogliere opportunità di interesse generale per la società.

Aprire una "società per tutte le età" - come ci suggeriva il motto dell'anno internazionale per l'anziano indetto dall'Onu nel 1999 - nel rispetto di tutti i suoi membri, evitando le emarginazioni e rimuovendo gli ostacoli che impediscono la dignità, l'autorealizzazione e il benessere personale.

2.5. La valorizzazione della "risorsa" anziani

Le città, i territori delle Marche possono diventare un "luogo" nel quale, oltre che esprimersi una pluralità di domande e di bisogni, siano valorizzate le risorse umane, progettuali, intellettuali di una pluralità di soggetti. Le persone anziane possiedono risorse proprie. Sono le capacità e le competenze accumulate dalle persone nel volgere di generazioni (fattori relazionali, energie personali, attitudini di vita e competenze professionali). Sono i "saperi di una vita".

Già oggi il tessuto pluralista della società civile (organizzazioni, associazioni, volontariato) promuove pregevoli iniziative che valorizzano l'espressione ed il ruolo delle persone anziane. Ma tali iniziative non sono diffuse in tutto il territorio, parte di esse restano legate a sensibilità individuali e soprattutto non vengono tesaurizzate.

Gli attori pubblici e gli attori sociali, possono proporsi di farne patrimonio e di incrementarlo creando, insieme, nuove opportunità. La Regione Marche con il progetto "Anziani come risorsa" offre spazio e ruolo alle persone anziane e alle loro organizzazioni, affinché concorrano a pieno titolo e assumano inedite responsabilità nelle iniziative per la qualità sociale.

Il provvedimento è infatti destinato a sostenere sia dal punto di vista finanziario che attraverso altre facilitazioni da parte degli enti locali, progetti costruiti con il concorso delle persone anziane, dei cittadini, degli operatori sociali e culturali, del volontariato, delle organizzazioni sindacali, delle associazioni sociali e culturali, delle fondazioni, delle Ipub, dei Comuni e delle Province.

2.6. Sviluppare la rete della solidarietà.

L'urgenza maggiore appare oggi quella di sviluppare un sistema di rete che organizzi la solidarietà comunitaria ed istituzionale per offrire una prospettiva di sostegno e di accompagnamento rispetto ai cicli di vita individuali e familiari, affiancandoli in particolare nei momenti di crisi e di difficoltà; allo stesso tempo occorre avviare ed articolare un ripensamento, a partire dalla individuazione di criticità, di come funzionino i meccanismi di regolazione sociale generale (la qualità e la sicurezza degli spazi urbani, i servizi commerciali, i rapporti tra cittadinanza e pubblica amministrazione, l'accessibilità dell'informazione, ecc.) per potenziare i fattori di inclusione, di produzione di senso sociale, di stimolo della solidarietà comunitaria.

2.7. Sviluppare le funzioni di sostegno alla famiglia e alla vita indipendente dell'anziano.

Le famiglie incontrano oggi una serie di difficoltà nello svolgere un ruolo di sostegno all'anziano, che derivano da una profonda ristrutturazione delle funzioni sociali sulle quali incidono:

- la crescente (e condivisibile) partecipazione femminile al mercato del lavoro, che finisce col sottrarre i soggetti tradizionalmente impegnati nei compiti di cura familiare anche dell'anziano non autosufficiente;
- l'innalzamento dell'età minima per il pensionamento, realizzatosi già a partire da qualche anno ma previsto in ulteriore crescita nel prossimo futuro: anche questo fattore eserciterà una tendenza alla contrazione del potenziale di cura familiare, soprattutto in Italia, dove molti lavoratori in passato si sono potuti ritirare dal lavoro ad età relativamente basse;

- lo scarso riconoscimento sociale (al riguardo si parla di “invisibilità sociale”) dell’attività di cura in sé: alla stregua di quanto si verifica per altri lavori ritenuti poco gratificanti, ciò rende poco “appetibile” l’attività di cura per gli anziani, non solo per i familiari, ma anche per gli operatori pubblici e del mercato, favorendo il ricorso a soluzioni in nero (si pensi al fenomeno delle “badanti”);
- le trasformazioni sociali e demografiche che stanno portando ad un cambiamento della struttura familiare anche nelle Marche (soprattutto nelle aree urbane), con un conseguente aumento di anziani che vivono soli o in coppia ed un calo delle capacità assistenziali famigliari, tipiche della convivenza di più nuclei;
- un cambiamento di ordine culturale nella gestione dei problemi relativi alla salute ed al benessere, che porta alla ricerca di soluzioni di carattere specialistico, globale e professionalizzato.

Da questi fattori deriva una crescente difficoltà, per molti nuclei familiari, a far fronte alle esigenze assistenziali dei propri componenti anziani; difficoltà che finisce per trasformare molti *care-giver* (coloro che prestano attività di cure) in “seconde vittime” delle patologie sofferte dall’anziano, con fenomeni di forte stress, carico assistenziale insostenibile e problemi di conciliabilità tra attività lavorative e responsabilità di cura.

Le implicazioni connesse al maggior impegno delle donne e delle persone meno giovani nel mercato del lavoro sono poi particolarmente presenti nelle Marche, anche per l’elevato tasso di attività che ne caratterizza la popolazione; sebbene la forte diffusione di aziende a conduzione familiare abbia potuto in qualche modo finora consentirne l’impatto sulla riduzione dei tempi dedicati alla vita familiare.

3. L’impostazione del progetto

Le strategie di sviluppo di una politica per gli anziani nella Regione Marche si costruiscono a partire da due assunti fondamentali che riguardano:

- da una parte l’inserimento delle politiche di settore all’interno di una programmazione sociale territoriale più complessiva, finalizzata alla elaborazione di Piani comunitari della salute da parte degli enti locali e delle zone territoriali in maniera congiunta e condivisa con gli attori sociali territoriali;
- dall’altra definendo i contenuti di un intervento che individua nell’anziano una risorsa in quanto cittadino che a tutti gli effetti partecipa alla vita delle comunità locali.

Questo assunto politico di fondo ha portato la Regione ad individuare alcuni obiettivi precisi sui quali si sta creando un intenso lavoro di integrazione socio-sanitaria. Le prospettive di costruzione di una politica per gli anziani quindi sono fortemente collegate con la elaborazione congiunta degli strumenti di programmazione regionale, sia sanitaria che sociale, tanto generali (Piano Sanitario e Piano Sociale) che specifici (normativa sulle autorizzazioni all’esercizio dei servizi, progetti di intervento settoriale, collaborazione tra direttori di distretto e coordinatori di ambito).

La costruzione di una politica complessiva per la qualità della vita degli anziani, all’interno del processo di riorganizzazione e ripensamento del Welfare regionale avviato in questi anni non porta peraltro a sottovalutare l’urgenza di dare risposte alla questione della non autosufficienza in età anziana: promuovendo interventi di prevenzione, di promozione della salute, di sostegno all’individuo ed alle famiglie.

Al riguardo si evidenziano alcune priorità strategiche:

- Il sostegno e lo sviluppo di azioni a favore degli anziani non autosufficienti dovranno necessariamente integrarsi con quelli destinati agli anziani autosufficienti. “Cerniera” tra i due momenti di intervento diventa il tema della **prevenzione** quale strumento per sostenere l’autosufficienza e per garantire all’anziano una **vita indipendente più lunga possibile** e la garanzia ad una buona qualità di vita;
- Promuovere ed incentivare le politiche sociosanitarie a favore di “progetti di integrazione” che vedano “necessariamente” come protagonista **il territorio**: luogo di emersione e lettura dei problemi, di sviluppo degli interventi, di localizzazione delle risorse;

- Recuperare **risorse economiche** da utilizzare sempre più in questo versante, con l'attivazione oltre che della rete dei servizi e operatori specializzati, delle **risorse di cittadinanza**;
- Promuovere da parte della pubblica amministrazione e dei soggetti qualificati momenti di **"guida formativa e di accompagnamento"** a sostegno di nuovi strumenti da potenziare e attivare;
- Attivare **strumenti** e individuare **luoghi di informazione chiari ed accessibili**, coinvolgendo in particolare le diverse organizzazioni associative ed aggregative.

3.1. Accompagnare la storia naturale dell'età anziana

Abbiamo già sostenuto che occorra muovere a partire dal riconoscimento dell'esistenza di *diverse condizioni anziane*. Le variabili sociali, economiche, culturali; le differenze di comportamento e le scelte; la presenza o meno di un tessuto di solidarietà familiari o relazionali; gli eventi critici di salute; le diverse opzioni relative alla abitazione: sono tutti elementi che condizionano il *come* si diventa anziani, nella più ampia imprescindibilità del naturale processo di invecchiamento che interessa la popolazione nel suo insieme. A queste considerazioni, relative ai percorsi individuali, devono inoltre aggiungersi quelle relative a movimenti più ampi per cui le diverse coorti di età invecchiano secondo modalità affatto particolari e in continua evoluzione. A queste osservazioni si associano due implicazioni operative. La prima, relativa alla necessità di contrastare il rischio "non autosufficienza" intervenendo a sostegno del ruolo e della condizione anziana prima che esso si manifesti; la seconda, attinente alla necessità ed alla utilità di valorizzare gli interventi di riduzione, di cura e di assistenza della non autosufficienza attraverso progetti personalizzati e sensibili al contesto relazionale e sociale dell'anziano.

In senso ancor più generale, il riconoscimento di diverse condizioni anziane può contribuire ad *orientare il percorso di riqualificazione e ri-orientamento del sistema* degli interventi assistenziali e di cura. Questo perché non solo affrontando organicamente i problemi della popolazione anziana si chiarificano alcuni passaggi di metodo organizzativo utili o addirittura essenziali per la qualificazione dell'intero sistema del welfare (l'integrazione, i rapporti tra pubblico e privato, l'adozione del metodo della valutazione e della progettazione personalizzata), ma anche perché appare evidente che alcune risposte sono possibili solo attraverso interventi di regolazione di carattere generale che riguardano le diverse politiche dell'ambiente, dei tempi e degli orari, della sicurezza, dei servizi per la famiglia, ecc.

Tali implicazioni generali muovono anche dal non considerare la popolazione anziana come un unico gruppo sociale caratterizzato da problemi generici ed indistinti. In prima approssimazione occorre infatti riconoscere la presenza di condizioni di maggior disagio o difficoltà per alcuni anziani: isolamento, invalidità, precarietà economica, non autosufficienza. Condizioni queste alle quali va attribuita una priorità alta ed inequivocabile nell'indirizzo delle risorse di Welfare, sia sotto il profilo etico e solidaristico, sia tenendo conto di quanto ampiamente, in carenza di interventi efficaci, si distribuiscano i costi sociali a carico delle famiglie, delle comunità locali, delle organizzazioni di servizio.

Al tempo stesso va riconosciuto che la gran parte della popolazione anziana affronta senza particolari traumi i problemi di riorganizzazione che derivano dal pensionamento, dalla riorganizzazione della struttura familiare, dal progressivo processo di uscita dai flussi principali della comunicazione sociale, e così via. Fenomeni questi che rischiano spesso di tradursi non solo in *allontanamento e marginalizzazione degli anziani*, ma effettivamente in maggiori *difficoltà di accesso alle risorse per la qualità della vita* (servizi, informazioni, opportunità di diverso genere), riducendone quindi i diritti di cittadinanza e mettendone in crisi le capacità di mantenimento di ruolo e di impegno rispetto alle strutture sociali. L'organizzazione sociale si ristruttura costantemente incrementando i contenuti tecnologici, procedendo a specializzazioni progressive delle funzioni; ricorrendo agli strumenti della standardizzazione -spesso quindi di tipo impersonale- nella definizione delle regole di comunicazione e di garanzia; modificando di volta in volta i propri contenuti, tempi, luoghi e anche sistemi simbolici. Il contrasto di questo processo di superamento e delle regole e degli strumenti precedenti può essere messo sotto controllo, anche se non completamente governato. In questo senso diviene essenziale agevolare, indirizzare e promuovere il raccordo tra le diverse risorse che contribuiscono alla qualità della vita, individuando le componenti sostanziali e marginali che possono contribuire alla facilitazione dei processi di inclusione e di mantenimento/recupero di ruolo sociale della popolazione anziana, abbattendo o riducendo i fattori di esclusione da un lato, e creando nuovi spazi di cittadinanza dall'altro.

Ma altrettanto importante diventa procedere al raccordo e alla qualificazione del sistema dei servizi con l'obiettivo primo di rendere più evidente e trasparente quali siano i meccanismi e le regole di accesso: primo passo questo per una effettiva maggiore semplificazione delle possibilità di fruire di servizi e prestazioni di assistenza e di cura. Definire e sostenere i processi di integrazione delle risorse e di facilitazione e qualificazione degli accessi, in una prospettiva di *complessiva riconfigurazione dei rapporti tra Pubblica Amministrazione, servizi e cittadini*, diventa un impegno complessivo. Sviluppare e valorizzare il senso di appartenenza alla comunità locale e regionale, favorire e dare significato alla partecipazione, recuperare e sostenere le capacità degli individui, delle famiglie e dei gruppi sociali diventa uno strumento attraverso il quale riscoprire le effettive necessità e qualificare i bisogni e la domanda sociale, permettendole di indirizzarsi correttamente verso le migliori soluzioni possibili.

L'obiettivo, più volte richiamato nella programmazione regionale, della centratura del sistema di Welfare sui bisogni dell'individuo e delle comunità può delinearsi a partire dalla considerazione degli eventi che segnano e caratterizzano il divenire anziano. La traduzione di questo obiettivo in prassi programmatoria determina uno schema di riferimento per la redazione del progetto anziani articolato sulla base della identificazione delle fasi e degli eventi che caratterizzano la storia naturale della età anziana.

Nei due schemi seguenti vengono individuati:

- innanzitutto le fasi e gli episodi salienti tipici del ciclo di vita dell'anziano, gli eventi associati, le risorse ed i fattori che possono fungere da sostegno al mantenimento dell'autonomia individuale e familiare, i problemi e le criticità che possono limitare la funzionalità degli stessi, le risorse e le solidarietà che possono contrastare tali criticità, ed infine gli obiettivi che ispirano l'azione progettuale.
- Gli stessi obiettivi vengono quindi modulati definendo quali siano i soggetti chiamati a darvi risposta; con quali ruoli, quali funzioni e quali strumenti.

Modulazione dell'accompagnamento alla storia naturale dell'età anziana

Fasi ed episodi di vita	Eventi associati	Fattori / risorsa di sostegno della autonomia	Problemi e criticità	Risorse e solidarietà da attivare	Gli obiettivi
Fasi precedenti al pensionamento	Ridefinizione dei rapporti intergenerazionali e delle prospettive di sviluppo individuali	- contesti lavorativi - ambiti scolastici - campagne educative sui media	- discriminazione dei lavoratori più anziani - discriminazioni in generale basate sull'età	- progetti per migliorare l'immagine dell'età anziana - progetti per favorire i rapporti intergenerazionali	- combattere possibili tendenze alla discriminazione nei confronti delle generazioni più anziane (sul lavoro e non) - sostenere le relazioni intergenerazionali
Pensionamento, ritiro dal lavoro	Ridefinizione: - della vita familiare - della vita sociale - della posizione di reddito - riduzione dei circuiti informativi	- struttura familiare - reti di relazione - interessi e capacità - presenza di servizi	- scarsa opportunità di ruolo attivo per gli anziani - difficoltà a realizzare azioni di solidarietà attiva	- progetti per l'anziano attivo - spazi di solidarietà auto-organizzata - spazi di ascolto - possibilità di partecipazione - programmi di vivibilità urbana	- Incremento delle possibilità di vita attiva - Qualificazione degli spazi urbani per la sicurezza e la fruibilità - Qualificazione della accessibilità dei servizi
Modificazioni della struttura familiare	- Perdita dei riferimenti primari (vedovanza, costituzione di nuclei familiari autonomi da parte dei figli) - Difficoltà di organizzazione quotidiana	- reti di relazione - capacità organizzative - capacità informative	- scarsa attenzione sociale - difficoltà di organizzazione di servizi di sostegno "leggeri"	- sviluppo di forme di sostegno "leggero" - promozione delle funzioni informative - promozione dell'aiuto informale	- Sviluppo delle funzioni di sostegno alla famiglia - Qualificazione della accessibilità dei servizi
Eventi Critici di ordine socio-sanitario	- Malattie - Incidenti - Invalidità - Traumi psicologici	- struttura familiare - reti di relazione informali - servizi di supporto sanitario	- scarsità delle informazioni - difficoltà ad organizzare interventi domiciliari temporanei - scarse risorse per la riabilitazione - scarse attività di prevenzione	- incremento della responsabilità comunitaria - disponibilità di interventi domiciliari temporanei - potenziamento delle funzioni di prevenzione e riabilitazione - sviluppo di servizi di ascolto	- Sviluppo delle funzioni di sostegno e degli interventi di sollievo alla famiglia - Qualificazione della accessibilità dei servizi - Incremento dei programmi di prevenzione

Fasi ed episodi di vita	Eventi associati	Fattori / risorsa di sostegno della autonomia	Problemi e criticità	Risorse e solidarietà da attivare	Gli obiettivi
Altri eventi critici	▪ Difficoltà finanziarie ▪ Difficoltà di rapporto con le strutture di servizio e la pubblica amministrazione.	▪ Reti di protezione autonome ▪ Disponibilità informative	▪ Anelasticità degli interventi ▪ Scarsa conoscenza delle risorse socio-sanitarie	▪ Sviluppo del livello organizzativo della emergenza sociale ▪ Sviluppo delle funzioni di facilitazione dell'accesso alla rete dei servizi	▪ Sviluppo delle funzioni di sostegno e degli interventi di sollievo alla famiglia ▪ Qualificazione della accessibilità dei servizi
Progressiva perdita delle capacità di autosufficienza	▪ Perdita della autonomia organizzativa ▪ Difficoltà di movimento esterno ▪ Insicurezza ▪ Difficoltà della famiglia	▪ struttura familiare ▪ reti di relazione informali ▪ servizi di supporto sanitario ▪ strumenti di sostegno alla famiglia ▪ qualità dell'ambiente urbano e della casa	▪ Rigidità dell'organizzazione dei servizi ▪ Scarsa attenzione alla famiglia ▪ Scarsi interventi di prevenzione secondaria ▪ Necessità di sviluppare le funzioni di valutazione ▪ Ostacoli alla mobilità	▪ Politiche di sostegno delle funzioni familiari ▪ Programmi di accompagnamento ▪ Sviluppo di servizi "normali" per il sostegno della domiciliarità ▪ Interventi per la sicurezza domestica ed extra-domestica ▪ Interventi per la mobilità	▪ Sviluppo delle funzioni di sostegno alla famiglia ▪ Qualificazione della accessibilità dei servizi ▪ Incremento dei programmi di prevenzione ▪ Incremento delle funzioni di valutazione ▪ Miglioramento della accessibilità e della fruibilità ambientale
Non autosufficienza	▪ Problemi dell'individuo ▪ Problemi della famiglia	▪ Strutture familiari ▪ servizi di supporto sanitario ▪ strumenti di sostegno alla famiglia ▪ strutture residenziali e semiresidenziali (Centri diurni)	▪ Mancanza di strumenti per il sostegno della famiglia ▪ Incompleto sviluppo delle funzioni e dei servizi domiciliari e territoriali ▪ Incompleta finalizzazione delle risorse di servizio, in particolare di quelle residenziali	▪ Interventi a sostegno delle funzioni familiari ▪ Politiche di conciliazione tempi di cura e tempi di lavoro ▪ Programmi per l'assistenza domiciliare del non-autosufficiente ▪ Assegno servizi ▪ Interventi di sollievo ▪ Programmi di assistenza domiciliare e territoriale ad alta intensità. ▪ Completamento della rete delle residenze.	▪ Sviluppo delle funzioni di sostegno alla famiglia ▪ Qualificazione della accessibilità dei servizi ▪ Incremento delle funzioni di valutazione ▪ Sviluppo e monitoraggio dell'efficacia ed efficienza dei piani di assistenza individuali e dei profili di assistenza ▪ Qualificazione della rete dei servizi territoriali domiciliari e residenziali

Modulazione rispetto agli obiettivi del progetto anziani

Obiettivi	Soggetti	Ruoli	Funzioni	Strumenti
Incremento delle possibilità di vita attiva	Ambiti territoriali	Sviluppo di programmi integrati	Individuazione linee di progettazione locale	DGR anziani risorsa; Piani di Zona; PAT
Qualificazione della accessibilità dei servizi	Ambiti territoriali Distretti sanitari	Programmazione territoriale	Sviluppo degli UPS e del Segretariato di Servizio Sociale professionale Sviluppo funzioni di Sportello salute	Strumenti di Pianificazione regionale e locale: PRSIS; PRS; PDZ; PAT
Incremento delle funzioni di valutazione	Ambiti territoriali Distretti Sanitari	Competenze in merito ai servizi	Raccordo valutativo e programmatorio	UVD; linee guida; profili di assistenza
Qualificazione degli spazi urbani per la sicurezza, la fruibilità e la mobilità	Comuni Ambiti territoriali Soggetti sociali	Competenze e saperi specifici	Definizione di mappe di rischio Programmi di qualificazione	Strumenti di programmazione urbanistica e sociale

Obiettivi	Soggetti	Ruoli	Funzioni	Strumenti
Sviluppo delle funzioni di sostegno alla famiglia	Ambiti territoriali Distretti sanitari Enti locali Organizzazioni del lavoro	Competenza sui servizi Competenza sulle scelte della P.A. Scelte relative ai tempi di lavoro	Progettazione servizi Rimodulazione tempi della città e accessibilità dei servizi Scelte relative ai tempi di lavoro	Servizi di sollievo Servizi domiciliari Interventi per la conciliazione tempi di cura – tempi di lavoro – tempi della città
Incremento dei programmi di prevenzione	Distretti sanitari Ambiti territoriali	Programmazione degli interventi Diffusione delle informazioni	Definizione di programmi coordinati	Strumenti di informazione, monitoraggio, check; programmi specifici per la sicurezza domestica, del movimento, della alimentazione
Qualificazione della rete dei servizi territoriali, domiciliari e residenziali	Regione ASL Distretti sanitari Ambiti territoriali	Indirizzi normativi e di regolamento Monitoraggio su scala locale	Definizione di profili Sviluppo delle funzioni di valutazione	Profili di assistenza Definizione dei percorsi di cura Progettazione personalizzata Sviluppo delle funzioni specifiche di sistema informativo Sviluppo di soluzioni di gestione integrata dei servizi e delle risorse.

4. Gli strumenti: priorità di trasformazione

4.1. Un modello organizzativo basato sui bisogni: la centralità dei percorsi di cura e di assistenza

L'impegno a qualificare il sistema dei servizi di Welfare si è orientato secondo alcune parole chiave quali: rete, centratura sui bisogni, valutazione, personalizzazione. Si tratta di assunti metodologici importanti, che rischiano però di essere svuotati di senso concreto, o di irrigidirsi in formalismi, se non affrontati pensando il sistema dei servizi da parte del cittadino.

La metodologia proposta per la definizione di un modello organizzativo a favore degli anziani non autosufficienti prende le mosse da alcune constatazioni basilari. Occorre infatti provvedere un sistema funzionale che consenta:

- ♦ Di individuare con semplicità ed esattezza le porte ed i meccanismi di accesso ai servizi;
- ♦ Di poter definire chi è il responsabile dei processi di cura ed assistenza
- ♦ Di poter elaborare dei veri e propri progetti di intervento che tengano conto non solo dei problemi e delle difficoltà del cittadino, ma anche delle sue risorse e delle sue capacità di far fronte ai problemi stessi;
- ♦ Di verificare che cosa succede una volta avviato un percorso assistenziale
- ♦ Al tempo stesso di verificare le utilità e le compatibilità sociali che si associano ai singoli interventi.

Si tratta quindi di definire un modello organizzativo che sia di semplice accesso e comprensione; responsabile e collaborativo nei confronti dell'utente; integrato in modo da coordinare le diverse risorse presenti per poter predisporre dei pacchetti differenziati e flessibili in relazione alle specifiche condizioni dell'utente.

4.2. L'accesso unico al sistema dei servizi

- Un elemento organizzativo su cui la Regione intende investire per sostenere il processo di integrazione/partecipazione alla elaborazione delle strategie di benessere è quello della creazione e della messa in funzione di accessi unici alla rete dei servizi sociali e sanitari a livello di distretto/ambito territoriale, sulla base di apposite linee guida regionali. In questa prospettiva le indicazioni dei due Piani regionali concordano prevedendo: a) la creazione di Sportelli della Salute, vere e proprie "Accettazioni territoriali", intesi come finestra attraverso la quale il cittadino accede non solo ai servizi distrettuali, ma alla rete generale dei servizi sanitari e viene preso in carico dagli stessi; b) l'avvio degli Uffici di Promozione Sociale, intesi a loro volta come servizi-funzione presenti sul territorio finalizzati a promuovere e supportare l'azione di rete; c) il raccordo tra i due servizi e tra questi e le diverse funzioni informative pubbliche e di terzo settore già presenti nel territorio (URP degli Enti Locali e delle ASL, Servizi Sociali di Base, Patronati sindacali, Sportelli informativi destinati a specifiche categorie di utenti), a configurare una integrazione delle funzioni di accesso alla rete del Welfare territoriale e Regionale. L'avvio di questo "accesso unico", di comune accordo anche con le altre realtà territoriali che svolgono mansioni simili, comporterà una più efficace e diffusa risposta ai bisogni del cittadino.

Per favorire e accelerare in maniera decisiva questo percorso occorre:

- sviluppare la **programmazione locale**, attraverso la maturazione dei momenti topici dell'attività manageriale, caratterizzati dalla funzione di committenza e di coordinamento della produzione. Tale percorso presuppone il puntuale esercizio della:
 - ♦ *Programmazione organizzativa*, che attraverso la definizione del budget di distretto consenta di rendere esplicita la committenza, intesa come la definizione quali-quantitativa dei servizi necessari per rispondere ai bisogni di salute della popolazione. A tal fine risulta pertanto necessario integrare i processi di committenza socio-sanitaria, per addivenire alla definizione di un **budget "non virtuale"** che consenta alla comunità locale una più incisiva partecipazione al processo di programmazione (Piani di zona) e controllo delle risorse allocate nell'ambito territoriale integrato (distretto-ambito sociale) (Bilancio sociale);
 - ♦ *Programmazione operativa*, che attraverso la definizione di piani lavoro coerenti con i volumi quali-quantitativi stabiliti in sede di programmazione organizzativa, consente di adeguare l'allocazione delle risorse (che nei servizi territoriali è quasi esclusivamente umana) in forma speculare ai bisogni attesi. A tal fine è necessario che a livello locale possa concretizzarsi l'unificazione socio-sanitaria della programmazione operativa, rendendosi quindi occorrente la

comunanza lavorativa dei direttori di distretto e dei coordinatori di ambito sociale. In tal modo si potrà procedere all'applicazione coordinata e coerente delle indicazioni del PSR e del PSA in merito all'**integrazione socio-sanitaria**, che ha i suoi strumenti operativi più qualificanti nello sviluppo delle funzioni di accesso, valutazione e presa in carico, e tra quelli di governo i Piani territoriali ed il Bilancio Sociale di Area, strumento di trasparenza e di verifica che consente la partecipazione e la concertazione degli impegni per il Welfare.

- È oltretutto necessario attivare con i medici di medicina generale di tutto il territorio regionale un percorso che riconduca alle cure primarie la responsabilità di: dare una risposta esaustiva al bisogno assistenziale della cronicità, e quindi inserire il MMG quale interprete attivo nella selezione dei bisogni sanitari ed in una relazione di reciproco sostegno ed affiancamento rispetto alle componenti di servizio sociale; selezionare percorsi assistenziali adeguati al livello di bisogno; coordinare le procedure per l'accreditamento delle strutture socio-sanitarie integrate, istituendo dei riferimenti univoci.

4.3. Struttura dei percorsi assistenziali

La definizione dei percorsi assistenziali e di cura sarà oggetto del lavoro di un gruppo tecnico costituito presso il Dipartimento Regionale dei Servizi alla Persona e alla Comunità, coinvolgendone i Servizi Sanità e Servizi Sociali. Il gruppo di lavoro predisporrà una prima bozza, differenziata in ragione di diverse situazioni, a partire da quelle indicate come aree a forte integrazione socio-sanitaria dal D.Leg.vo229 e dal successivo DPCM 14/2/2001.

E' fin d'ora possibile individuare quali siano le componenti strutturali per la definizione dei percorsi, e quali ne siano i riferimenti principali.

- **L'accesso ai servizi**, che dovrà avvenire di norma per tramite delle componenti istituzionali degli UPS e degli Sportelli per la salute: il Servizio Sociale di Ambito (per i servizi sociali) e il MMG (per i servizi sanitari); per l'accesso ai servizi ed agli interventi socio-sanitari è necessario il passaggio attraverso la valutazione e la progettazione di percorso della Unità Valutativa Distrettuale.
- **Una prima verifica**, di competenza dell'operatore di base (Servizio sociale di ambito o dei Comuni, UPS o MMG) tesa ad accertare in prima istanza se sussistano le condizioni generali per l'intervento dell'UVD. Queste devono essere accertate attraverso la valutazione della complessità delle condizioni dell'anziano, in caso di compresenza di fattori di limitazione di ordine funzionale (malattia, cronicità, invalidità o disabilità) e socio-relazionale (assenza di validi supporti familiari, problemi di reddito)

Il canale di accesso ai servizi e conseguentemente la competenza per la verifica della necessità di attivare l'UVD va differenziato in ragione delle condizioni in cui si prospetta la necessità di intervento.

- ♦ In fase acuta
 - Se l'emergenza critica è di pertinenza sanitaria, è' il medico di Medicina Generale a disporre gli interventi diagnostico terapeutici del caso.
 - Se si tratta invece di emergenze domiciliari (relative all'abitazione, al reddito, alla famiglia, ecc.) è il livello organizzativo della Emergenza Sociale ove istituito (L.328/00 art. 22 comma 4) o Servizi Sociali comunali in collaborazione con il Servizio Sociale Professionale che interviene con provvedimenti di urgenza.
- ♦ In fase post – acuta

In seguito a malattie o interventi in regime di degenza ospedaliera che determinino una situazione di temporanea o prolungata non autosufficienza, richiedendo interventi di riabilitazione, terapie o interventi di mantenimento, o interventi di sostegno nelle attività quotidiane, il percorso è il seguente:

- L'ospedale o l'azienda ospedaliera al momento dell'accettazione di un paziente anziano, qualora il ricovero non sia avvenuto su richiesta del MMG, ne informa lo stesso. Se in prossimità della dimissione si presenta la necessità di attivare interventi di sostegno, di accompagnamento o di riabilitazione, l'ospedale ne avanza segnalazione al MMG, che

provvede ad attivare gli uffici distrettuali e dell'ambito territoriale, e nel caso a richiedere la convocazione della UVD.

- Qualora le condizioni che motivano la richiesta di interventi socio-sanitari di mantenimento, di riabilitazione o di accompagnamento siano conseguenti a malattie trattate a domicilio, è ancora il MMG che richiede la convocazione dell'UVD.
- Qualora si tratti di interventi da erogare urgentemente, il MMG richiede le prestazioni necessarie a breve tempo attraverso le funzioni dello Sportello della Salute, l'UPS o comunque attraverso gli uffici distrettuali in raccordo con il Servizio Sociale professionale dei Comuni.

♦ In fase non acuta o cronica

L'operatore di base (Assistente Sociale o MMG) che riceve la richiesta di prestazioni socio-sanitarie di mantenimento, accompagnamento o riabilitazione, o che comunque accerta la necessità di interventi complessi per persone anziane, richiede, attraverso la segreteria, la convocazione dell'UVD per la valutazione del caso e la progettazione del percorso assistenziale.

- **La valutazione.** Fatte salve le situazioni urgenti, gli interventi di assistenza e di cura socio-sanitari vengono disposti sulla base della formulazione di una valutazione a cura dell'UVD. Questa si compone nella sua configurazione minima del Medico di distretto, MMG, Infermiere professionale, Assistente Sociale dell'Ambito Territoriale e generalmente il Geriatra (P.S.R. 2003/2006 pag. 81), ognuno dei quali ha facoltà di richiedere l'intervento di specialisti delle discipline sanitarie (su richiesta del MMG) o sociali (su richiesta dell'A.S.). L'UVD si avvale di strumenti di: valutazione clinico-funzionale; strumenti ADL e IADL; Scheda di valutazione sociale; inoltre, se necessario, di mini mental test. Appare anche opportuno adottare su base sistematica strumenti in grado di individuare con tempestività i nuclei famigliari a maggior rischio di "stress assistenziale", onde poter adottare interventi di sollievo e sostegno di quei caregiver, al fine di ridurre il rischio di istituzionalizzazione e mantenere gli interventi a favore dell'anziano non autosufficiente il più possibile in regime di domiciliarità
- **Costituzione delle UVD.** Le modalità organizzative dell'UVD sono quelle già indicate nelle linee guida per l'ADI, ma deve essere confermata e rafforzata nel ruolo la presenza delle componenti di servizio sociale.
 - **Quando è necessario il passaggio attraverso l'UVD.** L'UVD è responsabilmente attivata dagli operatori di base (MMG o Assistente Sociale) quando si rende necessaria una valutazione di tipo specialistico in presenza di situazioni complesse.
- **La progettazione – percorso.** L'esito della valutazione prodotta dalla UVD si sostanzia in:
 - punteggio di non autosufficienza
 - valutazione multidimensionale che orienta la richiesta di prestazioni ed al tempo stesso la definizione del regime (setting operativo) più idoneo alle esigenze dell'utente
 - valutazione delle capacità assistenziali da parte del nucleo famigliare (Indice COPE o simili), al fine di verificare la consistenza della rete di supporto.
 - compete ai servizi sociali di comuni dell'ambito territoriale l'accertamento delle condizioni ISEE.

Il progetto stilato dall'UVD definisce il percorso di assistenza e di cura, le figure responsabili, i servizi che provvedono alle prestazioni, la durata del percorso stesso.

- **Il monitoraggio** dei percorsi assistenziali. Il progetto definisce altresì i tempi e le responsabilità di monitoraggio del percorso assistenziale e le scadenze di conferma o di revisione del percorso stesso.
- **Il ventaglio dei servizi.** Individuate le necessità terapeutico-assistenziali, l'UVD definisce, sulla base della valutazione del profilo di autonomia individuale, di autonomia sociale e considerando le risorse effettivamente disponibili, il più corretto regime di erogazione delle prestazioni necessarie. Le prestazioni necessarie possono essere fornite anche da produttori diversi, spettando alla UVD la proposta e la

verifica della integrazione tra i soggetti delle prestazioni assistenziali e di cura. Essendo il mantenimento a domicilio dell'anziano un obiettivo prioritario della programmazione regionale, l'UVD, avvalendosi soprattutto della componente sociale, attiva gli strumenti di sostegno, di sollievo e di affiancamento del nucleo familiare che possono favorire l'erogazione delle prestazioni in regime di domiciliarità, senza per questo compromettere la stabilità psico-fisica dei famigliari maggiormente impegnati nell'assistenza all'anziano non autosufficiente.

Giacché il progetto assistenziale definisce un percorso attraverso le diverse risorse di cura e di assistenza, possono essere previsti tanto interventi articolati secondo una logica staging, per la quale, in relazione alle effettive necessità dell'assistito e del suo nucleo familiare, o in considerazione di situazioni transitorie particolari, può essere prevista l'alternanza o la successione dei regimi di cura e assistenza. Al tempo stesso, è possibile integrare, quando utile, necessario e disponibile, l'intervento a cavallo dei regimi domiciliare e diurno o semi-residenziale.

L'utilizzo temporaneo del regime residenziale è possibile in situazioni che richiedano una maggiore intensività degli interventi, ovvero quando vi sia una temporanea impossibilità della famiglia a garantire il regime di tutela domiciliare e non vi siano possibilità di affiancamento della famiglia stessa.

- **La compartecipazione ai costi.** All'atto della progettazione dei percorsi assistenziali, sulla base del sistema tariffario, si provvede a distinguere quali siano i costi a valere sui fondi sociale e sanitario. Per i soli costi sociali, e sulla base del sistema ISEE, viene stabilita la quota a carico dell'utente e quella a carico dell'Ente Locale.
- **Funzioni informative.** L'UVD partecipa del sistema informativo regionale contribuendo alla tenuta ed all'aggiornamento del registro anagrafico della non autosufficienza, al quale afferiscono le notizie derivanti dalla attività di valutazione, di progettazione e di monitoraggio, ed alla registrazione delle informazioni prodotte attraverso tali attività.

Si tratta quindi di predisporre un sistema informativo in rete che sia alimentato dalle informazioni relative a:

- esiti della valutazione
- percorso assistenziale progettato e realizzato
- costi imputabili su base tariffaria
- monitoraggio

4.4. Il rafforzamento e la qualificazione del sistema dei servizi

4.4.1. Il sistema residenziale: specificità e vocazione delle residenze. Applicazione della legge 20/2000 e l.r. 20/2002

E' essenziale che si proceda ad una **ridefinizione chiara delle funzioni assolute dai servizi residenziali** che risultano allo stato attuale estremamente eterogenei; la prima rilevazione effettuata attraverso i piani di zona è già in grado di fornire un quadro delle priorità evidenziate in ogni ambito territoriale in materia di assistenza residenziale. Lo studio dei profili di comunità farà emergere la tipologia delle strutture necessarie in ogni contesto territoriale così da indicare chiaramente le aree di intervento cui convergere gli sforzi nel prossimo futuro.

Sarà necessario procedere alla valutazione di ogni singola struttura alla luce della "significatività" delle funzioni svolte e delle indicazioni della Legge e nel caso di case di riposo assolutamente inadeguate ad affrontare interventi di messa a norma bisognerà progettare delle idonee trasformazioni.

Una ipotesi di sviluppo interessante potrebbe essere la **trasformazione in nuclei abitativi protetti** inseriti in un sistema di rete con un centro servizi opportunamente presidiato, rivolti ad anziani autosufficienti o non autosufficienti di grado lieve che presentino, per fattori di ordine economico, familiare, abitativo o culturale, difficoltà di organizzazione della vita quotidiana o che per fattori di localizzazione (abitazioni rurali in carenza di sostegni familiari o di vicinato) rendano problematico lo svolgimento delle funzioni di ADI – SAD; ,.

Si tratta di individuare, nelle realtà dei piccoli Comuni, la struttura residenziale che, per le caratteristiche strutturali ed organizzative, può essere sviluppata in un **centro servizi** in grado di erogare a domicilio servizi assistenziali ed alberghieri. Tale struttura, così potenziata si qualificherebbe in luogo di presidio costante, di coordinamento e supervisione degli interventi gestiti a domicilio con personale dedicato o inviato dal centro servizi.

L'emanando regolamento di esecuzione della L. R. N. 20/2002, deve costituire anche il punto di partenza per la realizzazione di strutture residenziali finalizzate a svolgere una funzione di capofila e di coordinamento (con tutte le conseguenti ricadute positive in termini di sinergie ed economie di scala) di "residenzialità" domiciliari, in piccole strutture polyvalenti di quartiere destinate ad anziani bisognosi di aiuto assistenziale.

Peculiarità dell'intervento è la socializzazione e la territorialità dei servizi, dove l'aspetto sanitario assume una funzione marginale (predominanza dell'aspetto residenziale, comunitario e familiare).

Tale sviluppo progettuale rappresenta inoltre una valida politica dei servizi, in quanto si radica sul territorio nella logica dello spostamento di interventi e di risorse verso l'anziano e non viceversa; nel mentre dà una risposta anche ai bisogni di una nuova categoria di soggetti che prepotentemente sta emergendo, quella dei "nuovi anziani" non sempre disposti a rinunciare alle proprie abitudini di vita per ricorrere solo ed unicamente a strutture residenziali.

"Una residenzialità protetta" così strutturata, articolata in mini alloggi in grado di accogliere l'anziano solo, o in coppia (accompagnato da un familiare in convivenza continuativa o temporanea o dalla badante) prefigura un sistema assistenziale fortemente decentrato e articolato per permettere all'anziano di restare nel proprio ambiente di vita, anche se in un edificio differente dalla propria abitazione.

L'erogazione dei servizi va modulata nella tipologia e nell'intensità sulla base di programmi di accompagnamento sociale personalizzati.

La legge n. 328/2000 –legge quadro per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali– presuppone:

1. la creazione della rete dei servizi territoriali integrati;
2. la sua crescita attraverso la ricerca e disponibilità di risorse finanziarie che non siano solo pubbliche,
3. la pluralità dei soggetti che operano nell'assistenza, all'interno della rete stessa.

Un tale programma potrebbe essere svolto da soggetti pubblici e privati come i Comuni o le I.P.A.B. o i soggetti del privato sociale.

Peculiarità del programma è che lo stesso può essere realizzato a costo zero per la pubblica amministrazione, sia per quanto riguarda la realizzazione delle strutture, che per la gestione delle stesse.

Investimenti In Conto Capitale

Le risorse potranno essere reperite:

- mediante la valorizzazione dei patrimoni delle I.P.A.B., a seguito di accordi di programma Regione, Provincia, Comune e I.P.A.B., mediante l'attivazione dell'art. 34 del D. Lgs. N. 267/2000;
- l'accesso alla legislazione nazionale in materia di "alloggi in affitto per gli anziani degli anni 2000" (legge n. 21 del 08/02/2001);
- la razionalizzazione e finalizzazione del patrimonio edilizio abitativo dei Comuni.

Gestione

La partecipazione coordinata di tutti i soggetti che operano sul territorio e cioè famiglie, badanti, (opportunamente formate e inserite in liste di personale accreditate) volontariato operatori SAD/ADI, volontari nell'ambito di progetti di servizio civile, a supporto ed integrazione degli operatori professionali, consentirà una

qualificazione degli assetti funzionali, ed una maggiore diversificazione e personalizzazione degli interventi evitando l'incremento delle rette, come risulta da diverse simulazioni di gestione in atto.

4.4.2. Qualificazione dei servizi residenziali

L'ampia eterogeneità dei servizi residenziali nella nostra Regione richiede l'avvio urgente di un percorso strutturato di confronto e verifica sui temi dell'assistenza residenziale e sulle ipotesi di trasformazione e sviluppo.

I servizi residenziali autorizzati al funzionamento nelle nuove destinazioni tipologiche e che entreranno nel regime di accreditamento saranno coinvolti in un globale processo di riqualificazione degli stessi, che investirà tutti i processi interni di organizzazione e gestione delle strutture.

Si tratterà, per la maggior parte dei servizi, di operare una rivisitazione globale delle proprie strutture organizzative, delle modalità di gestione del personale, dello sviluppo di metodologie operative più avanzate.

È essenziale, in questa particolare fase, che si sviluppi un linguaggio comune nella materia dell'assistenza residenziale e che si tengano monitorati, nel breve e nel lungo periodo, gli andamenti evolutivi dei servizi alla luce della Legge.

La definizione di modalità operative comuni come pure di linguaggi condivisi renderà possibile il confronto sui temi della qualità e costituirà l'occasione per far emergere le ricche professionalità presenti sul territorio regionale; una specie di "osservatorio permanente" sulla residenzialità.

4.4.3. Evoluzione delle attuali residenze per anziani in strutture modulari ad intensità differenziata

I servizi residenziali con capacità organizzativa – gestionale più avanzata e dotati dei requisiti strutturali richiesti come pure le strutture di nuova definizione, potrebbero sviluppare dei sistemi residenziali modulari ad intensità assistenziale differenziata nella logica:

- ☐ della specializzazione dei servizi
- ☐ della personalizzazione degli interventi
- ☐ dell'utilizzo razionale delle risorse
- ☐ dello spostamento dei servizi e non delle persone

In auspicio, le nuove strutture dovranno essere predisposte all'assolvimento di più funzioni ed essere articolate al proprio interno in moduli di Casa di Riposo – Casa Protetta – RSA con concentrazione massima di risorse di personale e di mezzi.

L'applicazione a tappeto del sistema RUG darà l'esatta dimensione qualitativa e quantitativa della tipologia dell'utenza e di conseguenza dei moduli assistenziali che avranno ragione di essere nelle varie specificità territoriali.

Lo studio delle condizioni di vita degli anziani, l'investimento delle risorse nella domiciliarità assistita e non ultimo il fenomeno dell'immigrazione e della specializzazione nelle funzioni di "badantato domiciliare" lasciano intravedere, per i prossimi anni, un trend di ricorso alla residenzialità specifico per la non autosufficienza quindi si può presumere che le tipologie da sviluppare potrebbero essere quasi unicamente i sistemi residenziali con moduli di RSA e Casa Protetta.

Le strutture così definite sono in grado, per la elevata capacità organizzativa e gestionale, di procedere all'ulteriore qualificazione di Centro Servizi, vale a dire un polo di produzione di servizi socio – assistenziali e sanitari esportabili sul territorio, direttamente al domicilio dell'anziano che entra in una rete protetta di servizi.

L'ipotesi delle strutture modulari ad intensità differenziata (RSA – Casa Protetta) prevede quasi contestualmente **lo sviluppo di un modello di gestione integrata fra le Aziende Sanitarie ed i vari soggetti, pubblici o privati**, impegnati nell'assistenza residenziale; un modello fondato sulla sinergia delle risorse e delle competenze professionali, fortemente orientato al concetto di centralità della persona e all'analisi dei bisogni, quindi flessibile ed adattabile ai continui mutamenti dell'utenza.

L'idea prende corpo inoltre anche da alcune considerazioni:

- ❑ Nello spirito del nuovo Piano Sanitario le RSA vanno ricondotte alla originaria funzione di residenze per persone che hanno bisogno di cure prevalentemente sanitarie ad alta intensità, in rete con i presidi ospedalieri, i servizi territoriali e le Residenze Protette; se non si procede ad una individuazione chiara dell'utenza di RSA e di Residenza Protetta si rischia di operare delle costose sovrapposizioni e persino risposte inadeguate ai bisogni;
- ❑ E' essenziale conoscere la tipologia dell'utenza in entrambe le sue dimensioni, qualitativa e quantitativa, al fine di individuare il numero dei posti letto accreditabili nelle due tipologie di residenza;
- ❑ Spesso l'uso improprio di una struttura dipende dal fatto che i servizi non sono organizzati in rete e le persone permangono in una struttura solo perché non sono dimissibili per l'oggettiva impossibilità di essere accolte in un'altra tipologia di servizio;

Al livello gestionale ed operativo l'operazione comporta una rivisitazione globale di tutti i servizi e risorse a disposizione, una sorta di progettazione "a prato verde" che reinventa i percorsi, le metodologie operative, il sistema informativo e fissa soprattutto la rete essenziale dei servizi.

Si delineano alcuni passaggi di progettazione organizzativa:

- ❑ Si prevede una struttura organizzativa snella "piatta e corta" caratterizzata da pochi passaggi gerarchici:
 - una posizione di direzione unica,
 - un coordinamento sanitario
 - uno sportello unico di ricevimento – gestione congiunta della lista d'attesa
 - un operatore socio assistenziale responsabile per ogni nucleo residenziale
 - gestione unificata dei servizi sanitari, assistenziali ed alberghieri
 - unica gestione amministrativa
 - unificazione di tutta la modulistica (di accesso, di rilevazione dei bisogni, di pianificazione delle attività e di registrazione dei dati)
 - unificazione dei processi lavorativi
 - unificazione dei processi di misurazione e di monitoraggio della qualità dei servizi
- ❑ Tutto il personale che occupa posizioni di responsabilità si muove attraverso i servizi
- ❑ I servizi sanitari vengono tarati in base alla nuova dislocazione del bisogno con rischio minimo di sottoutilizzo per l'attivazione di flussi di rapida dimissione nei sottostanti nuclei protetti.

Nelle ipotesi di trasformazione di servizi già esistenti è necessario avviare:

- ❑ Una fase puramente conoscitiva volta all'analisi dettagliata delle azioni, dei processi e delle risorse impegnate nelle due tipologie di assistenza residenziale tipiche, l'una a prevalenza sanitaria e l'altra a prevalenza socio-assistenziale;
- ❑ Una seconda fase volta all'analisi a confronto dei costi;

L'applicazione del sistema RUG darà l'esatta dimensione quantitativa delle due realtà assistenziali, vale a dire la quantificazione di quali e quanti moduli di RSA e Casa Protetta in ogni Servizio.

È essenziale estendere la valutazione agli anziani in ADI ed a quelli in lista di attesa al fine di ipotizzare una proiezione del bisogno sia nel breve che nel lungo periodo e soprattutto occorre utilizzare uno strumento di valutazione che faccia emergere chiaramente le due tipologie assistenziali.

L'analisi delle due realtà di assistenza residenziale vanno integrate, inoltre, con lo studio di un modulo per l'ospitalità di soggetti con demenza in quanto modulo assistenziale specifico che necessita di risorse con dimensioni qualitative e quantitative differenti e soprattutto con metodologie operative specifiche.

E' infine auspicabile il potenziamento delle opportunità per le famiglie di ricorrere in via temporanea all'assistenza residenziale, con prevalenti finalità di sollievo, rispetto alla quale meno forti appaiono le riserve da parte del sistema famiglia, tradizionalmente contrario a soluzioni definitive, che ancor oggi richiamano nell'immaginario di molti caregiver l'idea di cronicari e ospizi di non troppo lontana memoria. L'opportunità del ricovero temporaneo costituisce infatti un momento di verifica importante, da parte della famiglia dell'anziano non autosufficiente, rispetto all'organizzazione della propria attività assistenziale, in un'ottica di dinamicità e personalizzazione del percorso di cura che ancor'oggi appare sottovalutata dall'attuale sistema della residenzialità, troppo spesso limitato a soluzioni definitive non rispondenti alle

esigenze dell'utenza, che si presentano invece in modo variegato sia rispetto alla durata, sia rispetto alla collocazione (stagionale, settimanale etc.) del ricovero medesimo.

4.5. Il sistema semiresidenziale (centri diurni); gli spazi "leggeri" di incontro

Il centro diurno si qualifica come servizio di sostegno alla famiglia che si occupa a tempo pieno dell'assistenza di familiari anziani; snodo intermedio di accompagnamento sociale fra la domiciliarità e l'assistenza residenziale.

Nella nostra realtà regionale, tuttavia, il servizio semiresidenziale diurno non ha avuto, a tutt'oggi, un significativo insediamento nel contesto territoriale essendo ancora necessario, presumibilmente, lo sviluppo di una "cultura del servizio".

E' essenziale, dunque, nell'attivazione di questo servizio, che non si propongano modelli organizzativi standard ma che si proceda ad una preventiva "modulazione territoriale" dello stesso funzionale alla comprensione della tipologia di fabbisogno cui dare risposta. In tal senso, ad esempio, il fenomeno del "badantato extracomunitario" in certi ambiti territoriali ha indotto ad una valutazione negativa sull'importanza del servizio e ne ha ostacolato lo sviluppo.

In realtà un servizio semiresidenziale deve essere inteso in continuità con la funzione di sostegno familiare e ad integrazione delle cure domiciliari se si vuole finalizzare l'obiettivo del mantenimento della persona nel proprio ambiente di vita.

Ne consegue che la modalità di frequenza, temporanea o a lungo termine, i giorni di partecipazione, intera giornata o parziale o a giorni alterni, deve essere assolutamente modulata sulle personali esigenze e sulle specificità delle singole realtà territoriali di appartenenza.

❑ Obiettivi

- Sostenere la scelta della famiglia di non ricorrere ai servizi residenziali
- Ritardare l'ingresso nelle strutture residenziali e "decongestionare" le liste d'attesa
- Sviluppare spazi di "incontro e di socializzazione" per persone non autosufficienti che altrimenti vivrebbero isolate
- Sviluppare la cultura del servizio anche nel senso di "spazio di aiuto" per le famiglie, luogo di confronto e di ascolto per le problematiche relative allo stress da care-giver

❑ Fonti normative

- Legge 20/2002 - per la definizione degli standard strutturali, organizzativi e gestionali;
- Linee guida sulle cure domiciliari;

❑ Responsabilità

- Necessità di sviluppare modelli di gestione congiunta Asl – Ente gestore
- Promuovere l'apporto del volontariato nella gestione operativa

❑ Modalità organizzative

Qualificandosi essenzialmente come un servizio per anziani parzialmente non autosufficienti, il centro diurno ha le caratteristiche dell'elevato livello di integrazione socio sanitaria e della complessità organizzativa; ne consegue che è preferibile che venga attivato nel contesto di un servizio residenziale o comunque sia inserito in un sistema di rete con un presidio socio sanitario.

Il servizio residenziale infatti è garanzia sia di capacità operativa nelle manifestazioni di bisogno complesso potendo strutturare una certa flessibilità di risposta che di tempestività di intervento nelle emergenze di tipo socio-sanitario.

La struttura organizzativa di un servizio residenziale, inoltre, assicura, per la maggiore concentrazione di risorse al proprio interno, una più ampia gamma di prestazioni nell'erogazione dei servizi oltre ad un contenimento dei costi di gestione.

È essenziale, nella progettazione del modello organizzativo come della metodologia operativa, che ci si orienti a strutture organizzative flessibili, capaci di operare secondo i principi dell'assistenza personalizzata in soluzione di continuità con le abitudini di vita personali.

4.6. Attuazione delle Linee guida ADI. Vincoli di spesa, Sad, incremento del finanziamento.

Per garantire la disponibilità di risorse adeguate al perseguimento degli obiettivi relativi ad alcune aree di salute critiche, il Piano Sanitario Regionale 2003-2006 prevede le seguenti quote finalizzate aggiuntive medie regionali rispetto alla spesa complessiva dell'area risultante dal consuntivo di spesa al 31.12.2002, privilegiando gli ambiti territoriali più svantaggiati in termini di copertura dei bisogni e di sviluppo delle attività.

AREA	2003	2004	2005
Dipartimento di Prevenzione	+ 5.0 mil.€	+ 10.0 mil.€	+ 15.0 mil.€
SERT	+ 0.5 mil.€	+ 1.0 mil.€	+ 1.5 mil.€
Dipartimento salute mentale	+ 3.3 mil.€	+ 6.6 mil.€	+ 9.9 mil.€
Cure domiciliari integrate	+ 1.2 mil.€	+ 2.4 mil.€	+ 3.6 mil.€
TOTALE (vs. 2002)	+ 10.0 mil €	+ 20.0 mil €	+ 30.0 mil €

Oltre all'incremento quantitativo, occorre valorizzare le esperienze e le possibilità di riqualificazione degli interventi domiciliari, soprattutto in relazione a:

- valorizzazione della valutazione e della progettazione personalizzata;
- definizione di opzioni di flessibilità organizzativa e prestazionale che consentano di variare intensità e specificità professionali dell'intervento domiciliare;
- sviluppo di funzioni complementari di supporto e sostegno alla famiglia, intese sia come interventi di sollievo che di affiancamento e formazione per lo svolgimento di compiti di cura.

La programmazione regionale ha già dato avvio al processo di riqualificazione delle funzioni domiciliari attraverso le ricordate Linee Guida. L'implementazione del percorso progettuale si svilupperà attraverso:

- monitoraggio dell'attuazione della linea guida
- monitoraggio della spesa
- individuazione delle criticità operative
- analisi della funzionalità degli strumenti di valutazione e delle modalità organizzative delle UVD
- modellizzazione regionale delle funzioni delle UVD
- raccordo della linea Guida con gli strumenti che consentono una maggior flessibilità degli interventi in regime domiciliare: servizio civile, badanti
- qualificazione del ruolo dei MMG

4.7. Le nuove forme di intervento e la flessibilizzazione dei servizi:

- **Potenziare le opportunità per le famiglie**, sia riqualificando una serie di servizi specifici, sia impostando i servizi di carattere generale secondo modalità organizzative friendly, capaci cioè di affiancare le famiglie nei loro impegni di cura, ma anche di fornire occasioni di sollievo, procedendo dalla esperienza maturata al riguardo della salute mentale. Tale esperienza, oltre che nelle situazioni di non autosufficienza anziana, dovrà essere incrementata nei confronti di tutte le famiglie che abbiano componenti con problemi di natura cronica o di tecno-dipendenza tali da compromettere la normalità del ciclo di vita familiare (dipendenze patologiche, handicap, nefropatie, malattie dismetaboliche gravi, ecc.). Un impegno specifico sarà poi destinato alla questione del "dopo di noi", elaborando proposte per l'autonomia dei disabili ma anche per una concreta e responsabile presa in carico comunitaria dei disabili che non dispongano del supporto familiare. All'interno di un percorso di costruzione complessiva di un sistema integrato di cure domiciliari e in stretto collegamento con l'offerta di Assistenza Domiciliare Integrata già attiva si è pensato di sviluppare, ancora al riguardo delle famiglie, le iniziative connesse all'**assegno servizi**.
- **L'assegno servizi**

Si tratta di uno strumento nuovo, aggiuntivo rispetto agli interventi di sostegno alla domiciliarità, rilevante per consentire alle famiglie di riorganizzare, adeguandolo alle proprie necessità e possibilità, il

sistema delle prestazioni all'interno dei percorsi di cura ed assistenza definiti con gli operatori distrettuali. L'*assegno servizi* è una proposta che parte dalle indicazioni riportate all'art. 17 della legge 328/2000 che introduce i "Titoli per l'acquisto dei servizi" e demanda alle Regioni la disciplina dei criteri e delle modalità di erogazione. La sperimentazione, che verrà inizialmente attivata all'interno di alcuni ambiti sociali per poi essere allargata all'intero territorio regionale, offrirà al cittadino e alla famiglia la possibilità di scegliere direttamente, in una lista accreditata, il singolo operatore e/o l'impresa che dovrà prestare il servizio a domicilio. L'*assegno servizi* consiste in un incentivo pubblico finalizzato all'acquisto di servizi specifici accreditati dall'ente locale. L'accesso alle prestazioni socio-sanitarie, fornite con l'*assegno servizi*, avviene sulla base della valutazione multidimensionale geriatrica e prevede la predisposizione di un progetto personalizzato di intervento per garantire piena integrazione tra gli interventi sociali e sanitari, forniti dal SSR, dalla rete dei servizi sociali e dagli interventi tutelari nonché la verifica costante dei risultati attesi. Lo strumento dell'*assegno servizi* interviene inoltre nell'emersione del lavoro nero che caratterizza, da sempre, gran parte dei prestatori d'opera impegnati in questo settore anche se con la nuova legge sulla immigrazione si è proceduto alla regolarizzazione dei cittadini stranieri immigrati che costituivano la componente più rilevante dell'offerta stessa. Dato che questo strumento non riguarda però solo gli immigrati, la sperimentazione avvierà comunque, da una parte, il processo di regolarizzazione dell'offerta proveniente da cittadini italiani attualmente impegnati "in nero" e dall'altra il passaggio, per gli immigrati regolarizzati, alla fase riguardante l'avvio della formazione e la creazione della lista accreditata. Offrire servizi domiciliari di buona qualità, introdurre possibilità di decisione e di scelta dei cittadini/utenti, intervenire sulla emersione del lavoro irregolare è una delle condizioni per realizzare pari opportunità non solo formali, ma concrete sia sul fronte della domanda che in quello dell'offerta.

- Nel quadro della programmazione territoriale e delle sperimentazioni di nuove forme di intervento, saranno promosse e sostenute azioni relative a:
 - a) Sostenere la famiglia: il mutuo e auto-aiuto per le famiglie; armonizzazione tempi di cura e tempi di lavoro;
 - b) Sicurezza dell'abitare (domestico ed urbano);
 - c) Iniziative per sostenere la gestione del patrimonio degli anziani e la riserva degli alloggi di edilizia pubblica e privata;
 - d) Attivazione delle risorse spontanee del territorio: volontariato, buon vicinato, tempo solidale
 - e) Organizzazione della solidarietà: volontariato, banche del tempo, servizio civile

5. Schede Obiettivi-azioni-tempi-risorse-indicatori

Schede di progetto			
Obiettivo generale: PROMOZIONE DELLA SALUTE E PREVENZIONE DELLA NON AUTOSUFFICIENZA			
Obiettivi specifici	Azioni/strumenti	Tempi	INTERVENTI IN CORSO DI ATTUAZIONE
<i>Prevenzione della non autosufficienza</i>	Realizzazione di campagne di informazione ed promozione della salute rivolte alla popolazione anziana (prevenzione delle cadute e del decadimento cognitivo)	Entro 12 mesi	
<i>Valorizzare le risorse della solidarietà locale</i>	sviluppare e sostenere progetti di assistenza ai non autosufficienti o ai parzialmente non autosufficienti da parte delle associazioni di volontariato anche al domicilio della persona specialmente in area urbana (es, compagnia in alcune ore della giornata in assenza del familiare, aiuto agli anziani soli, svolgimento piccole commissioni...)	Attività oggetto di progettazione nel corso delle sperimentazioni territoriali	
<i>Sviluppo di progetti di "buon vicinato"</i>	- Sviluppare delle strategie di riconoscimento per chi svolge tale funzione sociale (benefit: tipo tessera del cinema, targa premio...); - sviluppare percorsi di buon vicinato anche nelle città più grandi (quartieri, centri sociali per anziani, UPS, banca del tempo, associazioni...).	Attività oggetto di progettazione nel corso delle sperimentazioni territoriali	
<i>Banca del tempo solidale</i>	Promozione di forme di solidarietà sociale ispirate ai modelli di Banca del tempo	Attività oggetto di progettazione nel corso delle sperimentazioni territoriali	

Schede di progetto			
<i>Utilizzo del servizio civile</i>	▪ Attivazione delle funzioni regionali di coordinamento per il servizio civile; ▪ Attivazione dei processi informativi sul territorio regionale; ▪ Stesura testo di legge regionale sul servizio civile	Avviato	▪ Costruzione del sistema regionale di coordinamento del servizio civile; ▪ iniziative di pubblicizzazione dell'opportunità messa a disposizione dei giovani per lo svolgimento di servizi di assistenza.
<i>Sperimentazione dell'assegno servizi</i>	▪ avvio percorsi formativi per gli attori sociali coinvolti nel progetto; ▪ avvio percorsi formativi per operatori domiciliari ▪ avvio sperimentazione assegno servizi nei territori dei 4 comuni capoluogo di provincia	Entro tre mesi	Predisposizione ultimi processi organizzativi per avvio formazione
<i>"Centri Servizi Anziani":</i>	• formazione e sostegno psicologico ed educativo ai componenti dei gruppi di auto mutuo aiuto, rivolti ad operatori, con particolare attenzione ai familiari dei dementi senili, tramite progetti integrati tra Regione, Enti Locali, Ambiti, associazioni di volontariato....) • Definire, con apposito progetto le modalità di attivazione e di primo avvio di gruppi	Da avviare	Da avviare
<i>Gruppi di auto mutuo aiuto per il sostegno dello stress da carico assistenziale prolungato</i>	• sostegno domiciliare temporaneo per le emergenze.	Da avviare	Da avviare
<i>Progetti di sostegno domiciliare temporaneo</i>	▪ ottimizzazione spazi di incontro già esistenti (sedi di circoscrizione, biblioteche, sale lettura, corsi per università della terza età anche in aree periferiche, centri sociali); ▪ avviare azioni di sostegno psico - educative e sanitarie rispetto a bisogni e o patologie particolari; ▪ inserire nella programmazione degli interventi, attività che permettano di conservare il più elevato livello di autonomia compatibile con la condizione clinica	Da avviare	Da avviare

Schede di progetto			
<i>Interventi di conciliazione tempi di cura e tempi di lavoro</i>	▪ individuare forme di sostegno per agevolare chi, lavorando, non è in grado di affrontare i compiti di cura di familiari non autosufficienti; ▪ favorire chi, impegnato in compiti di cura a tempo pieno, desidera ritornare al lavoro, in modo da controbilanciare l'impegno assistenziale con un'attività professionale. Anche per l'interruzione dell'impegno di cura a seguito della perdita del familiare accudito o per una modifica dell'organizzazione assistenziale informale (ricorso a strutture residenziali, badanti a domicilio, altri famigliari).	Da avviare	Da avviare
<i>Attivare spazi pubblici di percorribilità e facilitazione di accesso ai servizi:</i>	▪ abbattimento barriere architettoniche e per una "casa sicura"; ▪ prevedere tipologie edilizie adeguate e attivare progetti di personalizzazione della casa ▪ trasporti accessibili per tutti; ▪ Riserva di alloggi di edilizia pubblica e privata a favore delle fasce deboli ▪ Progettare forme di sostegno alla gestione del patrimonio immobiliare degli anziani ▪ Sviluppare azioni di informazione – formazione per la riduzione della esposizione ai rischi domestici	Da avviare	Da avviare

Schede di progetto			
Obiettivo generale: ACCESSIBILITA' AI SERVIZI			
Obiettivi specifici	Azioni/strumenti	Tempi	INTERVENTI IN CORSO DI ATTUAZIONE
<i>Unicità degli accessi ai servizi di integrazione socio sanitaria (UPS e Sportelli salute)</i>	1. Analisi dello stato di attuazione e funzionamento UPS e Sportello della salute 2. sperimentazione di forme di coordinamento tra UPS e Sportelli salute	1. Avviato 2.1. definizione dei modelli entro 6 mesi 2.2. avvio delle sperimentazioni entro 6 mesi 2.3 monitoraggio delle sperimentazioni entro 12 mesi 2.4 diffusione dei modelli entro il 2005	Avviata indagine conoscitiva

Obiettivo generale: PERCORSI E CONTINUITA' ASSISTENZIALE			
1. UNITA' VALUTATIVA DISTRETTUALE			
Obiettivi specifici	Azioni/strumenti	Tempi	INTERVENTI IN CORSO DI ATTUAZIONE
<i>Valutazione funzionamento UVD</i>	indagine conoscitiva sull'applicazione delle Linee guida regionali sulle cure domiciliari	Avviato	
<i>Riprogettazione UVD</i>	Aggiornamento delibera regionale	Entro 3 mesi risultati indagine	
<i>Monitoraggio e valutazione</i>	1. definizione di un sistema di indicatori 2. Stabilizzazione dei flussi informativi su UVD	1. al termine dell'indagine conoscitiva 2. entro il 2005	

2. SISTEMA RESIDENZIALE			
Obiettivi specifici	Azioni/strumenti	Tempi	INTERVENTI IN CORSO DI ATTUAZIONE
<i>Qualificazione del sistema residenziale</i>	Emanazione dei regolamenti ex L.R. 20/2002 per la definizione delle caratteristiche funzionali e organizzative delle RSA e delle Residenze protette	entro 3 mesi	Regolamento Autorizzazione Bozza regolamento Accreditamento Bozza atto fabbisogno Bozza sistema tariffario e regolazione sistema ISE
	Percorsi di accompagnamento per il trasferimento delle competenze ai comuni	2004-2005	Elaborato piano di lavoro Sostegno finanziario ai comuni (fondi regionali e comunitari)
	Messa a regime del sistema RUG	entro 2005	Conclusa 2° fase di sperimentazione
3. SISTEMA SEMIRESIDENZIALE			
Obiettivi specifici	Azioni/strumenti	Tempi	INTERVENTI IN CORSO DI ATTUAZIONE
<i>Sviluppo della rete dei servizi diurni e semiresidenziali. Attivazione di spazi leggeri di incontro in continuità con la funzione di sostegno alla famiglia</i>	attivazione di un centro diurno per anziani non autosufficienti per ogni distretto/ambito come: ☐ spazio di incontro e socializzazione per i non autosufficienti ☐ spazi di auto-aiuto e sollievo per le famiglie	Entro 2005	Già attivati
4. SISTEMA CURE DOMICILIARI (in particolare ADI)			
Obiettivi specifici	Azioni/strumenti	Tempi	INTERVENTI IN CORSO DI ATTUAZIONE
<i>Valutazione funzionamento CD-ADI</i>	indagine conoscitiva sull'applicazione delle Linee guida regionali sulle cure domiciliari	Entro 4 mesi approvazione del progetto	
<i>Riprogettazione</i>	Aggiornamento delibera regionale	Entro 3 mesi risultati indagine	
<i>Monitoraggio e valutazione</i>	1. definizione di un sistema di indicatori 2. Stabilizzazione dei flussi informativi	- al termine dell'indagine conoscitiva - entro il 2005	

5. PERCORSO ASSISTENZIALE DEMENZA (compreso Alzheimer)			
Obiettivi specifici	Azioni/strumenti	Tempi	INTERVENTI IN CORSO DI ATTUAZIONE
<i>Progetto Alzheimer</i>	Realizzazione di un modello di Disease Management delle DEMENZE da realizzarsi attraverso una ridefinizione della competenze delle UVA nell'ambito della ridefinizione delle UVD nell'ottica dello sviluppo di servizi integrati socio-sanitari	Entro entro 6 mesi dall'approvazione del piano tutte le UVA costituite	

6. Indicazioni di processo

- Il documento rappresenta una sintesi degli indirizzi di programmazione con i quali la Regione intende perseguire l'obiettivo di riqualificazione delle politiche e degli interventi di welfare a favore della popolazione anziana
- La Regione Marche avvierà tempestivamente, in ragione dei tempi indicati nelle schede obiettivo, le azioni di riqualificazione del sistema regionale di Welfare che già dispongono di copertura finanziaria o che non richiedono immediatamente nuovi finanziamenti
- L'impegno della Regione di perseguire costantemente la ricerca di finanziamenti per la realizzazione del progetto ai diversi livelli Europeo, Nazionale e Regionale, verificando inoltre quali siano gli incrementi di disponibilità finanziaria conseguibili attraverso la promozione di funzioni di partenariato e di co-finanziamento tra il livello regionale e quello degli enti locali
- La Regione attiverà per ognuno degli obiettivi indicati nei quadri precedenti, gruppi di lavoro istruttorio, che predispongano linee guida, bozze, proposte di regolamento.
- Sulla base del lavoro istruttorio verranno sviluppati incontri tesi alla ricerca di un profilo complessivo di concertazione: sul piano istituzionale, tecnico, sociale.
- L'implementazione del progetto procederà per gradi, sia verificando puntualmente lo stato relativo alla disponibilità di risorse finanziarie, sia tenendo conto della necessità di procedere ad una costruzione che ha nella formalizzazione logica una scala di priorità.
- La definizione delle priorità, la verifica della fattibilità delle azioni individuate, il raccordo tra le direzioni Sociale e Sanitaria del Dipartimento, e fra questo e gli altri dipartimenti regionali vengono assicurati attraverso l'istituzione di una cabina di regia.
- Strategicamente, il compito della cabina di regia regionale, attraverso il raccordo tra gli uffici e le direzioni, avvierà immediatamente
 - il processo di analisi dell'esistente
 - il completamento degli strumenti di programmazione, di indirizzo e regolamentazione richiamati dal documento
 - l'avvio delle sperimentazioni e lo specifico monitoraggio delle stesse
 - il piano di monitoraggio dei processi di trasformazione configurati dal presente documento.

