

**Persone sole e malate: un problema non solo estivo.**

***Quando e come si attivano i servizi sociali***<sup>1</sup>

**Mauro Perino**, Direttore Consorzio Intercomunale Servizi alla Persona (CISAP), Collegno Grugliasco (TO)

Nel corso del 2003 il nostro Consorzio<sup>2</sup> ha fornito prestazioni socio-assistenziali a 998 anziani ovvero al 6,56% delle persone sessantacinquenni e oltre residenti. Se si esaminano le fasce di età comprese all'interno della popolazione anziana assistita si ottengono però percentuali più significative:

- Le persone con età 75 e oltre sono 670 ovvero il 67,13% degli anziani assistiti corrispondente all'11,59% della popolazione residente appartenente alla medesima fascia d'età;
- Le persone con età 80 e oltre sono 475 ovvero il 47,60% degli anziani assistiti corrispondente al 15,92% della popolazione residente appartenente alla medesima fascia d'età;
- Le persone con età 90 e oltre sono 127 ovvero il 12,73% degli anziani assistiti corrispondente al 29,26% della popolazione residente appartenente alla medesima fascia d'età;

Ancora un dato: il 33,17% del totale degli anziani in carico nell'anno per interventi e/o prestazioni erogate dai servizi socio – assistenziali del Consorzio risulta parzialmente o totalmente non autosufficiente. A questo proposito è utile rilevare che - nel corso dell'anno in esame – a fronte di 645 persone che si sono presentate per la prima volta ai servizi, ben 154 (il 23,88%) del totale hanno richiesto interventi di assistenza domiciliare. Seguono le richieste di assistenza economica: 136 persone (il 21,09%) del totale ed in sequenza gli altri interventi.

Nel corso dell'anno sono state seguite con assistenza domiciliare o con assegni di cura<sup>3</sup> 364 persone anziane (il 36% degli assistiti in fascia di età) di cui 315 – la quasi totalità – in condizioni di parziale o totale non autosufficienza. I dati esaminati consentono di delineare un profilo abbastanza preciso dell'anziano in carico ai servizi socio – assistenziali: si tratta – nel 50% circa dei casi (ma la tendenza è decisamente a crescere) – di persone ultra ottantenni con forti limitazioni dell'autonomia che richiedono interventi di assistenza alla persona intensi e protratti nel tempo. E' un classico il verbale che certifica il nostro anziano come *“Invalido al 100% con difficoltà persistenti a svolgere i compiti e le funzioni proprie della sua età”*. Purtroppo tale limitazione dell'autonomia, seppur significativa, viene impropriamente imputata proprio al *“normale processo di invecchiamento”* e non dà così diritto ad alcuna indennità o servizio garantito. Si tratta invece di anziani per i quali la parziale o totale non autosufficienza è l'effetto di malattie croniche forse inguaribili, ma certamente *curabili* nel senso più ampio.

---

<sup>1</sup>Relazione svolta al convegno regionale piemontese *“Persone sole e malate: un problema non solo estivo”* promosso dall'Associazione Volontari Ospedalieri con l'adesione delle principali associazioni di volontariato ed il patrocinio del Comune di Torino. Galleria d'Arte Moderna (GAM) - Torino, 21 maggio 2004.

<sup>2</sup>Il Consorzio comprende i Comuni di Collegno e Grugliasco, si estende su un'area di 31,24 Km<sup>2</sup> ed ha una popolazione di 86.859 abitanti, di cui 15.217 anziani ultra sessantacinquenni (dati anno 2003).

<sup>3</sup>Gli *“assegni di cura”* sono contributi economici finalizzati all'acquisto di assistenza personale domiciliare da parte dell'anziano e/o della sua famiglia. Il valore massimo erogabile è di 1.032 euro mensili. Per la determinazione del contributo si tiene conto del reddito personale dell'assistito (ISEE). La spesa è suddivisa al 50% tra ASL e Consorzio.

Siamo dunque in presenza di un *problema sanitario* che certamente si aggrava ove vi sia coincidenza con *problematiche sociali* diffuse (isolamento) e/o *socio – assistenziali* in senso stretto (reddito insufficiente). L'adozione di questa chiave di lettura è condizione necessaria per evitare che si ripetano i fatti tragici dell'estate del 2003. I servizi del nostro consorzio hanno una "capacità di penetrazione" tra la popolazione anziana residente piuttosto alta (l'11% circa nella fascia 75 anni e oltre) perché svolgono una funzione di supplenza del servizio sanitario erogando prestazioni di lungo-assistenza domiciliare che dovrebbero rientrare tra i *livelli essenziali di assistenza* che il servizio sanitario è obbligato ad assicurare (pur con oneri a parziale carico del cittadino o del consorzio). E' però evidente che tra il restante 89% della nostra popolazione ultra settantacinquenne sono sicuramente numerose le situazioni di persone affette da malattie croniche che - di fronte al manifestarsi di eventi climatici eccezionali - possono correre dei seri rischi. Secondo l'Istituto Superiore di Sanità il 92% degli 8000 morti del 2003 rientravano, infatti, all'interno di questa tipologia<sup>4</sup>.

### **Che cosa possono fare i servizi sociali**

**Devono sicuramente agire in senso promozionale** perché alle persone con problemi di demenza o malattia mentale, a quelle affette da patologie croniche invalidanti, agli anziani parzialmente o totalmente non autosufficienti siano garantite, dai servizi sanitari competenti, le cure necessarie. L'opportuna *integrazione* tra servizi sanitari e sociali non deve rappresentare il pretesto per *espellere* i cittadini più deboli dal sistema sanitario, che è costituzionalmente chiamato a garantire il *diritto alla salute* e quindi alle cure. A tal fine vanno puntualmente fornite *informazioni scritte sui diritti dei cittadini e sui doveri delle istituzioni* preposte a garantire l'accesso ai servizi sanitari ed a quelli sociali ad essi connessi e vanno assicurati tutti gli interventi di *tutela, accompagnamento e facilitazione* necessari, operando in stretta collaborazione le associazioni di volontariato locali.

**Possono efficacemente operare sul terreno della prevenzione.** Posto che non tutti gli anziani soli sono anche *poveri* – e, pertanto, non vengono in genere "agganciati" dai servizi sociali – è opportuno organizzare il censimento sistematico di quelle situazioni di solitudine (del singolo o della coppia di anziani) che determinano una condizione di rischio. A tal fine è necessario cooperare con i servizi demografici comunali ma, soprattutto, con i medici di base ed i servizi sanitari territoriali, al fine di individuare le persone alle quali fornire una informazione mirata proponendo, nel contempo, sostegno ed aiuto. Interventi di sostegno ed aiuto che non possono essere sostitutivi degli interventi sanitari - di stretta competenza medica e/o infermieristica - ma che devono integrarsi con questi ultimi per garantire ai cittadini più deboli la miglior qualità di vita possibile. In tal senso è possibile *organizzare il monitoraggio sistematico delle persone a rischio* operando – a livello territoriale - in sinergia con le organizzazioni di volontariato, *fornire interventi domiciliari* finalizzati ad alleviare le ordinarie difficoltà quotidiane, *incentivare le azioni di "buon vicinato"* ecc.

**Infine è auspicabile che i servizi sociali possano operare per una corretta integrazione con i servizi sanitari distrettuali** al fine di affrontare efficacemente il *problema della lungo assistenza* domiciliare, semi residenziale e residenziale a livello territoriale.

---

<sup>4</sup>Fonte: Ministero della salute [www.governo.it/governoInforma/Dossier/anziani\\_caldo/index.html](http://www.governo.it/governoInforma/Dossier/anziani_caldo/index.html)

Per perseguire questo obiettivo è necessario però intendersi, in primo luogo, sul significato che si vuol dare al termine “integrazione”.

E' evidente che per evitare all'anziano cronico non autosufficiente, al disabile, alla persona affetta da patologie croniche invalidanti il “gioco dell'oca dell'assistenza” - di costringerlo cioè a ricercare le prestazioni di cui ha bisogno assumendosi il gravoso onere di coordinarle e di renderle comunicanti - è necessaria *una programmazione ed una gestione integrata delle reti di cura territoriali*. Ma ciò deve avvenire nel rispetto delle competenze professionali e delle titolarità istituzionali. Avendo quindi ben chiaro che le prestazioni finalizzate ad assicurare la lungo assistenza - elencate nell'Allegato 1, punto C del D.P.C.M 29 novembre 2001<sup>5</sup> - in quanto “prestazioni comprese nei livelli essenziali di assistenza *sono garantite dal servizio sanitario nazionale a titolo gratuito o con la partecipazione alla spesa, nelle forme e con le modalità previste dalla legislazione vigente*”<sup>6</sup>.

A partire da questa premessa è possibile costruire *un modello organizzativo dell'integrazione socio-sanitaria* incardinato su unità valutative pluri professionali (geriatriche e dell'handicap) che dovranno necessariamente venire configurate come organismi preposti alla “presa in carico” e - in quanto tali - rappresentare lo strumento operativo di un *distretto socio sanitario in grado di governare i processi di cura* a livello territoriale. La definizione di assetti più funzionali alla gestione delle attività socio sanitarie - che consentano l'effettivo esercizio di una programmazione partecipata da parte della comunità locale - non può infatti che avvenire attraverso la piena applicazione dell'articolo 3-*quater* del D.Lgs.502/92 e s.m.i che individua nel *distretto* l'articolazione dell'Unità sanitaria locale più idonea per il *confronto con le autonomie locali e per la gestione dei rapporti con la popolazione*. Il distretto - quale garante della salute e responsabile della funzione di tutela - deve dunque assicurare i servizi di assistenza primaria relativi alle attività sanitarie e socio - sanitarie, nonché il coordinamento delle proprie attività con quella dei dipartimenti e dei servizi aziendali, inclusi i presidi ospedalieri, inserendole organicamente nel *Programma delle attività territoriali*.

A tal fine al distretto devono essere effettivamente attribuite *risorse definite in rapporto agli obiettivi di salute* della popolazione di riferimento e - nell'ambito delle risorse assegnate - al distretto deve essere riconosciuta la necessaria autonomia tecnico gestionale ed economico-finanziaria con obbligo di tenere una contabilità separata all'interno del bilancio della Unità sanitaria locale. Solamente a questa condizioni sarà possibile perseguire coerentemente la scelta:

- di ricorrere all'inserimento residenziale solo in caso di completa impossibilità di condurre una vita autonoma nel proprio contesto familiare e sociale pur potendo disporre di interventi alternativi (assegni di cura, riconoscimento economico del sostegno fornito dalla famiglia);
- di dare quindi forte impulso ai servizi di cura domiciliari, semi residenziali e residenziali, al fine di fornire ai cittadini un sistema distrettuale di protezione rivolto ai bisogni che richiedono, nel contempo, interventi sanitari di cura e riabilitazione ed interventi di sostegno sociale alla persona ed alla famiglia.

Avendo ben chiaro che tale scelta implica - *con riferimento al problema del pagamento delle prestazioni di lungo assistenza domiciliare e residenziale* - il pieno rispetto delle disposizioni indicate nel decreto legislativo 109/1998 così come modificato dal successivo decreto legislativo 130/2000: *che nel richiedere all'utente di contribuire al costo delle prestazioni, si faccia cioè riferimento al solo reddito della persona beneficiaria e non a quello dell'intero nucleo familiare*.

---

<sup>5</sup>“Applicazione Livelli Essenziali di Assistenza all'area dell'integrazione socio sanitaria”

<sup>6</sup> Art. 1, comma 3. D.Lg. 502/92 e s.m.i.

Se ciò non avvenisse - è bene dirlo subito - verrebbe reso vano ogni sforzo di rendere efficaci le reti integrate di cura e lesa pesantemente *il diritto soggettivo alle cure sanitarie*.