

ORIENTAMENTI PER LE NUOVE DOMICILIARITA'

a cura di
Ebe Quintavalla
Giulio Antonini

INDICE

PARTE PRIMA.....	7
1. <i>Domiciliarità e vita quotidiana</i>	8
2. <i>Domiciliarità, prestazioni domiciliari e politiche sociali</i>	8
3. <i>Buona domiciliarità: ovvero la persona e il suo “dintorno”</i>	10
4. <i>Le politiche per la domiciliarità a cominciare dall’abitare</i>	11
5. <i>Le politiche dell’abitare per una possibile domiciliarità di tutti</i>	11
6. <i>Le Case protette c’entrano con la domiciliarità?</i>	12
7. <i>Politiche di Rete e di comunità un obiettivo del lavoro sociale e dei welfare locali</i>	13
8. <i>Riorientamento delle linee di azione e sviluppo di comunità</i>	14
9. <i>Pratiche professionali e modalità organizzative secondo un’ottica di comunità</i>	15
PARTE SECONDA.....	17
10. <i>Grande età anziana, famiglie e lavoro di cura: la domiciliarità chiede aiuto</i>	18
Tavola 1: <i>Case di riposo per anziani ed inabili</i>	19
Tavola 2: <i>Numerosità posti letto totali Regione FVG -</i>	21
11. <i>L’assistenza domiciliare nei welfare locali: un aiuto che non basta</i>	22
12. <i>Immigrazione femminile e nuovo scenario della domiciliarità assistita</i>	24
13. <i>Le “badanti” quali nuove lavoratrici della cura: ampiezza del fenomeno, profilo, lavoro richiesto</i>	25
14. <i>Le famiglie degli anziani: curanti, datori di lavoro, formatori e coordinatori assistenziali: un fai da te che va affiancato</i>	28
15. <i>I welfare locali e il nuovo mercato della cura domiciliare: impatto economico, risparmi e responsabilità per un fenomeno da governare</i>	31
PARTE TERZA.....	33
16. <i>Strategie di azione a sostegno della domiciliarità assicurata dalle lavoratrici straniere</i>	34
16.1 <i>Non solo sapere femminile: competenza e formazione per le lavoratrici della cura</i>	35
16.2 <i>Prendersi cura di chi cura: il tutoring domiciliare</i>	37
16.3 <i>Servizi informativi e di incontro per la domanda/offerta del lavoro di cura</i>	40
16.4 <i>Un luogo tutto per sé: non solo lavoratrici immigrate ma parte della comunità locale</i>	43
16.5 <i>famiglie e lavoratrici della cura : un incontro che si auto-organizza?</i>	44
17. <i>Linee di indirizzo per progetti di domiciliarità attenti allo sviluppo di comunità</i>	45
PARTE QUARTA.....	51
18. <i>Vecchia Europa: Esperienze italiane ed europee nelle cure domiciliari agli anziani, politiche in atto, linee di tendenza e prospettive.</i>	52
19. <i>Schede europee</i>	59
1.A Austria	59
1.B Danimarca	62
1.C Francia	69
1.D. Finlandia	79
1.E. Germania	85
1. F. Gran Bretagna	89
1.G. Olanda.....	92
20. <i>Schede su esperienze italiane</i>	96
BOLOGNA Progetto Hope.....	96
Comune di Parma: sperimentazione dell’accreditamento	98
Comune di Modena (Progetto Serdom)	101
21. <i>Spigolature tra le buone prassi in Emilia-Romagna</i>	104

<i>22. Considerazioni conclusive</i>	108
<i>NOTE</i>	111
BIBLIOGRAFIA	113

Presentazione

Il contributo che si propone ha inteso approfondire il tema della domiciliarità, soprattutto della domiciliarità assistita, in una ottica di politiche e di pratiche sociali orientate allo sviluppo di comunità e al lavoro sociale di rete secondo l’asse della vita quotidiana.

Con attenzione a questa ottica si è cercato di portare avanti una riflessione che ha tentato di rendere esplicativi sia sul versante della caratterizzazione dei welfare locali che sulle più concrete dimensioni organizzative, tecniche ed operative gli aspetti concreti e peculiari di una impostazione tesa a costruire relazioni, responsabilità diffusa, cittadinanza sociale con la preoccupazione di far cogliere soprattutto il senso e i riferimenti guida che sostenevano considerazioni e proposte.

Secondo questa impostazione e con riferimento all’incarico avuto, il contributo che si propone affronta:

- *nella prima parte*, il tema della domiciliarità anziana nel contesto di politiche integrate con attenzione alle politiche dell’abitare, alle politiche sociali e alle strategie del lavoro di comunità prevedendo linee e indicazioni a ciò finalizzate;
- *nella seconda parte*, la lettura e la tematizzazione del lavoro di cura familiare nell’attuale contesto sociale secondo due grossi riferimenti oggetto di approfondimento specifico: le politiche e i servizi socio-sanitari dei welfare locali per l’assistenza domiciliare, l’analisi del nuovo fenomeno rappresentato dalle lavoratrici immigrate della cura quale risorsa diffusa per una domiciliarità assistita con una riflessione sull’impatto sociale ed economico di questa nuova realtà;
- *nella terza parte*, strategie di azione e linee di indirizzo volte al sostegno di una buona domiciliarità prevedendo esemplificazioni ed esperienze concrete con un approfondimento mirato al governo e al supporto del nuovo scenario di domiciliarità assicurato dalle donne straniere. Rispetto a ciò si sono presentate alcune proposte peculiari da intendere anche come buone prassi possibili, riguardanti la formazione professionale, il tutoring domiciliare, servizi informativi e di orientamento/assistenza, l’incontro domanda/offerta del lavoro di cura, l’integrazione sociale di dette lavoratrici attraverso luoghi di risorse socio/relazionali a ciò dedicati, forme possibili di auto-organizzazione e di mutualità microterritoriali secondo un’ottica di economia sociale ;
- *nella quarta parte*, una riflessione sulle politiche socio-sanitarie a livello europeo riferite alla assistenza domiciliare e più complessivamente alla domiciliarità con attenzione alle esperienze di economia sociale e la presentazione di un quadro articolato, comprensivo di buone pratiche, riguardante sette paesi, unitamente alla presentazione di alcune interessanti esperienze italiane e della regione Emilia Romagna.

Le considerazione conclusive tentano di fare una sintesi dei punti ritenuti più salienti e ancora aperti per possibili nuovi sviluppi del sostegno alla domiciliarità in direzione anche di una riflessione più attenta al tema “lavoratrici straniere” e alle diverse prospettive future circa la permanenza e la configurazione di tale risorsa per la cura nonché al tema di un rinforzo etico/culturale all’educazione alla cura fra i sessi e le generazioni.

PARTE PRIMA

1. Domiciliarità e vita quotidiana

Non vi è dubbio che la qualità della vita di una famiglia e delle singole persone è innanzitutto la qualità della vita quotidiana dove per quotidiano si intende contemporaneamente sia l'intreccio di necessità, desideri e progetti che caratterizzano il giorno dopo giorno, sia la possibilità di contare su un mix di risorse, opportunità e servizi che consentano di rispondere non solo ai cosiddetti bisogni materiali ma anche ai bisogni immateriali e in particolare ai nutrimenti relazionali.

Tutto ciò ha come scenario i luoghi del quotidiano quali spazi con cui ci si rapporta “familiariamente” e quali orizzonti che segnano e circoscrivono il mondo abituale delle routinarietà. E’ infatti in questo contesto del consueto che prende o non prende forma concretamente una buona vita e che si agisce la possibilità di costruire e riconoscersi dentro una storia di appartenenze, di legami e di piccoli ma preziosi radicamenti.

Una casa, dunque e il suo “dintorno” (come dice Marilena Scassellati della Associazione “La Bottega del Possibile”), quale diritto, soprattutto per la popolazione più fragile come è la grande età anziana, di stare dentro la “propria pelle”, di abitare un luogo in cui ci si riconosce e in cui poter contare su qualcuno e per qualcuno che non sia solo un operatore professionale o un familiare, quasi sempre una donna, lasciata sola a farsene carico.

Parlare di politiche ed azioni a supporto della domiciliarità significa perciò confrontarsi concretamente con un insieme di cose che va ben oltre l’assistenza domiciliare:

-significa affrontare una serie di questioni ampie e trasversali ma anche molto minute, concrete e particolari perché la vita quotidiana è fatta di queste cose;

-significa comunque porsi innanzitutto in un ascolto attento, riflessivo e continuo di ciò che gli anziani, le anziane, le loro famiglie e le varie espressioni sociali che li rappresentano hanno da dirci sulla loro esperienza e sulle loro fatiche.

Tutto questo richiede di entrare di più nel merito della questione e parlare del diritto a una buona domiciliarità cercando di capire cosa è o può essere appunto una buona o decente domiciliarità, tale da consentire la migliore vita possibile per le persone che ne sono coinvolte (sia chi è assistito sia chi cura).

Ciò nella consapevolezza che non c’è una volta per tutte, che molte sono le rappresentazioni e le valutazioni a seconda degli osservatori in cui ci collochiamo e dei valori in cui ci riconosciamo, che ogni situazione non è omologabile ad un’altra, non è statica ed ha bisogno di molti riposizionamenti nel corso di tempi anche brevi.

Per questo occorre innanzitutto avere e darsi spazi comuni in cui ricomporre e connettere i diversi mosaici conoscitivi, condividere rappresentazioni, obiettivi e linee di azione che siano anche contemporaneamente dei percorsi partecipati di ricerca e costruzione di nuove ipotesi tali da poter diventare patrimonio sociale capace di alimentare cittadinanza sociale e intelligenze collettive.

2. Domiciliarità, prestazioni domiciliari e politiche sociali

Troppi spesso i luoghi del dibattito e del confronto si muovono, oggi, in modo separato e non sempre incrociano le narrazioni delle persone direttamente coinvolte né i diversi attori in campo.

In particolare nell’ambito delle Politiche sociali, e soprattutto dei servizi sociali, i luoghi del dibattito e del confronto coinvolgono quasi esclusivamente gli addetti ai lavori e le sedi istituzionali per cui si tende a leggere problemi ed esigenze attraverso il filtro delle sole competenze tecniche e a partire dalle offerte sostenibili per la pubblica amministrazione.

Finendo così di confondere la domiciliarità, con il diritto al servizio di assistenza domiciliare, e l’assistenza domiciliare, con le prestazioni da erogarsi secondo parametri di valutazione compatibili con i budget disponibili.

Questa parzialità conoscitiva, che poi incide significativamente nelle pratiche organizzative ed operative, sta diventando un rischio sempre più alto in un momento come l’attuale concentrato essenzialmente sul tema degli accreditamenti, delle distinte competenze aziendali, delle efficienze e delle logiche prestazionali.

Logiche che di fatto tendono a scomporre in modo lineare situazioni e contesti complessi identificando, soprattutto nell’ambito della domiciliarità assistita, gli interventi “autorizzabili” tesi sostanzialmente a coprire le esigenze assistenziali connesse a un vivere “biologico” (quali l’alzata, la rimessa a letto, l’igiene personale, la consegna del pasto, il bagno), come prese in carico complessive di situazioni che invece restano, di fatto, precarie o sulle spalle delle famiglie.

E questo senza che vi sia una forte e diffusa consapevolezza di tale situazione che accomuna tutti gli scenari familiari alle prese con membri non autonomi in quanto resa invisibile proprio dalla

stessa modalità di approccio che divide sostanzialmente i cittadini con problemi di cura fra autonomi economicamente e non autonomi economicamente: questi ultimi individuabili nella accezione di potenziali utenti o utenti del sistema pubblico.

Ai primi, in quanto appunto considerati “economicamente autonomi”, ma che come ben sappiamo vivono al pari degli altri tutte le difficoltà organizzative e di gestione di un piano di cura complesso, viene infatti riconosciuto in genere dal sistema territoriale, poco più di un elenco dei fornitori accreditati e informazioni generali che sono poi da ripersonalizzare con molta difficoltà, dispiego di tempo e di energie tanto più se non si ha dimestichezza con i diversi sistemi con cui dovere rapportarsi.

Ma ad essi generalmente non “spettano”, nel senso di un diritto “esigibile”, consulenze specifiche per una messa a punto particolareggiata del piano domiciliare, un supporto personalizzato nella ricerca, combinazione e valutazione delle risorse, un affiancamento programmato all’esercizio delle pratiche assistenziale, specie se pesanti e complesse, interventi per fronteggiare emergenze e situazioni impreviste, accompagnamento e tutoring ai caregivers siano essi familiari o assistenti familiari a pieno tempo.

Si opera cioè, di fatto, (anche là dove l’approccio è più ricco), una stretta connessione fra situazioni di autonomia economica e capacità/possibilità da parte delle persone, e soprattutto delle famiglie coinvolte, di “sapersi scegliere, organizzare e gestire la cura”.

Tutto questo produce come esito che ai cittadini e alle famiglie, cosiddette autonome economicamente, non viene riconosciuto il diritto di avere un sostegno complessivo e strutturato di tipo tecnico su cui contare.

Ciò appare tanto più problematico se si tiene conto, fra l’altro, che i parametri di “autonomia economica” considerati per l’accesso al sistema dei benefici pubblici, sono tutt’altro che alti e anzi sono ormai percepiti come inadeguati non solo dagli interessati ma anche dallo stesso sistema oggi in forte impasse al riguardo.

Questa semplificazione riduttiva dei bisogni, sicuramente rinforzata da budget insufficienti ad affrontare un aumento esponenziale della non autosufficienza soprattutto nella grande età anziana, finisce appunto per perdere di vista e non riconoscere nemmeno più l’insieme delle esigenze e dei diritti, l’unitarietà della persona, la complessità dei problemi che segnano, ad esempio, le domiciliarità ad alta intensità tutelare o assistenziale in quanto fuori dal proprio orizzonte di offerta.

Un orizzonte che di fatto sta rischiando di diventare il solo paradigma di riferimento per la costruzione del piano assistenziale e che finisce per non riconoscere e non tematizzare a sufficienza la parzialità degli interventi che si erogano.

Tale modalità, qui esasperata per farne cogliere le peculiarità di fondo, porta, specie in un momento come questo di disinvestimento nazionale sulle politiche sociali, a una progressiva deresponsabilizzazione del welfare pubblico da impegni e pratiche che invece gli appartengono pienamente.

Infatti prendersi cura di chi cura, indipendentemente dalla possibilità o meno di accesso da parte degli interessati a benefici assistenziali più concreti, significa riconoscere fino in fondo il valore sociale della cura e quindi anche il lavoro sociale di chi cura. Da ciò discende la necessità di assicurare in modo generalizzato, attivo e gratuito almeno un affiancamento significativo di tipo tecnico a supporto del lavoro assistenziale e organizzativo assicurato dalle famiglie nella consapevolezza che trattasi di un servizio dovuto per diritto di cittadinanza.

E’ perciò importante ed urgente, per un welfare delle responsabilità condivise ed orientato perciò allo sviluppo della propria comunità (e non solo della propria utenza reale o potenziale), cominciare a mettere in discussione criteri organizzativi, modelli prestazionali e codici professionali che sono andati via via sedimentandosi e che sono anche l’esito di deleghe e mediazioni impossibili che i servizi hanno di fatto accettato di gestire fra situazioni sempre più pesanti e risorse ristrette.

Da questa situazione occorre uscire riportando dentro al contesto sociale le difficoltà e i problemi che li vanno assunti o comunque tematizzati in quanto lì nascono e si producono.

Pertanto occorre allestire spazi, metodologicamente curati in cui dare vita a una progettazione partecipata a partire dai piccoli territori (dalle sub-zone) quale esito di un confronto capace di maturare convergenze valoriali e valutative sui problemi, assumere responsabilità diffuse in ordine alle scelte e agli obiettivi da perseguire condividendo anche i limiti e le parzialità che si ritiene di dover/poter accettare.

Spazi, infine, che già di per sé siano anche un progetto di sviluppo della partecipazione locale su cui puntare in modo rigoroso e che dovrà preoccuparsi di dare e chiedere parola innanzitutto ai primi portatori di interesse che sono appunto i cittadini coinvolti e le loro famiglie.

Tutto ciò è oggi reso non solo possibile ma richiesto esplicitamente dalla nuova legge quadro n. 328 del 2000 di riforma della assistenza la quale indica peraltro nei Piani sociali di zona il nuovo strumento da implementare anche con nuove strategie partecipative che siano tese ad allestire contesti partecipativi veri, snelli, non omnicomprensivi, meno preoccupati delle rappresentanze e delle procedure di quanto non modelli che conosciamo.

3. Buona domiciliarità: ovvero la persona e il suo “dintorno”

Entrando più direttamente nell’argomento potremmo dire dunque che la domiciliarità è quel contesto significativo che comprende la persona, la sua casa e ciò che la circonda; cioè la persona assunta nel suo ambiente più prossimo, inteso come il caseggiato, i vicini, il quartiere, il paese, con cui ha costruito appunto i suoi legami di prossimità, le sue autorappresentazioni, il suo quotidiano. Senza dimenticare, ovviamente, la sua famiglia e i suoi parenti più stretti.

E’, per dirla con le parole di un grande vecchio utente dei servizi di assistenza domiciliare del Comune di Parma, “*una situazione in cui uno sente di essere nella mente e nel cuore di qualcuno che sta nei suoi paraggi solo per il fatto che è lui e non è solo uno di quelli del Servizio domiciliare da cui un operatore va per mestiere, negli orari previsti e per le prestazioni previste*”

Volendo fare un minimo di articolazione ragionata possiamo dire dunque che domiciliarità significa:

riuscire a rimanere in modo sicuro e protetto nella propria casa e nel proprio ambiente di vita;

- contare su relazioni sia parentali che di prossimità in grado di far sentire un minimo di appartenenza familiare e microcomunitaria che vada al di là del perimetro del proprio appartamento e di una routinarietà sempre più avvitata su se stessa fatta di solitudine e di medicine;
- poter fare affidamento su un ventaglio di opportunità e servizi (di appoggio, di emergenza, di convalescenza, semiresidenziali, temporanei) fra loro sequenziali, che diano la possibilità di far fronte alle diverse esigenze sapendo che ”l’andare in residenzialità non è sempre senza ritorno ma può prevedere anche un tornare”;
- essere supportati nelle ridotte autonomie secondo modalità e criteri che facciano sentire, soprattutto alle persone più fragili, di essere ancora degne di rispetto, capaci di scegliere e di decidere sulla propria vita;
- essere consapevoli che il diritto alla domiciliarità delle persone non autonome si deve coniugare con il diritto a una qualità della vita sostenibile da parte della o delle persone curanti, dove la sostenibilità viene misurata da ciascuno su di sé secondo la propria differenza e non sulle standardizzazioni stabilite da altri;
- la presenza di una rete di soggetti e di attori quali espressioni della comunità locale (fra cui vanno previsti ovviamente le rappresentanze dei diretti interessati), che attraverso una regia pubblica si impegnano in una progettazione partecipata secondo un’ottica di sussidiarietà e di responsabilità condivisa che, se pure in misure diverse, interroga e coinvolge più forze orientando a ciò le azioni e gli impegni di tutti.

Ma la domiciliarità e, soprattutto, i suoi criteri di riferimento possono anche essere in parte ricompresi e tenuti presente, se pur chiaramente con i necessari distinguo, anche quando le persone devono lasciare la propria abitazione per residenze ad alta intensità assistenziale.

In questo caso deve trattarsi di residenze con dimensioni ridotte, possibilmente inserite nel tessuto territoriale di appartenenza con cui possano essere tenuti rapporti significativi di scambio e di collaborazione progettuale, caratterizzate da molta flessibilità organizzativa, in grado di consentire spazi privati e possibilità di autodeterminazione rispetto ad esigenze vissute come fondamentali dagli interessati riconoscendo diritto di continuità a tutte quelle abitudini che caratterizzavano gli aspetti gratificanti della vita quotidiana.

Insomma una “Casa aperta di quartiere o di paese” che funziona il più possibile secondo un’ottica familiare.

4. Le politiche per la domiciliarità a cominciare dall'abitare

I criteri sopra richiamati portano a perseguire e a rimettere a punto in continuazione un progetto politico e culturale che assuma come riferimento uno scenario ampio di diritti e quindi di impegni che non possono fermarsi solo all'approfondimento e a una rivisitazione degli interventi socio-sanitari che caratterizzano l'attuale modello di assistenza domiciliare e che certamente non solo non vanno messi in discussione, ma vanno ampliati e rinforzati.

Uno scenario, quindi, che vada oltre i recinti di tipo assistenziale per misurarsi con le diverse politiche di settore secondo strategie di azione fra loro fortemente integrate e tese ad assumere la molteplicità delle esigenze in un'ottica di diritti di cittadinanza.

Perciò dalle politiche urbanistiche a quelle abitative, a quelle dei trasporti, a quelle della sicurezza e a quelle socioculturali, oltre ovviamente a quelle sociali e sanitarie, nel mentre pensano a tutti i cittadini devono pensare anche specificatamente alle esigenze di ogni età della vita, a ciascuna condizione personale e familiare, alle peculiarità di ciascun genere (le donne non sono omologabili agli uomini) promuovendo per tutti possibilità di inclusione sociale, di scambi generazionali ed intergenerazionali, reti di socialità e di relazione quali aspetti fondanti del vivere.

5. Le politiche dell'abitare per una possibile domiciliarità di tutti

In particolare le politiche dell'abitare, e più complessivamente quelle urbanistiche e di sviluppo territoriale, sono chiamate a rinnovate attenzioni verso il sostegno della domiciliarità in quanto, innanzitutto a loro, è richiesto il primo impegno di assicurare condizioni in grado di coniugare sicurezza, possibilità di socialità e di fruizione del territorio, soprattutto per quanto riguarda i luoghi della prossimità

Infatti accanto alle varie tecnologie e dispositivi di cui dotare o riattrezzare gli alloggi in modo che si adattino nel tempo all'insorgere di ridotte autonomie, appare urgente dare più gambe e più e forza anche a possibilità innovative, (di cui cominciano ad esserci sperimentazioni interessanti cui fare riferimento), in grado di seguire e sostenere l'età che avanza quali ad esempio:

- la messa sul mercato di alloggi che prevedano contiguità abitative degli anziani con le famiglie dei figli o altre famiglie parentali disponibili ad essere punto di riferimento, secondo facilitazioni significative che possano dare forza e percorribilità a solidarietà familiari sostenibili;
- l'adeguamento strutturale, soprattutto dei grossi insediamenti abitativi e, in particolare, quelli di edilizia residenziale pubblica (ERP oggi di proprietà comunale e a sovraintendenza regionale) dove vi è un alto tasso di grandi vecchi in cui li hanno le loro radici e la loro storia, affinché possano contare su:

> portinerie sociali intese come punti risorsa e luoghi "caldi" di riferimento immediato in grado di offrire servizi per la vita quotidiana (assistenza nei problemi connessi alla routinarietà quali ad esempio assicurare piccole riparazioni o manutenzioni, organizzare la spesa a domicilio, dare un appoggio in situazioni di malesseri o convalescenze, aiuto nell'affrontare emergenze, sostegno in presenza di lutti, controllo degli accessi agli appartamenti ecc.) ma anche come un piacevole luogo attrezzato per piccoli incontri, soste di convivialità o di amicizia di caseggiato, festeggiamento insieme di ricorrenze;

> un servizio infermieristico-assistenziale o di pronta emergenza inserito o comunque fortemente integrato nell'ambito della portineria sociale, tale da poter rispondere, secondo criteri di prossimità, alle diverse esigenze socio-sanitarie e comprensivo anche di una "guardia notturna" "che possa, fra l'altro, assicurare "un'accompagnamento" al tempo della notte che, come noto, per i grandi anziani soli con ridotta autonomia, rappresenta un tempo segnato dall'ansia, dall'angoscia e dalla paura, soprattutto se sono in situazioni di particolare malesero;

> possibilità di condividere il momento del pasto, (soprattutto da parte di coloro che lo ricevono a domicilio) in piccoli spazi conviviali attrezzati, pensati anche contemporaneamente come punti di incontro e di conversazione che consentano sia di ridare valore relazionale a tale momento sia di rompere quelle routinarietà di solitudine che non affrontate con il servizio di pasti a domicilio;

> alloggi che prevedano contiguità facilitate o comunque spazi comuni con altri alloggi che rinforzino il senso di sicurezza e di protezione, aiutino a ricostruire una qualche forma di relazionalità familiare fra persone sole (amici, fratelli e sorelle, cugini) consentendo scambi ravvicinati, condivisione di particolari momenti della giornata, possibilità di piccole mutualità e solidarietà routinarie, una fruizione "in compagnia" della città e delle sue opportunità, ma anche l'utilizzo in comune di servizi domestici, assistenziali e di cura con relativa condivisione della spesa ;

> alloggi infine peculiarmente organizzati per piccole comunità diurne o residenziali rivolti ad anziani stabilmente o temporaneamente non in grado di vivere da soli (si pensi ad esempio alla necessità di convalescenze assistite) e che quindi hanno bisogno di usufruire di personale a ciclo continuo.

Si tratta di pensare a piccoli spazi comunitari intesi come centri/servizi di caseggiato organizzati per essere contemporaneamente anche punto risorsa di tipo socio/assistenziale per altre esigenze compatibili che di mano in mano si presentano.

Un luogo che risponda a criteri polifunzionali e flessibili, secondo logiche organizzative che devono fare riferimento a un progetto unitario di caseggiato o di microzona e quindi a un unico gruppo di operatori/operatrici che ne hanno la responsabilità e il presidiamento complessivo garantendo così un riferimento trasversale a problemi che vanno visti in una ottica unitaria.

Certamente qui siamo in un terreno più complesso ma che conta già delle buone pratiche a cui riferirsi e che dà concretamente il senso di nuove e possibili direzioni per una progettazione abitativa e urbanistica che è anche progettazione sociale e viceversa.

In sostanza occorre dare sempre più corpo a un diritto dell'abitare che contenga in sé anche un abitare assistito, relazionale e microcomunitario tale da avere caratteristiche sia di temporaneità che di stabilità (senza pensare per ora di dare risposta a tutte le situazioni di non autonomia su cui comunque il dibattito va tenuto alto).

Ciò non solo per assumere i bisogni dei grandi anziani o della fascia di popolazione più fragile ma in quanto caratteristica strutturale di una politica abitativa pensata per le diverse esigenze della vita e in grado di accompagnare i diversi cicli di vita.

Un abitare, peraltro, quello pensato per piccoli nuclei protetti di caseggiato che sul piano organizzativo può anche meglio sperimentare forme condivise di cooperazione sia con le risorse solidaristiche del microterritorio sia con i familiari stessi (là dove ci sono) i quali alleggeriti da carichi assistenziali permanenti possono essere interessati a forme nuove di partnership secondo una combinazione di collaborazioni che può produrre anche un contenimento delle spese entro tetti compatibili.

Rispetto a questi nuovi scenari di innovazione, certamente i costruttori, gli architetti e i vari esperti di domotica hanno un ruolo fondamentale; ma è in primis agli Enti locali complessivamente intesi, insieme alle Fondazioni, alla cooperazione sociale e alla imprenditoria sociale in generale, che spetta una funzione promozionale e di regia strategica se vogliamo che tali proposte non aprano solo un nuovo mercato ma spazi più ampi di inclusione alla portata di tutti.

6. Le Case protette c'entrano con la domiciliarità?

In genere il dibattito sulla domiciliarità esclude una riflessione sulle strutture residenziali.

Infatti queste sono ritenute fuori da un approccio che le possa ricomprendere sia come luoghi in grado di riconoscere a chi purtroppo viene considerato solo un ospite o un assistito, un protagonismo e una possibilità di decidere significativamente sul proprio quotidiano sia come luoghi che comunque hanno una appartenenza alla comunità territoriale in cui sono ubicati ma anche con i contesti di provenienza degli anziani. E chi, a questo proposito, ha potuto assistere al dolore di un distacco sentito come definitivo (nel senso di avere la consapevolezza che quei luoghi familiari non sarebbero più stati rivisti) da parte di anziani che uscivano dalla loro casa e salutavano i propri vicini prima di partire per la Casa protetta, ne sa qualcosa.

Con questo si ha ben presente, purtroppo, la progressiva caratterizzazione tutelare che le varie Case protette stanno assumendo a motivo dello stato di gravità e di compromissione psico/fisica delle persone oggi accolte e quindi l'inevitabile rischio di sanitarizzazione della vita quotidiana unitamente a dinamiche istituzionalizzanti che in esse tendono a instaurarsi e che a volte in breve tempo portano alla perdita delle risorse individuali residue.

Eppure, anche per questo, non va dimenticato che tali strutture sono innanzitutto la casa di chi vi abita.ⁱ

In questo senso devono interrogarsi ed essere interrogate su come possono allestire o ricostruire un ambiente di casa e una qualche “padronanza di casa” pur in presenza di situazioni compromesse, (ma che possono ugualmente autodeterminarsi per alcuni aspetti), andando oltre alla pur fondamentale questione degli arredamenti personalizzati e “della memoria”.

Case sociali, dunque, che per quanto possano essere superate o sicuramente ripensate, (ma non è questa la sede per aprire la questione) sono da considerarsi a tutti gli effetti luoghi che anch'essi aiutano e promuovono autodeterminazione oltre che essere un punto rete e una risorsa polifunzionale

di territorio (di quartiere, di paese) identificando così una loro mission più complessiva in progetti di domiciliarità in cui devono essere coinvolte e rispetto a cui devono coerentemente ripensarsi.

Progetti, soprattutto microterritoriali, che ricoprendano ad esempio, oltre ad accoglienze temporanee in genere già attivate, anche il servizio di assistenza domiciliare, un pronto intervento sociale, il servizio di lavanderia/stireria e manutenzione del vestiario oltre ad altre eventuali funzioni compatibili che li facciano percepire come un luogo/risorsa di prossimità sociale.

Queste nuove caratterizzazioni, peraltro, possono aprire orizzonti lavorativi più vitali per il personale assistenziale che vi opera rompendo quel circuito ghettizzante ed autoreferenziale che ha segnato la attuale fisionomia di tali strutture potendo così incidere positivamente, con buona probabilità, anche sui problemi di burnout ed alto turnover che caratterizzano i luoghi della cronicità involutiva.

Come si può notare trattasi di proposte che vanno ben al di là di una mera dilatazione delle funzioni tradizionali (secondo criteri di efficienza economica ed organizzativa su cui c'è già una condivisione diffusa) in quanto prevedono sviluppi di esperienze che richiedono un vero e proprio riorientamento, anche di senso.

7. Politiche di Rete e di comunità un obiettivo del lavoro sociale e dei welfare locali

Le riflessioni svolte e alcune brevi esemplificazioni propongono due temi importanti che faranno poi da sfondo alla identificazione di linee di intervento orientate alla domiciliarità che sviluppi inclusione sociale delle persone anziane, soprattutto dei grandi vecchi.

E cioè, che cosa può voler dire concretamente avere come riferimento la promozione/sviluppo di comunità e il lavoro di rete nelle politiche sociali e nel lavoro sociale ?

Come dice Franca Manoukian in modo articolato e puntuale nell'inserto “Quanto è sociale il lavoro dei servizi?” nel n. 10/2004 della rivista *Animazione Sociale* “ *i servizi non servono solo agli utenti ma cliente principale dei servizi è la società stessa: e la comunità locale; una società complessa, ingovernabile, attraversata da frammentazioni e disgregazioni, segnata da fenomeni che sfuggono al controllo, accentuano squilibri e disuguaglianze, intrinsecamente portatrice di contraddizioni che rendono difficile la vita dei singoli e la convivenza. I servizi lavorano dunque per la società nel suo insieme, che richiede una tutela della qualità della vita sociale, che essa stessa, con le sue inerzie e i suoi movimenti contradditori, contribuisce a minacciare.*”

Perciò i problemi individuali vanno visti contemporaneamente anche come esito e prodotto del contesto sociale. E' li perciò che vanno tematizzati e rappresentati da strati sempre più ampi di popolazione oltre che dai diversi attori sociali ed istituzionali che insieme devono condividere come affrontarli mobilitando contemporaneamente le necessarie risorse. Ma anche come accettarli, avendo la consapevolezza che non tutto si può risolvere.

Si tratta infatti di dare sempre più vigore a un processo di riappropriazione sociale del disagio e dei problemi che la stessa comunità produce o che comunque la attraversano e la colpiscono in modo che ci sia una consapevolezza diffusa sulla loro valenza sociale e sul fatto che occorre l'apporto di tutti per “riconoscerli, nominarli, gestirli.”

In questa ottica i servizi diventano dei luoghi sociali nonché degli attivatori di processi sociali in cui insieme ad altri attori si elaborano conoscenze, si operano valutazioni collettive e si aggregano risorse volte a costruire convergenze sui problemi e sul loro fronteggiamento.

E, sempre in questa ottica, “*gli operatori diventano innanzitutto degli accompagnatori di processi sociali, tesi a mobilitare l'interesse sui problemi e aiutare il contesto locale a entrare in contatto con la complessità del disagio, con le sofferenze, il malessere che l'attraversa assumendosene la propria parte “nella consapevolezza che si trattano questioni il cui trattamento non può essere demandato solo ai servizi o a un solo attore, pur competente e tecnicamente preparato”*” (F. Manoukian, ibidem).

E' necessario uno spostamento di ottica che richiede riposizionamenti complessi ma irrinunciabili per poter affrontare i problemi dell'oggi.

Occorre infatti assumere come impegno prioritario e trasversale la promozione dei legami sociali e la costruzione, per quanto parziale, di una identità sociale che, a partire dal piccolo e dai contesti di fragilità del quotidiano, possa ritrovarsi in un “ noi “ che sa riconoscere la propria appartenenza al contesto in cui vive.

Una identità sociale che proprio attraverso questo riconoscimento può appropriarsi di un diritto/dovere di coinvolgimento nei problemi della sua microcomunità attraverso un agire collettivo

che sappia mettere insieme e far fruttare le energie di una cittadinanza attiva in una dimensione di possibile e maggior benessere sociale per tutti.

E' questa peraltro l'impostazione della legge quadro nazionale già citata legge n. 328 del 2000 "Realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali" che richiama con insistenza allo sviluppo dei processi di partecipazione dal basso e alle strategie di rete identificando nei Piani sociali di zona lo strumento attraverso cui gli Enti territoriali devono realizzare tali indirizzi.

Le esperienze già in atto al riguardo ci stanno segnalando quanto tali processi partecipativi siano complessi, abbiano bisogno di allestimenti molto curati ed attenti per poter produrre l'avvio di nuovi scenari a responsabilità diffusa.

Scenari di per sé non sono garantiti dalla mera osservanza di procedure "relazionali" che a volte rischiano di produrre nuove burocrazie tecniche (più pericolose di quelle amministrative perché meno evidenti) preoccupate soprattutto di stendere i necessari accordi formali previsti dalle normative vigenti.

8. Riorientamento delle linee di azione e sviluppo di comunità

Pertanto, facendo sintesi delle riflessioni fino ad ora condotte si ritiene che le politiche sociali di domiciliarità per l'età anziana attente al rafforzamento della dimensione comunitaria debbano essere realizzate all'interno di un quadro più complessivo che devono contribuire a sviluppare e tale da prevedere:

1) un contemporaneo sostegno delle ridotte autonomie e degli impegni di cura familiare attraverso una pluralità di azioni convergenti in un progetto unitario. Questo progetto deve assumere come riferimento la qualità della vita quotidiana (intesa anche nei suoi aspetti relazionali e di diritto alla socialità) in un contesto di responsabilizzazione diffusa a livello territoriale che metta in moto sforzi, collaborazioni, impegni congiunti, auto-imprenditoria e piccole disponibilità particolarmente attente agli aspetti di criticità e di particolare complessità;

2) lo sviluppo, pertanto, di una comunità solidale e corresponsabile a partire dai contesti di prossimità e dalle circoscrizioni territoriali intese come luoghi di appartenenza e perciò luoghi fiduciari dei cittadini in cui sviluppare, a partire dal piccolo, condivisioni, cittadinanza sociale; autoimprenditoria, self-care sociale, economia sociale;

3) la cooperazione sociale, il volontariato, l'associazionismo in generale quali espressioni dirette di una comunità solidale e quali peculiari attori di sviluppo di una cittadinanza attiva, sociale e relazionale in quanto aspetti costitutivi e caratterizzante le loro mission specifiche;

4) la progettazione partecipata quale processo di riferimento decisionale collettivamente condotto per le scelte strategiche dei welfare locali e per la costruzione dei Piani sociali di zona quali strumenti di programmazione dal basso;

5) la costruzione di reti e il lavoro di rete inteso come processo continuo di connessione, scambio, cooperazione, rinforzo reciproco fra attori e soggetti che si mettono insieme per obiettivi comuni;

6) i Servizi sociali professionali come spazi di lavoro sociale inteso innanzitutto come guida relazionale e luoghi di relazione attraverso cui co-costruire soluzioni insieme a cittadini competenti e alle loro reti di riferimento;

Rileggere tutto ciò dalla parte del lavoro sociale di territorio e delle professioni sociali comporta il superamento di modalità organizzative ed operative impostate essenzialmente sul lavoro di casistica individuale a sua volta agito sempre meno attraverso un pensiero creativo e sempre più secondo tecniche "adempitive"ⁱⁱ per caratterizzarsi innanzitutto come luoghi di guida relazionale, di co-costruzione delle risorse, di mobilitazione e connessione dei contesti attraverso "pensieri accomunanti";

In sostanza le linee proposte assumono la matrice relazionale come codice dell'azione sociale e in tale ottica diventa un obiettivo primario, investire nella costruzione e valorizzazione di capitale sociale che è appunto e innanzitutto un capitale relazionale.

Ciò nella duplice direzione sia del lavoro sociale con le persone e le famiglie dove si punta ad irrobustire le condizioni di fragilità delle loro reti quotidiane, sia del lavoro sociale di territorio, che ricomprende ovviamente anche il primo e viceversa, dove, con le forze e le espressioni sociali presenti, si punta a una lettura condivisa dei problemi attorno a cui promuovere assunzioni di responsabilità

9. Pratiche professionali e modalità organizzative secondo un'ottica di comunità

Secondo tali orientamenti gli strumenti dell'attività professionale dei Servizi sociali di zona non sono solo l'istruttoria del caso, la diagnosi e il piano di intervento soprattutto se adottati in maniera lineare e sequenziale né il cosiddetto lavoro di casistica, seppure affrontato in modo sistematico.

Sono necessarie, infatti, competenze trasversali in ordine al lavoro di comunità, al lavoro sociale di rete, alle tecniche di cooperazione, di mediazione, di micro-progettazione partecipata, di mobilitazione delle risorse informali. Servono ancora competenze mirate in ordine alla cognizione sociale di comunità, alla ricerca/azione, a una lettura complessa e dinamica delle diverse peculiarità familiari e dei diversi quotidiani familiari.

Servono infine competenze specifiche in ordine a quelli che vengono chiamati interventi di welfare leggero quali la consulenza, la mediazione sociale e familiare, l'affiancamento, la conduzione di gruppi di mutuo aiuto e di self help, la mediazione culturale, il lavoro di tutoring.

Tali nuove competenze dovranno trovare coerenza anche nelle strategie organizzative secondo cui :

a) tutta la rete del welfare locale, e non solo i servizi sociali professionali, deve essere sempre più sensibilizzata e preparata a promuovere connessioni e reticolli sociali perciò tutte le postazioni e gli interventi seppure, ovviamente a livelli diversi, devono essere orientati anche a tale scopo;

b) alcuni segmenti specifici della rete, quelli più direttamente coinvolti nel lavoro sociale territoriale, a partire dai servizi sociali professionali, devono essere chiamati a un impegno specifico in ordine alla promozione dell'empowerment e della partecipazione sociale. In particolare devono sentirsi impegnati nella costruzione di interventi e progettualità concrete che prevedano sempre una attenzione specifica di rinforzo relazionale, di sostegno alla socializzazione, di supporto tecnico (ovviamente se richiesto) alle diverse forme di auto-organizzazione, di regia e coordinamento delle risorse sociali in campo, diventando anche dei punti sensori e spazi di connessione per le politiche locali più generali e per i diversi servizi territoriali.

Unitamente a ciò i Piani sociali di zona, che, soprattutto per quanto riguarda la popolazione anziana, sono fortemente integrati con i piani sanitari, dovranno prevedere strategie precise di sviluppo della partecipazione locale individuando alcuni indicatori essenziali.

In particolare gli attori della cooperazione sociale, del volontariato e dell'associazionismo, proprio per la loro intrinseca struttura sono tenuti ad investire in direzione del lavoro di comunità e dello sviluppo di comunità attraverso modalità di lavoro sociale che non vanno date per scontate (in quanto espressione di tali soggetti) ma che devono essere chiaramente visibili e valutabili.

Tutto questo significa che deve essere riconosciuto formalmente un tempo per il lavoro di comunità da considerare non tanto come un tempo opzionale o aggiuntivo ma:

- come un modo imprescindibile di operare nel sociale rispetto a valori ed obiettivi che si ritengono importanti socialmente;
- da esplicitare formalmente;
- di cui va tenuto conto nella definizione dei carichi di lavoro e del fabbisogno di personale, senza voler dire con ciò che tale strategia operativa comporti sempre e nell'insieme un di più di tempo.

Infine, orientare il lavoro sociale alla promozione di comunità porta naturalmente a ridisegnare, là dove non è ancora avvenuto, una organizzazione del Servizio sociale di zona, ma anche dei servizi socio-sanitari distrettuali, che sia fortemente ancorata al proprio bacino territoriale secondo condizioni che siano facilitanti.

Solo a titolo esemplificativo e senza voler entrare nel merito di impostazioni sistemiche delicate e che richiedono ben altri approfondimenti, si intendono segnalare solo alcune di queste condizioni /processi che possono essere facilitanti quali:

A) il funzionamento di gruppi operativi integrati di territorio, "ubicati" in poli territoriali unitari che abbiano come riferimento non solo l'attività dei loro servizi ma un progetto di comunità in grado di:

- costruire una storia con il proprio territorio e momenti di incontro strutturati per aree tematiche con i diversi attori per approfondire, confrontare e valutare insieme i problemi sociali o socio-sanitari presenti e il funzionamento dei servizi offerti;
- attivare in modo strutturato, momenti comuni di
 - a) riflessione e confronto sulle caratteristiche della comunità territoriale, la valutazione delle sue potenzialità e criticità, le linee di lavoro, gli obiettivi perseguiti e da portare avanti secondo un'ottica di azioni integrate;
 - b) formazione su tematiche di comune interesse;

- c) discussione su situazioni multiproblematiche che coinvolgono contemporaneamente più servizi o più attori;
- d) lettura e valutazione dei propri dati di attività ed elaborazioni di proposte tecniche immediatamente percorribili;

B) la individuazione di una figura, all'interno del gruppo operativo, (una assistente sociale? un educatore? un mediatore al lavoro?) che in base a competenze già possedute o da rinforzare attraverso percorsi formativi ad hoc, possa avere anche una funzione, formalmente riconosciuta (e quindi con un investimento di tempo/lavoro ad hoc), di promozione, sviluppo e supporto di comunità (promoter di comunità o care expert) oltre che essere, al riguardo, un interlocutore autorevole per il territorio e per i colleghi;

C) la promozione ed aggregazione, attorno al polo territoriale, di disponibilità solidaristiche ("generali o specifiche) che possano affiancare o supportare in modo leggero situazioni problematiche in carico ai Servizi secondo l'ottica dei "cittadini risorsa", prevedendo anche opportuni momenti a valenza formativa; (ambito, ad esempio, il cui sviluppo va seguito dal promoter di comunità);

D) il sostegno all'avvio di una banca del tempo; (ambito anch'esso, il cui sviluppo va seguito dal promoter di comunità);

E) la partecipazione degli operatori del polo e comunque almeno da parte del promoter di comunità alle iniziative di "progettazione partecipata" attivate nel territorio di propria competenza (e, ovviamente non organizzate dal polo stesso se no la partecipazione dovrebbe essere scontata). Si intendono, ad esempio nel contesto del Piano sociale di zona il cui processo può essere condotto da amministratori e figure tecniche della direzione dei Servizi.

Si è ben consapevoli che la cultura della moderna cittadinanza è soprattutto la cultura della individualità, della autonomia e della difesa della privacy, ma è, ormai, anche la cultura di porte sempre più blindate entro cui sta rinchiusa, ad esempio, soprattutto la grande età anziana ossessionata dai problemi della sicurezza, specie se vive nelle aree urbane.

Pertanto dentro questa decantata autonomia e questa privacy, assolutamente da difendere e tutelare quali diritti irrinunciabili, ci sono anche molti problemi, disagi e fragilità che segnalano, caso mai ce ne fosse bisogno, il bisogno di una dimensione relazionale più forte e il bisogno di nutrienti relazionali quali nutrienti del vivere.

Alcuni segnali chiari circa l'esigenza di incrementare relazioni, aprirsi allo scambio, uscire da isolamenti, ghettizzanti stanno peraltro venendo avanti con forza così come si intravedono nuovi interessi per una cittadinanza attiva e nuove attenzioni per una ecologia relazionale tesa a saldare qualità ambientale e qualità sociale/ relazionale.

Si tratta di provare con più forza e più metodo per capire se queste nuove istanze e questi nuovi bisogni possono essere meglio incrociati, affiancati e sostenuti da Politiche sociali più orientate in tal senso e da una operatività sociale che agisca pratiche attente di costruzione di relazionali nella quotidianità perché anche nella vita dei servizi, come nella vita delle persone e delle famiglie, è l'investimento sul quotidiano a costruire le cose che si radicano e fanno sviluppo.

Le proposte fatte non intendono alimentare presunzioni trionfalistiche o arroganti certezze se non quelle che ci fanno dire, appunto, che le relazioni, l'empowerment dal basso, l'incremento di una responsabilità diffusa sono comunque un bene sociale e quindi un dovere sociale prendersene cura e investirvi.

Ovviamente non per disinvestire ma per rafforzare e arricchire il welfare dei diritti.

PARTE SECONDA

10. Grande età anziana, famiglie e lavoro di cura: la domiciliarità chiede aiuto

Come noto, siamo in presenza di uno scenario sociale che ai fini della presente riflessione si può così sintetizzare :

a) quote progressivamente sempre più alte di popolazione anziana, ma soprattutto aumento dei grandi vecchi soli e con problemi di cura ;

b) pluralizzazione dei nuclei familiari sempre più piccoli, tutti caratterizzati da una grande fragilità nei compiti di care, in particolare nei confronti dei grandi vecchi, e che si concretizza:

per le famiglie più giovani, in problemi di conciliazione fra impegni lavorativi e accudimento dei figli;

per le famiglie più anziane in problemi di “tenuta psicofisica” rispetto ad una fatica che richiede molte energie, in difficoltà connesse alla necessità di assicurare contemporaneamente supporti alle famiglie dei figli, nell’autoriconoscimento del diritto a un investimento su di sé e a un tempo di maggiore agio dopo una lunga stagione lavorativa;

c) una condizione femminile ormai ancorata per scelta, ma anche per necessità, al lavoro extrafamiliare per cui le donne, per quanto restino comunque le maggiori caregivers, non possono né sono più disposte a portare avanti da sole e/o per conto dei partner carichi di cura pesanti e totalizzanti;

d) la permanenza, comunque nel nostro paese più che altrove, di una forte cultura della solidarietà familiare e fra le generazioni che pur in presenza delle difficoltà evidenziate aspira e tende a mantenere a casa il più possibile i propri anziani con ridotta autonomia. Una cultura che unitamente a nuove consapevolezze sui diritti di cittadinanza sicuramente ha prodotto (ed è stata sostenuta), soprattutto nelle zone del paese ad alta occupazione femminile, da politiche di domiciliarità che hanno sviluppato un panorama di offerta importante seppure al di sotto delle esigenze e con caratteristiche cui si è già in parte fatto cenno e che saranno riprese.

e) la presenza, tuttavia, di situazioni differenziate sia per grandi macro aree territoriali che per quanto riguarda i diversi ambiti sub regionali (a seconda degli sviluppi socio-economici, delle presenza o meno di una diffusa rete di servizi di assistenza domiciliare o a seconda delle caratteristiche socio-ambientali e culturali dei vari territori) per cui le problematiche stesse della cura e le concrete pratiche di cura gestite direttamente o meno dai familiari si pongono con sfaccettature e sfumature diverse.

L’intreccio dei diversi aspetti brevemente richiamati hanno portato nel corso dell’ultimo decennio ad un aumento progressivo degli ingressi di grandi anziani in strutture residenziali (unitamente ad un contemporaneo aumento delle “liste di attesa”) vissuti in genere come decisioni fortemente necessitate.

Decisioni sofferte, ovviamente in primis, dagli interessati, ma anche dai familiari che nel mentre riconoscevano l’impossibilità a sostenere impegni intensivi sentivano anche il peso e lo scacco del sottrarsi a un dovere di solidarietà intergenerazionale culturalmente ancora molto radicato.

Per quanto le statistiche ci segnalino quanto i dati italiani di istituzionalizzazione degli anziani siano sempre stati comunque nell’insieme contenuti, di fatto gli incrementi avuti fino al 2000 segnavano l’avvio di una tendenza che sembrava senza vie di uscita

Non era infatti pensabile fino ad allora di poter contare su risorse lavorative presenti ed accessibili economicamente in modo diffuso, (tanto da essere addirittura all’inizio più economiche dei costi scio/assistenziali delle Case protette) in grado di prendersi cura a domicilio, per orari lunghi o a pieno tempo di una persona non autosufficiente e bisognosa di tutela.

E questo, sostanzialmente, per tre ordini di motivi:

- sia perché il mercato del lavoro di cura locale non presentava, come non presenta tutt’ora, disponibilità ad impegni lavorativi così totalizzanti e pesanti;
- sia perché i costi di tale mercato (regolare) sarebbero comunque insostenibili;
- sia perché, fino ad allora, la risorsa di cura rappresentata dalla immigrazione femminile (filippine, magrebine, etiopi, sudamericane, ecc). di per sé non era tale né per caratteristiche né per dimensione da identificarsi come una possibile risposta generalizzabile trattandosi peraltro di donne con casa e famiglia (in quanto con un altro progetto migratorio) che privilegiavano il lavoro domestico ad ore e l’accudimento diurno di bambini.

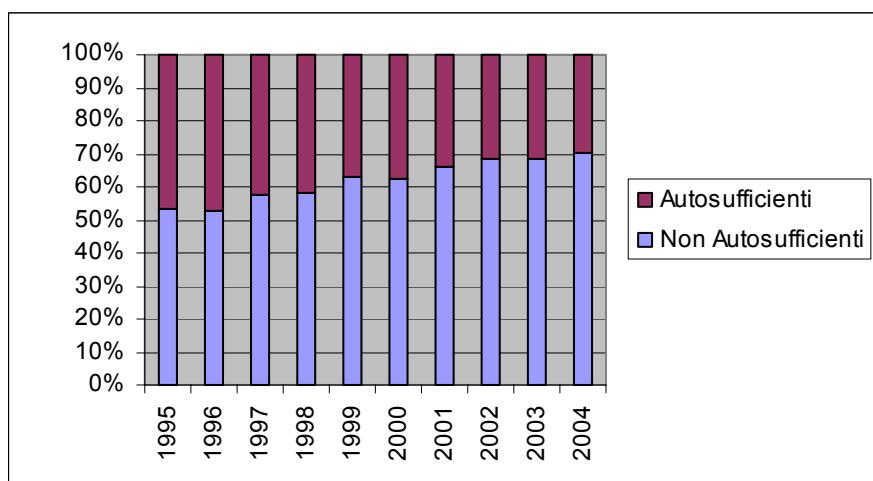
Solo l’arrivo imprevisto, di fatto, di una nuova forza lavoro immigrata e a prezzi accessibili, ha potuto togliere le famiglie e gli anziani da questa situazione d’impasse ed essere perciò una risorsa significativa di aiuto. Una risorsa che nel giro di pochissimi anni ha prodotto visibili cambiamenti in ordine alla istituzionalizzazione crescente che in quegli anni ha visto diminuire significativamente le ammissioni in residenza protetta degli anziani cosiddetti “autosufficienti” (i casi meno gravi che nel

linguaggio sociosanitario vengono così individuati) e un incremento successivo delle ammissioni di situazioni molto severe non più gestibili dalla lavoratrice di cura.

In tal senso le tabelle e i grafici sottoriportati inerenti della regione FVG ne sono un esempio molto chiaro.

Tavola 1: Case di riposo per anziani ed inabili

Anno pubblicazione BUR	Non Autosufficienti	Autosufficienti	Totale PL
1993	nd	nd	7122
1994	nd	nd	7219
1995	3.963	3.487	7.450
1996	3.996	3.575	7.571
1997	4.512	3.331	7.843
1998	4.481	3.210	7.691
1999	4.785	2.833	7.618
2000	4.784	2.844	7.628
2001	5.070	2.602	7.672
2002	5.378	2.441	7.819
2003	5.425	2.467	7.892
2004	5.722	2.413	8.135



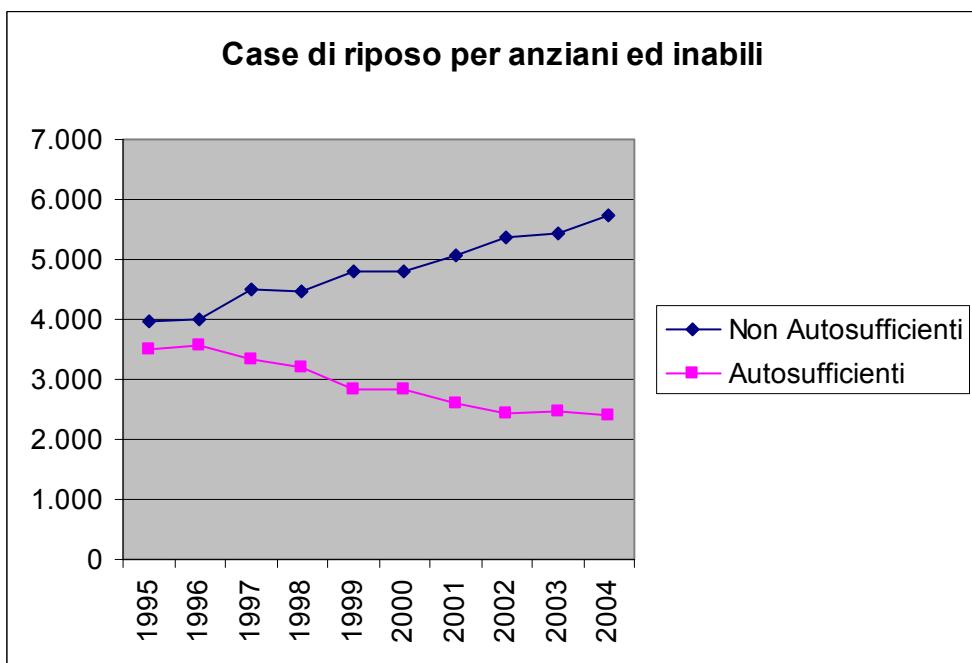
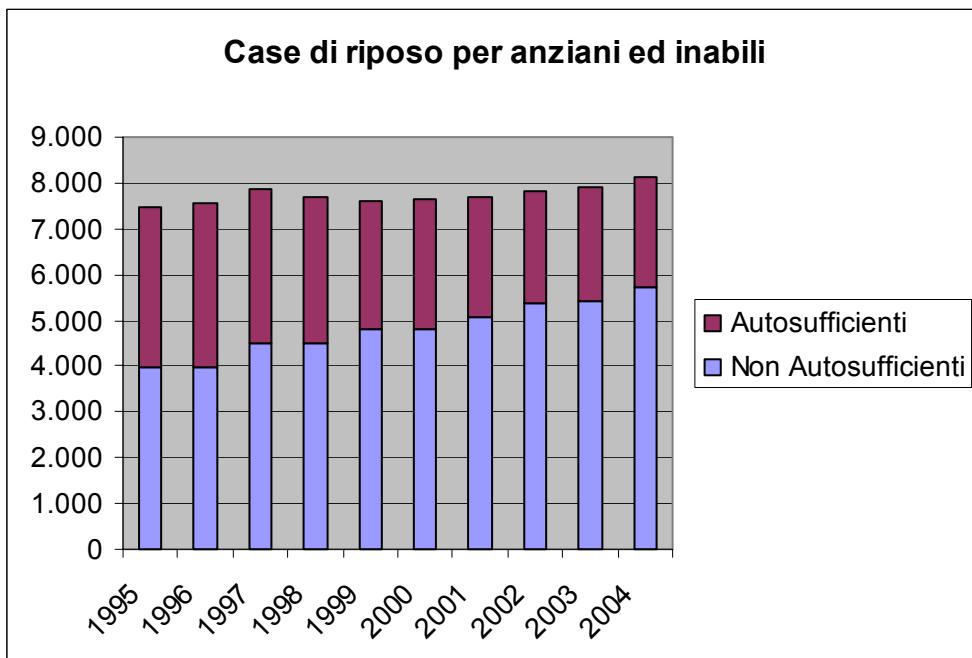
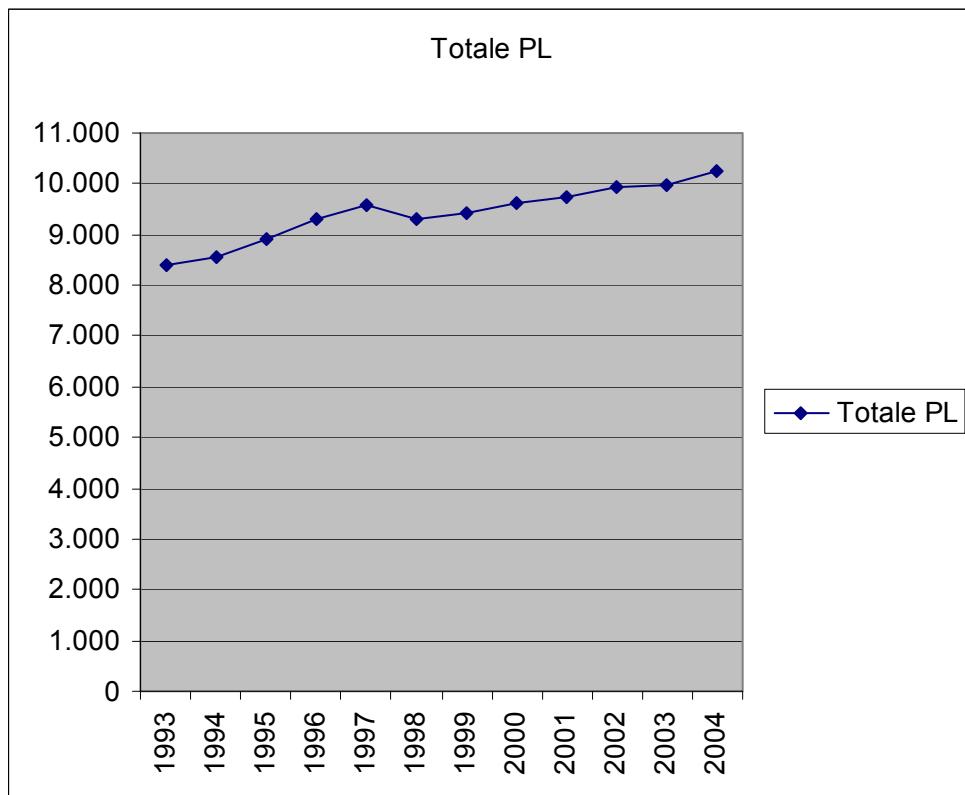


Tavola 2: Numerosità posti letto totali Regione FVG -

Anno pubblicazione BUR	Residenze Polifunzionali - PL tot	Case di riposo per anziani ed inabili			CDR Totale PL	Totale PL
		Non Autosufficienti	Autosufficienti			
1993	1.271	nd	nd		7.122	8.393
1994	1.331	nd	nd		7.219	8.550
1995	1.479	3.963	3.487		7.450	8.929
1996	1.752	3.996	3.575		7.571	9.323
1997	1.757	4.512	3.331		7.843	9.600
1998	1.625	4.481	3.210		7.691	9.316
1999	1.823	4.785	2.833		7.618	9.441
2000	1.986	4.784	2.844		7.628	9.614
2001	2.069	5.070	2.602		7.672	9.741
2002	2.097	5.378	2.441		7.819	9.916
2003	2.071	5.425	2.467		7.892	9.963
2004	2.130	5.722	2.413		8.135	10.265



11.L'assistenza domiciliare nei welfare locali: un aiuto che non basta

L'aumento delle ammissioni nelle strutture residenziali si è accompagnato a un forte investimento fatto da molti welfare locali a sostegno della domiciliarità soprattutto con riferimento a tre tipologie di servizi/interventi che costituiscono oggi il nucleo centrale della offerta per situazioni severe di non autonomia e che sono:

- Il Servizio di assistenza domiciliare a valenza socio-assistenziale e soprattutto quello integrato a prevalente valenza sanitaria;
- I Centri diurni;
- Gli Assegni di cura, variamente denominati.

Il Servizio di assistenza domiciliare, complessivamente il più diffuso (ma con livelli di offerta molto differenziati) garantisce, come tutti sappiamo, prestazioni fondamentali e irrinunciabili, soprattutto sul versante socio-sanitario ma non è in grado, e lo si è già detto, di affrontare la complessità dei problemi di cura e, soprattutto, esigenze di un affiancamento tutelare quotidiano che caratterizza ormai molte domiciliarità dei grandi vecchi ultra 85 e soprattutto ultra 90.

Infatti trattasi di un Servizio che offre una assistenza connessa alle funzioni vitali, centrato sulla malattia e focalizzata sulle patologie. Gli interventi erogati (alzata, rimessa a letto, igiene personale, mobilizzazione, assistenza infermieristica integrata e variamente articolata ecc) non presuppongono appunto una presa in carico di “care” sia per la loro caratteristica intrinseca sia perché l’ordine dei costi orari “finali” così come desumibili dagli appalti o dagli accreditamenti in corso non sarebbero comunque sostenibili dalle amministrazioni locali nonostante vi possano essere contribuzioni dei familiari e degli stessi anziani.

I dati di assistenza domiciliare integrata (e cioè con la compresenza di infermiera ed operatore socio-assistenziale) relativi al 2002 (Relazione Sanitaria, ultimo anno disponibile) della regione FVG segnalano n.23.705 accessi per 744 anziani con un valore medio di 32 accessi ciascuno. Si tratta di una casistica non numerosa ma severa anche se non si conoscono ,tuttavia, le tipologie di intervento. Ma per fare una valutazione d’insieme e considerare correttamente la situazione andrebbero sommati i quattro dati significativi della domiciliarità non autonoma:

- ADI;
- assistenza domiciliare a valenza socio-assistenziale;
- presenze nei Centri diurni;
- assegni di cura.

Degli ultimi tre , tuttavia, non si è potuto prendere visione in quanto, a fonte comunale, non immediatamente disponibile e dunque non raccolti né elaborati in modo integrato con i dati sanitari e socio-sanitari

Per quanto riguarda i Centri diurni, (di cui, come già detto, non si dispongono i dati relativi alla regione FVG) nati negli anni 80 come luoghi di socializzazione e di care leggero, oggi sono da considerare come risposta socio-assistenziale a situazioni non affrontabili con la sola assistenza domiciliare. Ancorché poco sviluppati nel panorama nazionale, di fatto non sono anch’essi in grado, da soli, di rispondere a problemi di tutela e affiancamento sistematico. Infatti restano scoperti il tempo serale e della notte, i giorni festivi, le situazioni di malattia, oltre che tutte quelle altre esigenze connesse a un quotidiano “non autonomo”(fra cui l’aiuto giornaliero per lo stesso accesso al servizio) e tutte le altre incombenze riguardanti, come si suole dire “una casa aperta”.

Pertanto, i Centri Diurni, nonostante la progressiva gravità delle accoglienze che ormai li caratterizza e in parte ha cambiato la loro fisionomia iniziale, riescono comunque a far fronte, là dove ci sono, a quelle situazioni che non hanno bisogno di una copertura notturna e che comunque possono contare su un familiare di appoggio disponibile a un impegno significativo ma non permanente nella quotidianità, tanto più che una parte delle giornate feriali sono trascorse fuori casa.

Sicuramente gli Assegni di cura, qui intesi come riconoscimento economico ai familiari caregiver, là dove sono stati attivati,(fra cui anche la Regione FVG) rappresentano una strada, peraltro sempre più percorsa anche nel panorama europeo, per sostenere la domiciliarità. attraverso forme di monetizzazione.

Per quanto con tale intervento si sia voluto riconoscere il valore sociale dell'impegno di cura da parte dei familiari,(soprattutto dalle donne), l'entità prevista, generalmente bassa, (mediamente

attorno ai 150 € mensili, per periodi contenuti ancorché ripetibili seppure non in modo scontato) non ha inciso in modo significativo sulle decisioni di domiciliarità nel senso che le medesime sono state prese indipendentemente da tale contributo. E' ovvio che il medesimo ha consentito un maggior agio per chi lo ha potuto ricevere tanto più se sommato agli assegni di accompagnamento. Ma su tutto ciò le schede europee danno informazioni interessanti e stimolano riflessioni importanti.

L'esperienza, nell'insieme recente, è stata sperimentata solo in alcune Regioni (fra cui l'Emilia Romagna che ha fatto da apripista) e sta assumendo diverse configurazioni anche in relazione alla presenza delle nuove figure della cura costituite dalle donne immigrate che affiancano le famiglie.

Resta il fatto che oggi l'assegno di cura, da una parte è del tutto insufficiente per essere riconosciuto come una remunerazione per cui (al di là di altre considerazioni) non può essere, per un familiare in età lavorativa, una alternativa al lavoro (per quanto al ribasso) anche perché non prevede nemmeno le coperture pensionistiche né il mantenimento del posto oltre un certo limite di tempo.

Insomma si tratta di un benefit ancora un po' a metà strada, che va meglio messo a punto (e su cui molte Regioni stanno lavorando fra cui l'Emilia Romagna) avendo attenzione contemporaneamente a far sì che i trasferimenti economici (o meglio le monetizzazioni) non finiscano per essere un modo di riconoscere, da una parte, troppo parzialmente il lavoro di cura, e dall'altra, un disinvestimento, tout court, in una rete strutturata di offerta che possa comunque rappresentare un punto di riferimento significativo e certo per gli anziani e le loro famiglie.

Tracciando poi un quadro più generale circa l'attuale scenario istituzionale della assistenza domiciliare, va detto, che al di là di una impostazione prestazionale e secondo il criterio dell'offerta di cui si è già parlato e che comunque costituisce il maggiore aspetto di criticità, sono presenti problemi di integrazione e di raccordo in rete fra i servizi in quanto i diversi nodi della rete non comunicano bene fra di loro.

Soprattutto si registra una mancanza di raccordo fra l'ambito sanitario e l'ambito sociale o meglio socio-assistenziale con una accentuazione medicalizzante da una parte e una subalternità del secondo che a sua volta non è riuscito ad esprimere, fatti salvi alcuni casi, una sua proposta anche culturale in ordine a un concetto più complesso di domiciliarità e di benessere personale/sociale capace di andare oltre, pur ricoprendendolo, al paradigma della salute/malattia.

A tali criticità si aggiunga il fatto che il sistema di offerta oltre che parziale in quanto non garantisce generalmente né un servizio di guardia notturna né, in molte regioni, interventi di riabilitazione domiciliare (presenti invece in FVG), non assicura sufficiente continuità e sequenzialità. E questo sia per i problemi di collegamento sopra individuati, sia perché il distretto ha generalmente aggregato servizi ma non ha integrato personale e processi organizzativi che sono rimasti distinti e paralleli, sia infine perché non sono stati previsti saldature, sequenzialità, percorsi facilitati e guidati attenti alle fatiche organizzative e ai tempi della gente

Tutto ciò, che in parte accomuna le attuali difficoltà presenti anche nel panorama europeo, dà conto di come l'incrocio fra aumento del bisogno di cura, difficoltà delle famiglie e dei welfare a farvi fronte e necessità di lavoro da parte delle donne immigrate sia stato quanto mai fruttuoso ed abbia in poco tempo cambiato il nostro scenario della assistenza domiciliare.

Più complessivamente è cambiato il panorama del welfare anziani con una diminuzione generale delle ammissioni in strutture residenziali (tra l'altro in presenza di un incremento della grande età anziana, anch'esso riassorbito nella domiciliarità) entro cui, tuttavia, si distingue un aumento degli accessi nelle strutture più connotate in senso sanitario dove confluiscono le situazioni a più severa gravità non più gestibili nemmeno dalle lavoratrici immigrate della cura per quanto bravi ed amorevoli. Tale nuova situazione sta ridefinendo peraltro la fisionomia di questi luoghi come "lungodegenze ospedaliere per anziani" con tutta una serie di problemi e criticità immaginabili anche sul versante della umanizzazione e della qualità del quotidiano che qui ovviamente non vengono affrontate.

In proposito va tenuto presente che, da una indagine fatta a Reggio Emilia, molte lavoratrici immigrate della cura affiancano di giorno o comunque per molte ore al giorno parecchi di tali anziani con una presenza parafamiliare che, se decisori e famiglie "in rete" convenissero, si potrebbe forse meglio mettere a frutto secondo criteri che facciano di tali presenze anche una più complessiva risorsa per uno sviluppo organizzativo in direzione di una più forte umanizzazione.

12. Immigrazione femminile e nuovo scenario della domiciliarità assistita

Come sappiamo si è particolarmente sviluppato, negli ultimi anni, un nuovo fenomeno migratorio costituito dalle donne dell'Est europeo, (polacche, moldave, rumene ucraine, russe, ecc.) disponibili e interessate al lavoro domiciliare di cura a pieno tempo in quanto rimanda a un sapere femminile diffuso, e dunque immediatamente spendibile, in grado di dare risposta ad una duplice esigenza : poter disporre da subito di un alloggio (cosa difficilissima per le persone immigrate) e massimizzare i guadagni da inviare a casa.

Donne che negli anni dei loro primi arrivi “in massa” (99/2000) erano, come noto, quasi tutte senza permesso di soggiorno e quindi in una condizione di irregolarità senza sbocchi, (in quanto non poteva rendersi visibile socialmente), alla mercé di racket malavitosi sviluppatisi nei paesi di origine e nei paesi di immigrazione secondo una catena che ha assunto, di fatto, l'organizzazione o comunque il controllo di tale nuovo mercato.

La peculiarità di questa immigrazione femminile dell'Est, che ha visto a seconda delle diverse regioni del nostro paese, l'entrare in scena o il susseguirsi di provenienze geograficamente diverse e non strettamente omologabili fra loro ha presentato da subito:

- una disponibilità diffusa al lavoro a tempo pieno (anche perché senza permesso di soggiorno);
- presenza di caratteristiche che le rendevano meno estranee, per la loro provenienza comunque europea, per uguaglianza di tratti somatici, per somiglianza di abbigliamento e nel modo di porsi, per pregresse esperienze professionali e quindi conoscenza delle regole “lavorative”;
- un livello culturale generalmente buono (quindi “donne distinte”, maggiormente in grado di apprendere in poco tempo e rapportarsi ad altri stili di vita di cui diverse laureate o con qualifiche professionali connesse all'ambito socio-sanitario);
- capacità imprenditive in grado di assicurare stabilità e tranquillità organizzativa potendo anche accollarsi generalmente la ricerca delle necessarie sostituzioni per la copertura delle loro possibili assenze (per ferie o altri imprevisti) se pure a volte con qualche amara sorpresa da parte delle famiglie.

Ci si riferisce infatti ai numerosi passaparola, (rigidamente fra compaesane, concittadine o connazionali) attraverso cui reperiscono soluzioni e si scambiano “favori di lavoro” spesso a pagamento (e su cui in breve si tornerà), ma soprattutto alla organizzazione, da parte di queste lavoratrici, di una seconda filiera di donne dei loro paesi e spesso della propria famiglia, quali sorelle, cognate, figlie grandi, ecc. (di cui si rendono garanti) in grado di prendere il loro posto senza creare nuovi problemi assistenziali agli anziani e alle loro famiglie.

In sintesi questa nuova risorsa della immigrazione femminile, a prezzi nell'insieme sostenibili (anche se sempre meno, specie dopo la regolarizzazione) e comunque competitivi rispetto alle quote di compartecipazione richieste per le ammissioni in strutture protette è stata percepita, soprattutto dalle famiglie, (non sempre in egual misura dagli anziani comunque disposti ad accettare le proposte dei figli pur di evitare l'istituzionalizzazione) come il toccasana della nuova domiciliarità assistita in quanto in grado di dare una risposta omnicomprensiva, stabile e conveniente.

Il fatto che questo lavoro non fosse sostenuto da competenze professionali specifiche, fosse in larghissima parte irregolare e, se svolto in convivenza a tempo pieno, presentasse, soprattutto per le situazioni ad alta intensità assistenziale e tutelare, una non sostenibilità se non a rischio di sfruttamento (tali da avere ripercussioni nella qualità assistenziale), non fu immediatamente oggetto di riflessioni e confronti in sedi allargate e collettive.

Infatti la invisibilità sociale cui fu costretto in quanto tutto “in nero” e perciò irregolare lo relegò nei primi anni solo dentro la fragilità dei circuiti familiari e dei recinti lavorativi che ne erano direttamente coinvolti (cioè nel contesto del privato) secondo un *fai da te* che ha rappresentato innanzitutto una indifferenza sociale più generale al problema e una sorta di forzata ambiguità da parte della pubblica amministrazione e dei welfare locali che formalmente non vedevano ciò che informalmente vedevano.

Solo a partire dal processo di regolarizzazione previsto dalla legge Bossi/Fini si cominciò a dedicarvi le prime significative e formali attenzioni, seppure ancora insufficienti. Tra l'altro la stessa applicazione del contratto di lavoro, che è quello previsto per le/i COLF, (per quanto tappa fondamentale) ne è un esempio in quanto, non essendo stato pensato anche per tale nuova “tipologia di occupazione”, non affronta aspetti di particolare rilevanza che costituiscono alcune criticità non solo del rapporto di lavoro.

13. Le“badanti” quali nuove lavoratrici della cura: ampiezza del fenomeno, profilo, lavoro richiesto

Ai fini della presente riflessione interessa tracciare solo un breve quadro del fenomeno rinviano approfondimenti più puntuali alle diverse ricerche riportate in bibliografia

Chi sono e quante sono

Le nuove lavoratrici della cura di cui parliamo, conosciute più comunemente come badanti, sono costituite, come già detto, soprattutto da donne dell'est europeo,(Ucraina, Moldavia, Polonia;ecc) che in presenza del crollo economico dei loro paesi in cui oggi si vive in grande ristrettezza, hanno scelto la strada della migrazione per fronteggiare la situazione e consentire un minimo di progettualità a sé e alle loro famiglie.

I dati nazionali della regolarizzazione e di presenza regolare nel settore domestico (in cui sono ricomprese le badanti) iii segnalano:

- 147.328 i/le lavoratrici domestiche extracomunitarie assicurati all'INPS a dicembre 2002;
 - 343.350 la regolarizzazione del 2002;
 - 490.678 i/le lavoratrici/ domestiche extracomunitarie iscritti Inps al 2003;
- In Friuli Venezia Giulia i dati indicati (stessa fonte) segnalano la seguente situazione:
- 1.510 i/le lavoratrici domestiche extracomunitarie assicurate all'INPS al dicembre 2002;
 - 3.873 la regolarizzazione del 2002;
 - 5.383 i/le lavoratrici domestiche immigrate presenti nel 2003.

La reale dimensione di tale fenomeno è comunque difficilmente valutabile considerato che sono state regolarizzate solo le situazioni “irregolari” che avevano una documentata presenza in Italia da un certo periodo e che, in assenza di ampliamento delle quote di immigrazione, praticamente tutti “gli arrivi” venuti dopo la regolarizzazione sono senza permesso di soggiorno (a parte il n. del tutto irrisorio che possono essere rientrati nelle quote previste).

Per quanto riguarda in particolare le lavoratrici della cura, cioè le badanti, le stime fatte nel contesto di ormai molte ricerche territoriali se pur parziali convergono su un numero corrispondente a circa 500.000 unità e parlano di una presenza destinata a crescere^{iv}

Perciò un numero significativamente alto di queste lavoratrici, che si stima possa essere non meno del 40% è senza permesso di soggiorno (vedi sempre Prospettive Sociali e Sanitarie di cui sopra e lo stesso articolo già citato). Nel Veneto si parla addirittura di un 68% di badanti senza permesso di soggiorno che lavorano in nero^v.

Si tratta in particolare di donne con buoni titoli di studio (molto spesso licenza di scuola media superiore ma anche laurea) e una professionalità precisa non generica; di età prevalente fra i 40 e i 50/55 anni, (anche sono sempre più presenti donne giovani) con alle spalle anni di disoccupazione o di lavoro, sempre meno remunerato quando addirittura non percepito.

Situazione familiare

In genere si tratta di donne sposate di cui molte separate/divorziate con figli o con situazioni matrimoniali difficili in cui la complessiva responsabilità familiare è prevalentemente a loro carico, anche se sono altrettanto presenti situazioni in cui, pur essendoci una corresponsabilità familiare, la decisione e il peso migratorio non poteva che essere al femminile per le possibilità immediate di impiego, sistemazione e di risparmio che il lavoro di cura consente.

I figli, quando presenti, ed è la grande maggioranza, sono generalmente curati o seguiti (a seconda dell'età) soprattutto dalle nonne, dalle zie o dalle sorelle maggiori, (più o meno aiutate dai padri quando ci sono). Tale strategia si fonda e/o rinforza una pratica solidaristica di famiglia allargata che ha diritto ovviamente anche condividere e a usufruire delle risorse economiche prodotte dalla donna emigrata la quale, di fatto, si prende a carico in parte anche la rete primaria di parentela in una sorta di ridistribuzione di compiti familiari condivisi.

Tali corresponsabilizzazioni allargate non preservano comunque dalla sofferenza e dai sensi di colpa per chi ha dovuto lasciare, soprattutto i propri figli se piccoli. (Non è un caso, fra l'altro che non è irrisorio il n. di “badanti “nonne” che hanno voluto risparmiare alle proprie figlie, giovani mamme, l'esperienza della migrazione).

Il progetto migratorio come progetto lavorativo

La scelta migratoria è finalizzata a sostenere una serie di spese che escono da quel minimo ordinario oltre il quale il loro livello di vita non può spingersi. In particolare sono finalizzate a sostenere gli studi superiori ed universitari dei figli (esigenza molto sentita); ad arredare, sistemare, ristrutturare o comprare casa aiutando in tal senso anche i parenti, affrontare spese eccezionali e impreviste,

soprattutto di ordine sanitario; ad avviare in prospettiva piccole attività imprenditive che consentano di avere un futuro di autonomia per sé e la propria famiglia.

Il progetto migratorio iniziale è quindi concentrato sul guadagnare molto in poco tempo in modo da rientrare nel paese di provenienza appena gli obiettivi sono stati raggiunti per tornare a valutare, se mai, possibili eventuali altri ritorni “a spot” in un secondo tempo al fine di completare o rispondere a qualche altra esigenza contingente.

Accanto a tale primo profilo, che rappresenta il numero più consistente, stanno via via arrivando ragazze più giovani, nubili, di età compresa fra i 20 e i 25-30 anni che hanno lasciato casa per cercare fortuna all'estero. Sono giovani i cui progetti se pur lavorativi sono soprattutto di autonomia e di ricerca di una prospettiva matrimoniale in Italia in cui intendono mettere radici pur sentendosi impegnate a sostenere contemporaneamente le loro famiglie, fin quando almeno restano nubili.

Infine vi è un terzo gruppo, più contenuto ma molto significativo (e che può presentare probabili sviluppi in futuro anche per altre situazioni), costituito soprattutto dalle donne polacche che sul versante socio/demografico possono essere ricomprese in entrambi i profili di cui sopra. Queste, essendo loro consentito (per la normativa vigente in materia di accordi internazionali sulla immigrazione), di usufruire in modo ripetuto nel corso dell'anno di permessi turistici trimestrali, possono di fatto assumere in modo programmato un lavoro di cura “in squadra” con un'altra persona, in genere una propria familiare con cui si turnano (sorella, cognata, figlia o madre a seconda della situazione).

Tale strategia lavorativa (già peraltro utilizzata, ad esempio, dalle donne della ex Jugoslavia che fanno il lavoro di cura in Veneto o FVG) ha avviato una esperienza molto interessante che si sta consolidando e su cui sarebbe importante costruire una modellizzazione attenta e formalizzata.

Infatti a) è più sostenibile sul versante psicologico e in grado di rispondere ad esigenze di conciliazione, (specie là dove si tratta di donne sposate o comunque con figli) in quanto non costringe a lontanane da casa esasperatamente prolungate, b) è in grado di assicurare continuità assistenziale prevedendo di fatto solo due caregiver per anziano che se sono appunto della stessa famiglia presentano affiatamento, fiducia e stima reciproca.

Ovviamente i profili indicati circa la progettualità iniziale scontano una certa semplificazione e non tengono conto del fatto che nel corso della esperienza migratoria il vissuto e la valutazione circa l'entità del bisogno economico di fatto lievita vuoi per il contatto con stili di vita più ricchi che aprono a nuove aspirazioni, vuoi per l'emergere in progress di nuove esigenze e nuove richieste da parte dei familiari ; inoltre, non raramente, affiora una consapevolezza, che via via si fa più chiara, di voler prendere distanza, per certe, da situazioni matrimoniali o familiari difficili e da contesti socioeconomici sentiti comunque senza sbocco anche per i loro figli.

Pertanto subentrano decisioni nuove per cui si prorogano le permanenze, si cominciano ad avviare in progress dei ricongiungimenti familiari, soprattutto con i figli, si cercano lavori a giornata (in particolare in fabbrica) attivando poco a poco nuovi scenari di cui ancora non si intravedono le future e concrete configurazioni. Ciò che emerge come aspetto trasversale è la capacità di queste donne di “abitare” l'incertezza e di sapere accettare l'incertezza di una progettualità che accanto ad alcune chiarezze per così dire forti, (guadagnare, migliorare la situazione della propria famiglia e dei parenti più stretti), ha anche delle zone più opache che riguardano bisogni più profondi e più complessi con cui si accetta di convivere e di lasciarli meglio maturare strada facendo anche a seconda degli “accadimenti” che succedono.

Dalla decisione di partire alla casa dell'anziana/o : un percorso a pagamento

Il percorso attraverso cui si sviluppa e si concretizza la decisione migratoria segnala la presenza di un vero e proprio racket malavitoso o comunque di micro/sfruttamento a cui di fatto occorre ricorrere per portare avanti il proprio progetto.

In particolare, e andando per grosse sintesi, l'organizzazione del viaggio (documenti, visti, trasporto con pulmino, riferimenti di connazionali al paese di arrivo) prevede “pacchetti a pagamento” che pur con delle differenze fra paese e paese e a seconda dei periodi, costano cifre altissime che vanno dai 700 dollari ai 2000 dollari e più che vengono chiesti in prestito a tassi generalmente alti se la somma non può essere reperita nella stretta cerchia familiare.

Una volta arrivate a destinazione, si presentano due possibili scenari:

- l'aggancio da parte della rete costituita dalle badanti, in genere connazionali, che controllano il badantato locale e introducono al lavoro le nuove arrivate dietro compenso. La somma in genere equivale al primo stipendio. E' la cosiddetta rete delle amiche, (di cui andrà anch'essa a far

- parte), molto dinamica ed elastica che è in grado di attivare assunzioni, sostituzioni, rotazioni e favori vari sempre regolarmente a pagamento
- l'accesso alla Caritas o a qualche altro soggetto del volontariato che può fornire un Kit di sopravvivenza e avvia al lavoro, seppure con modalità meno spedite della rete, certamente però gratis.

Il momento dell'arrivo è il passaggio più critico da superare: in quanto punteggiato quasi sempre da grandi preoccupazioni, solitudini, giorni bui di attesa più o meno lunga del lavoro dove occorre a volte rimediare alloggi di fortuna e sistemazioni di attesa umilianti dove si comincia a muoversi per la città, cercando di essere guardinghe e di non dare nell'occhio: il tutto reso più pesante dalla non conoscenza della lingua. E' il momento in cui ci si accorge concretamente di non avere più una casa propria come riferimento ma solo dei parchi pubblici e delle piazze in cui trovarsi con le proprie connazionali, spesso tenute d'occhio dalla polizia urbana

Cominciano da questo momento anche i rapporti con la famiglia attraverso i pulmini di collegamento con i diversi paesi, quali piccoli magazzini fiduciari itineranti che a pagamento trasportano persone e cose a prezzi sempre più occidentalizzati. Pulmini che sono in grado di fare molti e discutibili favori sempre ben pagati e a cui vengono affidati anche gli stipendi secondo tassi di interesse alti ma che sembrano più convenienti delle procedure bancarie.

Non vi è dubbio che la rete delle amiche, da una parte, e questi pulmini di collegamento dall'altra, rappresentano una possibilità di relazione, di raccordo e di sostegno quanto mai importante per queste donne, anche sul piano psicologico. E' anche vero, però, che nella misura in cui il ricorso ad essi diventa necessitato tale contesto può esprimere dimensioni di microsfruttamento diffuso, come del resto sta avvenendo. Rispetto ciò solo la messa in campo di servizi ed opportunità sia regolari che trasparenti a cui poter accedere con facilità può essere una alternativa.

Rappresentazione del lavoro di cura quale lavoro di passaggio

La stragrande maggioranza vive il lavoro svolto come transitorio e temporaneo; come l'unica possibilità di sistemazione lavorativa e "sociale" immediata (in quanto somma lavoro ed abitazione) molto conveniente sul piano economico.

In concreto il lavoro di cura non viene visto o percepito come una professione ma come un impegno di domesticità di cui si ha già piena esperienza e comunque costitutivo della identità femminile.

Il fatto che non ci sia un investimento motivazionale non toglie la consapevolezza da parte di queste donne di essere tenute a svolgerlo in modo cosciente ed attento, avendo chiaro il fatto che operano con una fascia di popolazione a cui, anche per la loro cultura, si deve rispetto e considerazione. La faticosità più sentita riguarda la totalità di tempo da mettere a disposizione e la necessità di convivenza forzata a cui obbliga sacrifici, questi, che hanno a che fare soprattutto con la messa in ostaggio del proprio tempo e della propria libertà per un po' di tempo e che sono stati messi in conto.

Ma quando questa faticosità deve misurarsi con situazioni caratterizzate da pesanti pluripatologie o gravi compromissioni soprattutto di tipo cognitivo e del comportamento, si scontra con difficoltà non previste, mette a dura prova le competenze professionali che non ci sono, rischia di innescare non raramente circuiti di disagio che portano anche a stati depressivi o comunque di forte burnout vissuti in grande solitudine e che cominciano ad emergere da alcune ricerche, dalle esperienze dei medici di famiglia e dei servizi sanitari territoriali, (es. dai consultori familiari)

Come dicevamo, l'attività di cura a tempo pieno, qui particolarmente considerata, ma anche quella svolta a ciclo diurno, non viene percepita come un lavoro e come uno status professionale su cui investire, ma come un percorso di transizione.

Per la verità si tratta di una conferma largamente prevedibile sia da parte del mondo femminile più attento sia da parte di chi si occupa di mercato del lavoro.

Una conferma che tocca problemi complessi legati alla cura familiare in generale, alla cura familiare come professione e al valore sociale della cura e che l'esperienza delle badanti, se interrogata con attenzione, fa emergere nella sua complessità fornendo nuovi spunti di riflessione che andrebbero meglio tematizzati con loro e a partire da loro.

Questa considerazione di "mestiere provvisorio", unitamente alla sua "familiarità" (si è sempre fatto) e alla evidenza che tuttavia lo si tende a sfuggire non appena si intravedono altre soluzioni fa sì che la necessità di supporto formativo sia generalmente avvertita soprattutto per far fronte a problemi specifici, del qui ed ora. Problemi, riguardanti le situazioni in carico e in particolare

per quelle esigenze più connesse agli aspetti infermieristici e socio-sanitari, oltre naturalmente alla lingua e al fare cucina secondo gli usi locali. Eppure in modo indiretto, attraverso narrazioni e conversazioni informali oltre che nel contesto dei percorsi formativi già avviati, emergono con forza difficoltà di relazione, di rapporto con l'intimità, con i corpi malati, con la tenuta in vita e con la morte. Ma anche emergono vitalità notevoli, capacità forti di riflessioni e di relazioni empatiche che fanno funzionare le intelligenze del cuore.

Resta comunque il fatto che, ad ora, le poche di queste donne orientate a investire eventualmente nel lavoro di cura intendono qualificarsi nel profilo tecnico di ADB e di OSS per occuparsi poi nelle cooperative sociali o nella rete dei servizi territoriali ed ospedalieri in vista anche, (se giovani), di altre possibilità di sviluppo sul versante socio-sanitario (molte sono interessate, ad esempio al profilo infermieristico).

Contenuti lavorativi e problemi di formazione

Il lavoro richiesto non ha uno statuto ben preciso: è un mix fra quello di colf, mininfermiera, ADB, dama di compagnia, figlia che queste donne cercano di "assemblare" creativamente con riferimento al proprio modello di cura avendo però anche molta attenzione alle attese, della famiglia e dell'anziano soprattutto là dove non hanno il permesso di soggiorno e quindi sono in una situazione di cittadinanza molto precaria.

Di fatto, come vedremo, meglio nella parte propositiva, si tratta di un lavoro che pone aspetti di complessità, soprattutto relazionale ma anche assistenziale e socio-sanitaria in senso proprio essendo sempre più a contatto di situazioni con pluripatologie e pluridisabilità severe, spesso sconosciute nelle tradizionali cure familiari dei paesi di provenienza. (esempio Alzheimer, morbo di Parkinson, demenza senile).

Situazioni di cui occorre prendersi cura in modo complessivo (la persona, il suo ambiente e il suo contesto) assicurando contemporaneamente assistenza, tutela, sostegno emotivo, nutrimento relazionale, stimoli cognitivi, organizzazione del quotidiano.

L'aspettativa cui devono rispondere è dunque quella di garantire un servizio completo, amorevole e costante (come dicono molte famiglie) in cui viene chiesto di "far star bene" e dove le parole più utilizzate, sempre dai familiari, sono affidabilità, flessibilità, affettuosità, comprensione da cui traspaiono come criteri di riferimento per questo "far star bene il più possibile" la tonalità emotiva e il senso di responsabilità come competenza trasversale.

14. Le famiglie degli anziani: curanti, datori di lavoro, formatori e coordinatori assistenziali: un fai da te che va affiancato

Come già accennato le famiglie cercano nella lavoratrice di cura una sorta di servizio completo, una copertura temporale massima di presenza amorevole e costante, una sostituzione più sul piano affettivo che una presenza professionale.

Hanno bisogno di essere rassicurate del fatto che in loro assenza qualcuno si comporti nei confronti del loro familiare in un modo il più possibile simile e vicino a quello che userebbero loro: un modo personale, affettuoso, quasi intimo in grado di garantire una risposta ad ogni tipo di esigenza che si presenti sia nel giorno che nella notte.

Ogni allentamento, ogni momento di assenza della curante viene spesso sentito come un peso e come un rischio per sé; in questo senso non sembra esagerato dire che il familiare in quanto datore di lavoro intende comperare non tanto specifiche prestazioni professionali (che certamente dà per scontate senza tematizzarle più di tanto) bensì una copertura temporale.

Questa esigenza dei familiari di acquisire innanzitutto una presenza buona è anche data dalla consapevolezza che i loro anziani pur accettando la soluzione proposta in quanto venuta da loro in quanto figli e in quanto è il meglio che si può avere pur di evitare il ricovero la vivono come una delusione e uno scacco genitoriale. Infatti il modello di vecchiaia che essi hanno come riferimento è quello di stare a casa propria con i figli, anzi le figlie o le nuore che pensano a tutto: dover stare con persone estranee è sentito quasi come un disonore per sé e la propria famiglia.

In questo senso la pur importante decisione di mantenere casa il proprio anziano, ma assistito da altri, viene spesso vissuta dai familiari, soprattutto all'inizio, con un senso di colpa tenuto a bada da una preoccupazione riparatoria che è quella di mettergli vicino una come loro, una che li sostituisce e a cui lui deve/può affezionarsi perché tutto può andare avanti come prima, anzi meglio di prima perché questa starà sempre con loro. Anche se l'instaurarsi di legami troppo forti tra anziano e lavoratrice, là dove si verificano mettono in forte crisi soprattutto il familiare caregiver che entra in competizione

con la lavoratrice senza generalmente tematizzare il disagio e chiarire gli spazi relazionali entro cui si dee stare. In genere l'anziano effettivamente si affeziona alla sua badante o comunque l'accetta di buon grado dopo le incertezze iniziali. A volte questa accettazione non subentra e la aggressività che permane nei confronti di qualunque badante fa pensare che tale presenza, agli occhi di questi anziani, incarni e renda esplicita una intollerabile assenza dei figli.

Il problema è più presente di quel che si pensa e ha a che fare spesse volte con quelle situazioni in cui viene bruciata una badante dopo l'altra senza che si dedichi uno spazio di approfondimento a ciò che sta succedendo realmente e un affiancamento sociale professionale che possa aiutare in qualche modo a prendere in mano questo circuito vizioso e vedere di punteggiare un qualche cambiamento.

E' una difficoltà a cui fino ad ora è stata dedicata poca attenzione anche perché non ci sono soluzioni alternative ma su cui andrebbe riflettuto a proposito del diritto alla scelta da parte degli anziani spessa confusa con quella dei familiari.

La caratterizzazione delle aspettative familiari emerge peraltro anche dalla modalità con cui viene affrontato il contratto: compenso mensile, riposi giornalieri e settimanali. Si tratta di un patto che è del tutto fugace sulle cose da fare e sugli "spazi da spartire, forse per difficoltà a maneggiare tale strumento amministrativo ma anche perché si ritiene che con una persona "di famiglia" non ci sia bisogno di entrare in nessun particolare. In tale ottica trova una sua spiegazione il fatto che il contratto regolare possa essere percepito come una possibile minaccia in quanto rompe visibilmente quel circuito di informalità e di affidamento che legava (ma in modo necessitato!) la badante irregolare alla famiglie garantendola di più sul piano della disponibilità.

Ma si deve anche convenire che su questo bisogno di fidelizzazione della lavoratrice di cura incide e non poco il peso delle diverse incombenze e delle diverse responsabilità che le famiglie da sole devono sostenere senza poter contare su dei supporti organici, programmati a portata di mano. Senza poter contare su reti di riferimento con cui condividere in modo organizzato l'esperienza.

Ci si riferisce concretamente e in sintesi ai seguenti impegni:

1) la ricerca della lavoratrice quasi unicamente attraverso delle persone passaparola non sempre affidabili e trasparenti o attraverso luoghi assistenziali o comunque informali il cui aiuto non va al di là di possibili singoli nominativi che possono coprire la emergenza del momento. Resta quindi scoperta dunque quella che appare ormai l'esigenza più forte e cioè fare riferimento a un luogo strutturato e competente che sia in grado di offrire un pluralità di risorse combinate tali da identificarsi come un piano di offerta in grado di aiutare ad affrontare la prima assunzione, le sostituzioni deprogrammate, le sostituzioni di emergenza, il disbrigo delle pratiche amministrative, un possibile accompagnamento iniziale.

2) Il disbrigo di tutte le pratiche attinenti l'assunzione, il contratto, la remunerazione la cui complessità richiede ormai il ricorso, a pagamento, a figure esperte.

3) L'inserimento della lavoratrice nei contesti del quotidiano, suo addestramento e contemporaneo supporto all'anziano preoccupandosi da subito in modo intensivo dell'apprendimento della lingua e del fare cucina;

4) L'affiancamento della lavoratrice per attività assistenziali complesse che non può svolgere da sola e sostituzione per i riposi settimanali.

5) La sostituzione programmata per tempi lunghi o ricerca di ricoveri di sollievo e fronteggiamento delle diverse o di emergenza connesse ai congedi ordinari della lavoratrice, a malattie, a lutti o a decisioni improvvise di lasciare il lavoro della lavoratrice e ricerca immediata di soluzioni, anche di emergenza per quelle situazioni in cui la lavoratrice si ammala.

6) Il coordinamento del piano assistenziale dell'anziano e tenuta dei rapporti con i vari specialisti e i vari presidi sanitari o socio sanitari.

Per tornare al problema della ricerca e della prima assunzione che resta fra i più pesanti e ansiogeni la famiglia deve percorrere i luoghi e le reti delle badanti, perché solo lì può trovare la risorsa che cerca fidandosi ed affidandosi a persone di cui, di fatto, non conosce l'affidabilità (appunto le cosiddette "amiche").

Oppure rivolgersi a punti informativi di tipo assistenziale che hanno assunto tale ruolo attraverso disponibilità sostanzialmente solidaristiche o ancora ad uffici (ad esempio nei patronati) che pur impegnati su materie contigue non si sono attrezzati in modo specifico in tale direzione né sul versante strutturale/logistico, né sul versante organizzativo né sul versante professionale in quanto funzione assolta in modo surrogatorio.

Certamente di mano in mano che il fenomeno si struttura, accanto ai primi e pressoché unici luoghi di contrattazione (la rete delle badanti e i Centri vari del volontariato, a cominciare dalla Caritas e dalle parrocchie) si è attivato un passaparola tra le famiglie e con quelle lavoratrici di cura di cui nel frattempo si è potuto sperimentarne l'affidabilità che ha in parte ridimensionato la gravità della situazione di partenza senza tuttavia che fino ad ora la cosa si sta affrontata organicamente.

I Centri per l'impiego come si vedrà più avanti nel capitolo dedicato ai punti informativi, salvo qualche esperienza pilota (vedi Parma) sono rimasti molto, troppo a latere del fenomeno senza assumere almeno una funzione di governance strategica per la parte connessa alle situazioni di regolarità.

Dalle riflessioni sopra riportate elenco risulta evidente il sovraccarico della famiglia e soprattutto l'insostenibilità di tante incombenze che non trovano ancora sportelli unitari di riferimento secondo un'ottica di percorso o di pacchetti/offerta strutturati né ancora proposte di affiancamento che possano farsi carico di accompagnare la lavoratrice e l'anziano in questa nuova esperienze.

Ma soprattutto, si intravede l'importanza di attivare sperimentazioni secondo un'ottica orientata allo sviluppo di comunità che cerchi di costruire risposte in grado di essere contemporaneamente un servizio complessivo a supporto della domiciliarità ma anche contemporaneamente una esperienza di solidarietà, di mutuo aiuto organizzato, di self care e di cittadinanza attiva. Una realtà associativa attraverso cui famiglie, lavoratrici della cura e attori diversi della comunità locale, insieme si prendono cura dei loro vecchi prendendo in cura anche se stessi e di cui parleremo dopo.

Resta comunque il fatto che si stanno costruendo nuovi mondi della cura che pur partendo da attese, modelli e aspirazioni diverse si strutturano via via per accomodamento reciproco dove ciascuno, pur con diritti e poteri distinti, cerca di posizionarsi e di muoversi nella consapevolezza che ognuno ha comunque bisogno dell'altro. Mondi che esprimono anche ricchezza di vitalità, in cui si scoprono energie nuove, risorse degli anziani che si erano spente, culture che si intrecciano e si contaminano, ricette che si provano insieme lingue che trovano dei sensi comuni.

Mondi soprattutto di donne: composti da lavoratrici straniere e, soprattutto, da figlie e nuore ma anche da operatrici dei servizi sociali e socio-sanitari che addestrano, alfabetizzano, affiancano, sostituiscono controllano secondo un circuito relazionale di "catena al femminile" fatto di collaborazione, di solidarietà certo anche di conflittualità che contemporaneamente le accomuna ma anche le divide nella consapevolezza comunque che le competenze di cura restano ancora sostanzialmente in capo al genere femminile e alle donne di famiglia.

I salari, per le assistenti familiari che lavorano a tempo pieno si aggirano sui 900/1000 € mensili nelle regioni del Nord e del Centro-Nord e sui 700/800 € mensili nelle regioni del sud e del Centro Sud da moltiplicare di fatto per 14 mensilità, tenuto conto delle sostituzioni per ferie. Si tratta di un costo significativamente aumentato nel corso degli ultimi due anni, in particolare a seguito del processo di regolarizzazione, e che non è affatto stabilizzato in quanto un numero sempre più alto di lavoratrici, fra quelle regolari, comincia a conteggiare in modo più puntuale i riposi dovuti e il relativo pagamento completo (e non forfetario).

Sul versante contrattuale generalmente vengono dichiarate circa 30 ore lavorative settimanali per un corrispettivo, sempre dichiarato di circa 600, massimo 700 €.

Accanto alla spesa reale sostenuta che, ad esempio per le Regioni del Nord e del Centro Nord si aggira praticamente sui 14-15.000 € annui vanno aggiunte spesso contribuzioni per servizi assistenziali domiciliari che devono essere assicurati da figure professionali dei Servizi socio-sanitari, vanno considerate spese numerose spese "farmaceutiche" e vanno aggiunte tutte le spese per "la casa aperta" (affitto se non è di proprietà, utenze, vitto anche per la badante ecc).

Come si può notare i costi annui complessivi di questa domiciliarità assistita (comprensiva ovviamente anche di tutte le spese riguardanti "una casa aperta e persone in casa" come ha detto tempo un familiare in una intervista), si aggirano alla fine sui 29/32.000 € annui a seconda se l'anziano abita in affitto o in una casa di proprietà.

Una cifra consistente, significativamente aumentata nel giro di pochissimi anni a seguito del processo di regolarizzazione ed effettivamente superiore alle contribuzioni assistenziali previste per il ricovero in una casa protetta convenzionata, ad esempio, in cui parte della retta è sostenuta dal servizio sanitario

15. I welfare locali e il nuovo mercato della cura domiciliare: impatto economico, risparmi e responsabilità per un fenomeno da governare

Come abbiamo visto i lavoratori e le lavoratrici domestiche immigrate con regolare contratto di lavoro presenti in Friuli Venezia Giulia nel 2003 sono 5383.

Assumendo come riferimento riflessioni e stime ormai condivise (^{vii}) si ritiene che le badanti siano non meno dell'80% del totale che equivarrebbe a circa 4310 unità.

Se , con riferimento ad altre stime condivise si considera che al numero delle regolari va aggiunto un 50% o un 60% di lavoratrici senza permesso di soggiorno (per quanto riguarda il Veneto, Dino Pistolato, direttore della Caritas veneziana parla del 68%) si può ragionevolmente ipotizzare che le lavoratrici immigrate della cura presenti in FVG sono circa 6.500 /6700 unità o 7240 se si assume come riferimento la valutazione di Pistolato.

Considerando una stima di 7000 lavoratrici e una spesa media complessiva annua di circa 13.000 € annui si può determinare in circa 91.000.000 € il costo della assistenza privata a pagamento in Regione a carico delle famiglie per il 2003.

Lo stesso dato può essere letto oltre che, ovviamente come istituzionalizzazioni evitate, anche come risparmio del sistema socio-sanitario pubblico. Non conoscendo i criteri e le quote di partecipazione dei cittadini al costo delle rette per la parte socio-assistenziale resta difficile il calcolo dei risparmi sul bilancio sociale di competenza dei Comuni. Mentre sul versante sanitario, calcolando che l'incidenza dei costi sanitari sulle rette delle strutture polifunzionali equivale mediamente a una somma media giornaliera di circa 40 €, il risparmio annuo prodotto dalle badanti ammonta all'incirca a 102.200.000 € per il 2003.

Certamente si tratta di calcoli artigianali che avrebbero bisogno di procedure più raffinate di calcolo e di stime più complesse per quanto riguarda le " ammissioni evitate in struttura protetta" e sul fatto che parte della casistica in domiciliarità assistita è in carico al sistema sanitario attraverso l'assistenza domiciliare integrata.

Si tratta comunque di dati indicativi che stimolano riflessioni importanti in ordine sia al ruolo che queste lavoratrici povere di fatto assumono nell'economia locale e nel sistema di protezione socio-sanitaria e al risparmio che le famiglie consentono al sistema pubblico.

Questa nuova domiciliarità assicurata dalle lavoratrici straniere pur dando una risposta complessiva alle domande di cura delle famiglie e dei loro anziani presenta aspetti di fragilità in più direzioni resi ancora più pesante dall'alta percentuale di lavoratrici senza permesso di soggiorno che fanno di questo mercato della cura un mercato a rischio di segregazione e di sfruttamento.

Tutto ciò segnala l'urgenza di una corresponsabilità pubblica nel governo complessivo del fenomeno prevedendo strategie in grado di incidere contemporaneamente a più livelli e di affiancare sia le famiglie che le lavoratrici e che ai fini di questa riflessione si concentrerà solo sulle politiche di welfare locale.

In tal senso nella misura in cui la cura è un valore ed un bene sociale di cui condividerne le responsabilità e nella misura in cui la domiciliarità è un obiettivo delle politiche sociali e sanitarie viene da sé che anche quando è assicurata attraverso scelte private delle famiglie, non solo deve stare in rete con tutte le altre risorse ed opportunità ma deve essere contemporaneamente un punto rete del welfare locale.

In qualunque modo venga assicurata (dal mercato privato, dalla pubblica amministrazione o da un mix di attori diversi), e chiunque siano i curanti (familiari, personale acquisito privatamente dalle famiglie od operatori inseriti nei sistemi di appalto e di accreditamento) o i curati (utenti, clienti, assistiti o persone che provvedono in modo autonomo ai loro costi assistenziali).

Infatti curati e curanti sono innanzitutto dei cittadini coinvolti in situazioni oggettivamente pesanti e socialmente rilevanti che per diritto di cittadinanza hanno titolo ad avere sostegno ed azioni positive indipendentemente dal fatto che siano utenti, potenziali utenti o clienti.

Questo comporta concretamente una assunzione di responsabilità da parte dei welfare locali nei confronti di tutte le domiciliarità assistite, nella consapevolezza peraltro di averne anche un tornaconto di risparmio sul versante di istituzionalizzazioni evitate o significativamente ritardate.

E' dunque soprattutto per tali motivazioni, prima ancora che per altre importantissime considerazioni di ordine sistematico, che vanno messe meglio a punto alcune peculiari competenze e responsabilità degli Enti locali, e più precisamente dei Comuni singoli o associati. Sono infatti tali istituzioni in quanto rappresentanti degli interessi della comunità locale che devono assumere un ruolo di regia trasversale, di affiancamento e presidiamento in grado di assolvere funzioni di garanzia, di

concertazione e coordinamento fra i variatori coinvolti di sensibilizzazione sociale e responsabilizzazione comunitaria.

Ciò al fine di mettere in campo opportunità e strumenti in grado di rispondere non solo alle necessità ma anche alle domande e alle criticità che questo nuovo scenario della cura domiciliare caratterizzato da una nuova e massiccia presenza di lavoratrici immigrate presenta.

Pur nella piena consapevolezza delle difficoltà di bilancio che oggi caratterizzano le pubbliche amministrazioni, soprattutto locali, tema qui non affrontato.

I problemi che saranno meglio presi in considerazione nella parte dedicata agli obiettivi/azioni che si ritiene opportuno proporre, toccano contemporaneamente più ambiti di sviluppo delle politiche locali (essendo questo il livello su cui si concentra la presente riflessione) con riferimento particolare a otto Aree Tematiche su cui sviluppare conoscenza, riflessioni, confronti ed azioni innovative, quali:

1) l' emersione/ regolarizzazione del lavoro di cura domiciliare;

2.) la qualificazione del mercato del lavoro di cura domiciliare attraverso una professionalizzazione essenziale delle lavoratrici che vi operano attenta alla peculiarità del lavoro richiesto (da non confondersi con quello delle ADB od OSS ma nemmeno a quello delle COLF) e a percorsi formativi concretamente “frequentabili”e percorribili ;

3.) le specificità dei accordi, dei presidiamenti e delle azioni positive affinché l'ambito delle cure domiciliari private e i curanti privati siano concretamente considerati come un punto rete ma anche una possibile risorsa nelle diverse progettualità innovative di cui si è già parlato;

4.) l'incrocio domanda/offerta del lavoro cura in grado di essere contemporaneamente, per lavoratrici e famiglie, anche un servizio personalizzato di informazione, orientamento, affiancamento e prima mediazione degli interessi di ciascuno;

5) l'assistenza tecnica domiciliare da garantire alle famiglie e, soprattutto, alle lavoratrici straniere da loro impiegate secondo un'ottica di tutoring domiciliare strutturato e a costo zero;

6) supporti economici alla cura domiciliare quale corresponsabilità pubblica nel lavoro di cura e quale strumento a supporto della regolarizzazione;

7) la promozione/supporto a possibili forme di impresa sociale fra famiglie e lavoratrici di cura e solo fra lavoratrici di cura secondo un'ottica di sviluppo comunitario;

8) l'integrazione sociale delle lavoratrici immigrate, specie se impiegate a pieno tempo, e il sostegno ai loro diritti di cittadinanza.

PARTE TERZA

16. Strategie di azione a sostegno della domiciliarità assicurata dalle lavoratrici straniere

Con riferimento ad alcune aree di criticità già individuate o comunque alla esigenza di meglio governare la nuova domiciliarità, assicurata in particolare dalle donne straniere, si ritiene di entrare nel merito solo di alcuni aspetti, fra quelli già citati nel capitolo 15, in quanto ritenuti prioritari ai fini delle politiche sociali che vanno qui raccordate in modo stretto con le politiche per l'immigrazione e del mercato del lavoro secondo uno sguardo unitario e di rimando reciproco.

Certamente una prima esigenza trasversale, riguarda un approfondimento conoscitivo, finalizzato alla progettualità sociale e ad una migliore competenza dei welfare locali in ordine a questo nuovo scenario secondo tre filoni essenziali:

a) aggregare, incrociare, far parlare tutti dati e le conoscenze già disponibili che possono dare un quadro aggiornato e integrato sia sul quadro complessivo della assistenza agli anziani con particolare attenzione alle diverse tipologie di intervento che compongono le offerte domiciliari (Assistenza domiciliare integrata o meno, Centri Diurni, Pasti a domicilio, assegni vari) sia sulla reale consistenza e caratterizzazione del lavoro domiciliare di cura a pieno tempo o a ciclo diurno, assicurato dalle donne straniere nelle diverse zone o distretti;

b) avviare una ricerca/azione molto snella, di tipo soprattutto qualitativo, finalizzata a fornire quelle conoscenze mancanti che sono ritenute indispensabili, secondo modalità che costruiscano contemporaneamente riflessione, coinvolgimento e nuove rappresentazioni sociali attorno fenomeno;

c) aprire un dibattito diffuso sulle conoscenze e le riflessioni acquisite a partire da una restituzione collettiva ai vari soggetti che sono stati coinvolti secondo strategie attente alla comunicazione sociale e all'aggancio di soggetti leader.

Pur non entrando qui nel merito specifico di tale azione si ritiene che le conoscenze e le rappresentazioni di cui disporre debbano riguardare sicuramente oltre che una stima ragionata ed aggiornata del fenomeno nel territorio, del suo andamento e del profilo di tali lavoratrici comprensivo di una stima di quelle senza permesso di soggiorno: anche:

- le linee di tendenza che stanno venendo avanti, le reali (e non solo pensate) progettualità migratorie e lavorative che a distanza di alcuni anni (per quanto pochi) stanno già emergendo concretamente; i turnover che stanno emergendo;
- le caratteristiche dei reticolli sociali attraverso cui si organizza e transita il fenomeno e le modalità locali (reticolli informativi e relazionali) con cui le famiglie entrano in rapporto con le donne immigrate;
- le principali tipologie di dipendenza e disabilità delle anziane e degli anziani in carico alle lavoratrici di cura straniere (cioè il segmento di cura ed assistenza coperto da tale lavoratrici) e il relativo carico assistenziale da identificare secondo indicatori largamente comparabili;
- la compresenza o meno del Servizio di assistenza domiciliare (intervento infermieristico o dell'operatrice/operatoro socio-assistenziale) sulle situazioni in carico alle lavoratrici di cura, dati di riferimento o stime ragionate;
- le modificazioni che questo scenario ha già prodotto o sta producendo sui welfare locali (sportelli informativi, affiancamento sul campo, corsi di formazione);
- i nuovi confini che stanno emergendo, oltre i quali, nonostante le badanti, il lavoro di cura non appare sostenibile nel rispetto dei diritti e delle concrete possibilità di queste lavoratrici;
- le caratteristiche riguardanti le più diffuse situazioni conflittuali che stanno emergendo nei rapporti fra anziani, famiglie e lavoratrici della cura nonché le ricomposizioni messe in atto;
- le valutazioni sulla onerosità e sulla qualità assistenziale del lavoro svolto dalle lavoratrici di cura date dagli anziani (se in grado di autodeterminarsi) dai familiari, dai Servizi socio-sanitari e dal volontariato/associazionismo impegnato in tale ambito e le principali criticità o positività segnalate;
- le applicazioni contrattuali, i salari correnti rapportati ad indicatori generalizzabili e le interpretazioni date ad alcuni aspetti (es. ore settimanali generalmente indicate negli impegni a pieno tempo, considerazione o meno del lavoro, godimento o meno dei riposi giornalieri riposi giornalieri e settimanali, concessioni permessi per formazione);
- le difficoltà economiche segnalate dagli anziani e dai loro familiari (con riferimento a profili familiari generalizzabili) circa il pagamento dei costi del lavoro di cura le attese che i medesimi hanno circa le modalità e l'entità di un supporto economico da parte della pubblica amministrazione.

In sostanza la ricerca/azione proposta viene intesa anche come luogo di scambio, riflessione e confronto a più livelli e quindi essa stessa come strumento di lettura sociale e di costruzione sociale del nuovo scenario, in questo senso:

- a) deve essere alimentata dai dati e dall'esperienza della prassi;
- b) deve allestire contemporaneamente luoghi di confronto, discussione, costruzioni di vision comuni e dunque di responsabilizzazione.

In tale contesto apparirebbe interessante impostare dei piccoli e snelli osservatori/laboratori permanenti intesi come strumenti e modalità di lavoro che tengono monitorato alcuni aspetti del fenomeno e del suo andamento nonché come spazi di riflessioni collettive e itineranti fra i servizi e i diversi attori a partire dalle conoscenze acquisite, dalle pratiche di lavoro, e dai luoghi di confronto allestiti.

16.1 Non solo sapere femminile: competenza e formazione per le lavoratrici della cura

Come noto il linguaggio corrente per identificare una lavoratrice straniera della cura impiegata per l'assistenza agli anziani usa il termine "badante": "badantaggio" sarebbe pertanto il contenuto della funzione svolta.

Non a caso si tratta di un termine utilizzato soprattutto per le donne straniere e per i grandi vecchi non autonomi in quanto entrambi soggetti che nelle nostre rappresentazioni sociali hanno poco valore per cui la relazione di aiuto che fra loro si instaura può essere nominata, senza troppo imbarazzo, come un rapporto e un lavoro *di sorveglianza*. Affermazione che in genere non usiamo appunto nei confronti della cura dei bambini o di adulti disabili e se la si usa (a volte per gli adulti) se ne percepisce la forzatura e un qualche disagio.

Ciò premesso l'attività del badare di fatto non è tanto una somma di prestazioni a valenza assistenziale, socio-sanitaria, di sorveglianza e colferaggio, anche se è un po' tutte queste cose, ma è più complessivamente un impegno trasversale del "prendersi cura" rivolto a una persona e al suo ambiente che ricombina, qualifica e ridefinisce i vari gesti assistenziali, organizzativi e di affiancamento attivo in un contesto di condivisione del tempo e dello spazio.

Una condivisione, appunto, che è una presa in carico con atteggiamenti e comportamenti "caldi" che includono appunto quello che D. Goleman chiama "*competenza emotiva*" indicando con ciò una capacità professionale caratterizzata dall'utilizzo di mente e cuore.

Tale funzione che non a caso è il segno portante di un sapere e di una esperienza che è innanzitutto delle donne, nel momento in cui è o diventa lavoro professionale deve essere resa visibile, riconosciuta, nominata. Deve essere più consapevolmente percepita e valorizzata in tutte le sue diverse dimensioni anche dalle stesse lavoratrici che la svolgono e che non sempre la considerano lavoro ma che sempre la evocano quando parlano di stanchezza della mente e di affaticamento "nervoso".

In questo senso il lavoro di cure può trovare, proprio oggi, a partire dalle lavoratrici immigrate uno spazio di approfondimento per una possibile dimensione professionale che riscattandolo da una semplificazione mortificante gli riconosca diritto di cittadinanza in brevi percorsi formativi secondo contenuti, metodologie e strategie di valutazione che sappiano caratterizzarne e valorizzarne la sua peculiarità.

In particolare nella misura in cui è rivolto a situazioni che presentano accentuate disabilità o multiproblematicità ed è assicurato, per di più, da donne di altra provenienza geo-culturale con altri stili ed esperienze relazionali/familiari ha tanto più bisogno di essere ri-contestualizzato e tematizzato.

Volendo definire un profilo della lavoratrice di cura qui considerata possiamo dire che trattasi di una figura in grado di assicurare relazione, assistenza, tutela, sicurezza e protezione nei confronti di persone anziane non autosufficienti, o comunque persone temporaneamente o permanentemente disabili, con i quali condivide lo spazio e il tempo. E' perciò un punto di riferimento costante nella vita quotidiana, uno stimolo per il mantenimento e il rinforzo delle competenze residue, un ponte per il mantenimento dei legami sociali di prossimità.

Tale figura opera per delega della famiglia che ne sovrintende l'operato ed è legalmente responsabile del benessere e della cura del familiare assistito.

Pur non affrontando in questa sede l'architettura di una possibile itinerario formativo, su cui si sono già avviate diverse esperienze, più o meno, si ritiene importante fornire alcune linee di riferimento.

Per quanto riguarda la impostazione:

a) Identificare il percorso formativo come un rinforzo di competenze già in parte presenti ed orientarlo coerentemente in tal senso privilegiando il più possibile la riflessione, la ricerca personale, il confronto.

b) Assegnare una peculiare attenzione ai contesti culturali di provenienza e più in generale alla valorizzazione della interculturalità e della multiculturalità intese come valore, come saperi da riconoscere, come disponibilità e flessibilità ad uscire dai confini della propria cultura per entrare nei territori di altre culture, come fonte di arricchimento reciproco.

c) Prevedere una proposta caratterizzata da particolari flessibilità e da combinazioni personalizzate tese a valorizzare in modo forte forme di accompagnamento in situazione e di tutoring formativo, strumento che appare particolarmente idoneo sia per rinforzare situazioni lavorative già in corso, sia per persone che devono affrontare anche l'ostacolo delle difficoltà linguistiche, sia per venire incontro ad oggettivi problemi che queste lavoratrici hanno "di staccarsi" dal posto di lavoro.

d) In tale ottica va considerata l'opportunità di rimettere a punto il percorso in corso d'opera assumendo esigenze e suggerimenti che le stesse partecipanti pongono.

e) Contenere la durata entro un tetto di circa 50 ore formative. Di esse una metà va pensata per il lavoro di aula (in modo da consentire una esperienza formativa di gruppo finalizzata a percorsi comuni di autoriflessione, confronto, aiuto reciproco), una decina di ore va finalizzata all'incontro con i servizi e le risorse del territorio secondo criteri che consentano approfondimenti (non meramente descrittivi) delle diverse attività e l'instaurarsi di rapporti dialogici che possano essere anche dei punti di riferimento importanti per la vita quotidiana con l'anziano; 15 ore vanno riservate al tutoring personalizzato presso la casa dell'anziano da parte delle operatrici/operatori tutor.

f) Prevedere una tutor d'aula e comunque figure di affiancamento individuabili fra le lavoratrici immigrate già esperte e con una lunga esperienza "da badante" (si pensi alle diverse lavoratrici laureate in medicina o con profili parasanitari qualificati) che per quanto non spendibili "formalmente" a motivo del non riconoscimento dei titoli professionali possono comunque essere valorizzate a fianco delle tutor ufficiali.

g) Fare in modo che l'esperienza formativa, possa anche essere una occasione di socializzazione e di inserimento sociale per queste lavoratrici per cui va arricchita di informazioni proposte, "agganci" che possano rappresentare delle preziose opportunità per condizioni lavorative che sono ad alto rischio di segregazione.

h) Affiancare alla proposta formativa, (in collaborazione con altre agenzie sociali e sanitarie del territorio e, soprattutto, con l'associazionismo locale, in particolare quello anziano che va responsabilizzato in tal senso), delle opportunità "per la cura di sé" che possano esprimere un'attenzione sociale nei confronti del benessere di queste lavoratrici, intese come persone in una obiettiva situazione di svantaggio. Si segnala, a titolo di esempio, corsi di lingua o di conversazione in lingua italiana in orari accessibili, corsi di ginnastica a impianto fisioterapico per prevenire le patologie a carico della schiena di cui soffrono, dopo un po' tutte quelle alle prese con problemi di mobilitazione; piccoli cicli di conversazione con i consultori familiari per tematiche attinenti la salute femminile, la sessualità, malesseri psicologici connessi a una routine spesso di cronicità, a solitudini forzate, a non infrequenti situazioni di nuove relazioni affettive "destabilizzanti", alla condizione di immigrata (la gestione della nostalgia, della sofferenza da separazione e della genitorialità a distanza). Inutile dire che queste ultime proposte, là dove sono state sperimentate o sono in atto (ad es. a Parma e Reggio), hanno riscosso un apprezzamento altissimo ed hanno consentito, per la stessa affermazione delle interessate, una possibilità di "posare lo sguardo su di sé" che ha arricchito anche la loro capacità e la loro disponibilità a una più attenta relazione di aiuto.

A titolo indicativo le tematiche oggetto di formazione e riflessione formativa dovrebbero pertanto riguardare :

a) la capacità di riconoscere, utilizzare e padroneggiare in modo corretto il linguaggio della cura, nei suoi termini italiani appropriati al fine di poter stabilire relazioni appropriate con l'anziano e con i diversi soggetti che di lui si occupano (familiari, medico di famiglia, infermieri);

b) apprendimento, rinforzo, riorientamento delle competenze necessarie per la normale assistenza quotidiana di persone non autosufficienti (aiuto nella mobilità, igiene personale, vestizione, nutrizione, preparazione dei cibi, tenuta della casa, relazioni di prossimità unitamente a nozioni di pronto soccorso e di dietologia) con specifico riferimento anche alla capacità di stimolazione cognitivo/relazionale, di autoorganizzazione, di fronteggiamento degli imprevisti od emergenze;

c) le capacità di riconoscere e riflettere sui diversi aspetti che compongono il lavoro di cura visto nelle sue diverse componenti e con particolare riferimento, agli aspetti di tipo comunicativo, relazionale, emotivo e di organizzazione del quotidiano;

d) la capacità di orientarsi correttamente nel rapporto con le persone affette dalle principali malattie croniche e degenerative in modo da assumere comportamenti adeguati e di possibile reale supporto;

e) la capacità di riflessione sul rapporto “sentito”(empatia) con la persona assistita, sugli stili relazionali, comunicativi e di cura messi in atto sapendoli riorientare in senso più adeguato con particolare attenzione al rapporto con l’anziano/a e i suoi familiari;

f) la possibilità di sperimentare, in situazione formativa, opportunità di approfondimento e riconoscimento del linguaggio corporeo che aiutino anche a meglio rapportarsi e comprendere il linguaggio e le esigenze dei corpi malati, fragili o invecchiati delle persone da assistere;

g) la capacità di tenere conto della storia adulta e della differenza di genere delle persone di cui ci si prende cura, sapendo assumere atteggiamenti attenti e rispettosi delle distinte identità sessuali, soprattutto in riferimento a situazioni che prevedono accudimenti completi;

h) la capacità di orientarsi nel contesto locale, nella rete dei servizi e delle professioni sociosanitarie e socio assistenziali nonché nella cultura che caratterizza la condizione e l’identità femminile, gli attuali scenari familiari, la rappresentazione della infanzia e della vecchiaia, i patti di mutualità/ solidarietà fra i sessi e le generazioni;

i) conoscenza e capacità di riflessione, sui propri diritti e doveri con particolare attenzione al rispetto costante degli impegni nei confronti delle persone assistite e all’etica professionale.

La modalità formativa deve il più possibile evitare il linguaggio della concettualizzazione ma prevedere modalità che a partire da esperienze e situazioni concrete soprattutto dalle narrazioni di ciascuna aiutino a fare percorsi di autoriflessione e confronto.

L’allestimento di tale impostazione formativa richiede contemporaneamente investimenti che riguardano in particolare cinque aspetti :

1) ovviamente la sensibilizzazione delle lavoratrici stesse attraverso modalità personalizzate e le loro leader “naturali” facendo in modo che venga colta la logica, e soprattutto il diritto a un bisogno di rinforzo oltre che di scambi e confronti qualificati ;

2) la sensibilizzazione delle famiglie e dei medici di base(che si influenzano reciprocamente) valutando insieme possibilità e strategie di supporti che inneschino anche mutualità fra famiglie e operatrici per consentire le frequenze, peraltro previste dallo stesso contratto di lavoro (36 ore annue);

3) il riconoscimento di crediti formativi e di attestati professionali “spendibili” anche in futuro per chi partecipa ai corsi di formazione;

4) l’individuazione di possibili forme di accreditamento delle singole lavoratrici subordinate alla avvenuta frequenza/partecipazione di percorsi formativi che dovranno via via portare a una possibile;

5) la subordinazione dei supporti economici pubblici alle famiglie previsti dai welfare locali (per il costo del lavoro di cura) alla partecipazione di percorsi formativi da parte delle lavoratrici impiegate e quindi alla presenza di una forma di accreditamento

16.2 Prendersi cura di chi cura: il tutoring domiciliare

Nella misura in cui il lavoro di cura ha valore sociale e va considerato come un nodo della rete dei welfare locali va da sé che va attivata una funzione tesa a”prendersi cura di chi cura” secondo cui la primaria attenzione rivolta alle persone curanti persegue contemporaneamente tre obiettivi:

a) riconoscere i disagi e i problemi delle persone che curano come difficoltà che hanno diritto a un ascolto e un aiuto di per sé;

b) riconoscere l’esigenza di supporti tecnici a valenza formativa che aiutino a migliorare competenze, performances, e maggiori capacità/sicurezze decisionali;

c) riconoscere, ovviamente, la necessità di una attenzione(e di un protagonismo, se in grado di autodeterminarsi) rivolta direttamente alla persona assistita nella consapevolezza che un maggior benessere e una maggiore preparazione del caregiver sono una migliore qualità assistenziale per gli anziani e le anziane coinvolti.

In tale ottica le ricerche già effettuate, le pratiche informali già attivate e l’esperienza ormai diffusa anche in altri paesi di cui le schede danno conto segnalano le seguenti criticità da parte delle famiglie curanti sole o con lavoratrice di cura :

a) esigenze di informazioni, consulenze ed orientamenti per la ricerca, l'utilizzo e la combinazione delle risorse e dei servizi intendendo con ciò non tanto illustrazioni più o meno esaustive delle opportunità presenti ma come possibilità di avere e di contare su dei quadri informativi circostanziati, esaurienti, aggiornati e fruibili in grado di mettere a disposizione anche una assistenza tecnica per le procedure amministrative;

b) esigenza di una assistenza tecnica per organizzare, combinare risorse, mantenere e rimettere a punto in progress piani di care domiciliare complesso in grado di affiancare anche direttamente per l'accesso e la fruizione dei servizi e delle opportunità secondo un'ottica di percorso;

c) esigenza di un affiancamento professionalmente competente sia per le famiglie (siano esse curanti od organizzatrici della assistenza) sia soprattutto per le lavoratrici straniere alla loro prima esperienza o comunque in fase di inserimento nelle diverse situazioni lavorative, che assicuri assistenza tecnica personalizzata, consulenza, addestramento, attraverso modalità che possano costituire un vero e proprio percorso guidato.

Ciò che emerge è sostanzialmente la necessità dunque di una figura di riferimento stabile, a portata di mano che possa fare da facilitatore, mediatore, supporter, assistente tecnico, accompagnatore, raccordo e ponte con il sistema dei servizi e delle reti informali. Una figura esperta di assistenza domiciliare e delle diverse performances che deve insegnare o rafforzare, un operatore/operatrice *“che sia anche un intelligente sistema informativo umano”* come ben dice Gino Mazzoli nella ricerca “Lavoro di cura e donne straniere a Reggio Emilia” appena conclusa.

Una persona dunque a cui le famiglie possano appoggiarsi, da cui possano essere prese per mano rincuorate e aiutate soprattutto nei passaggi difficili, nei peggioramenti, nelle organizzazioni complesse, passando da pratiche di rapporto centrate soprattutto sulla parola a una pratica del “fare insieme” e della condivisione.

A tali domande e ad altre che si porranno nella sua attuazione concreta il tutoring intende dare una risposta nel contesto di una funzione più complessiva di mobilitazione delle risorse sociali, di costruzione di reti cooperative, di promozione delle solidarietà corte e della mutualità fra famiglie di cui se ne intravedono le potenzialità.

Si ritiene opportuno, in questa sede, tracciare solo alcune linee essenziali sul tutoring, rimandando ad altri documenti una articolazione aorganizzativa/operativa più specifica.

Obiettivi

Il tutoring domiciliare è da intendere come un affiancamento tecnico/professionale assicurato in situazione (cioè presso la residenza della persona assistita) ai familiari, alle lavoratrici della cura e comunque a coloro che a qualunque titolo si prendono cura di anziani non autosufficienti. Tale affiancamento va inteso come una offerta programmata che può prevedere a seconda delle domande e delle esigenze singoli accessi, percorsi strutturati, riferimenti costanti.

L'obiettivo è quello di aiutare le persone curanti a meglio programmare, organizzare, gestire la loro attività assistenziale con peculiare attenzione al loro benessere e più complessivamente ai diritti e alle esigenze di tutti i soggetti coinvolti e cioè caregivers, lavoratrici della cura, persone assistite.

Tale intervento non deve sostituirsi a quegli opportuni insegnamenti e a quelle opportune informazioni che tutte le professioni sociali e sanitarie operanti nella domiciliarità già assicurano o sono tenuti ad assicurare nell'ambito delle loro specifiche competenze.

Esso dovrà riguardare piuttosto quei problemi e quelle esigenze o particolari o d'insieme che le persone curanti esprimono nella consapevolezza e che possono riguardare non solo la dimensione dell'addestramento alla cura e nell'aiuto organizzativo ma anche aspetti relazionali e di affaticamento non affrontabili attraverso le normali routines professionali.

Destinatari:

Sono pertanto destinatari del tutoring:

- innanzitutto le lavoratrici straniere alla loro prima esperienza di cura o in fase di inserimento in nuove situazioni familiari;
- i familiari caregivers;
- lavoratrici e familiari insieme.

Ovviamente il tutoring nei confronti della lavoratrice immigrata può concretamente attivarsi in quanto l'anziano/a o la famiglia di riferimento chiedono o sono d'accordo che il/la tutor entri nella loro casa e supporti situazioni assistenziali di cui sono in primis responsabili e garanti.

In tale ottica il rapporto di aiuto nei confronti di tale lavoratrice è per certi versi mediato dalle famiglie stesse per cui non vanno previste verifiche particolari circa lo status giuridico della

lavoratrice che ai fini del tutoring non interessa in quanto l'obiettivo centrale è il miglioramento delle competenze assistenziali e quindi della qualità assistenziale la cui priorità sociale è da ritenere indiscutibile. E su tutto ciò andrà fatta chiarezza nel contesto della pubblicizzazione dell'intervento.

Le situazioni target da privilegiare sono innanzitutto quelle che non usufruiscono di assistenza domiciliare (e quindi non possono contare naturalmente su consulenze dei relativi operatori), quelle destinate solo degli assegni di cura (erogazioni similari) che in genere non prevedono un monitoraggio significativo da parte dei Servizi sociali e quelle già "in carico ai servizi domiciliari che per richiesta delle famiglie stesse o su proposta degli operatori hanno bisogno di un affiancamento personalizzato. Al riguardo va considerato che l'attenzione prioritaria assegnata alle situazioni non conosciute e a quelle destinate degli assegni di cura (a cui l'intervento va proposto se in presenza di lavoratrici straniere) consente di assicurare sul territorio anche una funzione di presidiamento e di sentinella rispetto ad eventuali problemi di qualità/appropriatezza assistenziale ma anche di trascuratezze e scarse responsabilizzazioni (là soprattutto dove le reti familiari sono molto piccole o dove il tenere a casa rappresenta soprattutto un fatto di immagine sociale) su cui appare importante che il welfare pubblico possa averne conoscenza ed assicurare i necessari supporti e le opportune tutele.

Contenuti

La funzione che non ha bisogno di una istruttoria valutativa particolare in quanto fa testo l'esigenza posta o condivisa deve riguardare sostanzialmente:

- addestramento alla cura e alle performances più complesse su cui gli interessati si sentono scoperti e relativa supervisione. Cura dell'inserimento lavorativo della curante immigrata ed attenzione ad eventuali pesanti problemi/difficoltà di tipo personale e di inserimento sociale;
- informazioni, orientamenti e accompagnamenti all'uso dei servizi e alla costruzione di percorsi facilitati;
- collegamenti e raccordi fra i diversi servizi contribuendo a sbloccare rigidità e ostacoli;
- assistenza circa l'organizzazione del quotidiano e gli stimoli cognitivi/relazionali da attivare;
- collaborazione a costruire il piano di care comprensivo delle diverse soluzioni di sollievo o di sostituzione per le assenze della lavoratrice di cura;
- aiuto nelle emergenze e negli imprevisti; mediazione di piccoli conflitti, supporto emotivo;
- rinforzo nelle situazioni di stress, promozione/organizzazione di piccoli gruppi di mutuo aiuto o di approfondimento attraverso la collaborazione di altri attori;
- altre attività coerenti e compatibili anche con le competenze delle figure tutor.

Profilo del/della del tutor

Si ritiene che non si debba prevedere un profilo specifico ma di investire su figure professionali già esperte in assistenza domiciliare di cui integrare e qualificare le competenze in tale direzione attraverso un percorso formativo ad hoc. Tali figure possono essere gli infermieri (soprattutto se già operanti in una ottica di infermiere di comunità e/o gli operatori professionali socio/assistenziali o socio-sanitari (OSS, OTA, RAA) specie se già con funzioni di responsabilità operativo e di coordinamento tecnico.

Competenze istituzionali della attività di tutoring

Il Servizio sociale anziani territoriale o il Servizio infermieristico in una ottica comunque di forte integrazione fra i medesimi e secondo modalità organizzative che prevedano una progettualità condivisa e momenti di forte interrelazione e scambio carico i relativi costi.

Tempi e durata del tutoring

Da mettere a punto in base alle diverse domande tenendo presente che alcune situazioni possono avere bisogno di monitoraggi costanti e a più riprese per il mutare delle condizioni della persona assistita. In linea di massima un affiancamento a una lavoratrice immigrata alla prima esperienza lavorativa come curante può essere identificata in 5/ accessi di tutoring, in relazione comunque anche alle caratteristiche della persona assistita e secondo una sequenzialità programmata; per quanto riguarda l'affiancamento per l'inserimento di una lavoratrice già esperta in una nuova famiglia si ritiene che gli accessi di tutoring possano essere due.

Formazione prevista

Il percorso formativo, di cui sono già state attivate esperienze, fra cui, ad esempio a Parma e a Reggio, essendo rivolto a figure che già possiedono specifiche competenze professionali nell'ambito della assistenza domiciliare dovrà avere una impostazione tesa soprattutto a favorire l'acquisizione e il rinforzo di capacità inerenti gli aspetti più connessi ai contenuti relazionali, metodologici e formativi.

Pur non dimenticando, tuttavia, un rinforzo preciso delle competenze tradizionalmente professionali.

In questo senso la costruzione di un clima collaborativo, la capacità di ascolto e di affiancamento di tipo empatico, la valorizzazione delle differenze culturali, l'attenzione a riconoscere saperi fuori da stereotipi e pregiudizi devono trovare nella strategia formativa particolare rilievo.

La durata di tale formazione si ritiene debba prevedere circa 120/ 130 ore di cui una ventina come project work e debba essere accompagnata anche nel tempo da una programmata attività di supervisione coerente con il profilo operativo previsto.

Ciò premesso gli aspetti su cui porre particolare attenzione riguardano:

a) la costruzione di significati condivisi in ordine allo scenario della cura assicurato dalle donne straniere e agli aspetti peculiari che caratterizzano il lavoro di care fuori da un'ottica prestazionale socio-sanitari;

b) l'ascolto della domanda, le tecniche di aiuto “in situazione”, la valorizzazione delle competenze già presenti con attenzione positiva alle culture di cura diversamente caratterizzate;

c) la impostazione e la conduzione di addestramenti, consulenze, supervisioni operative in ordine alle diverse performances assistenziali, alla organizzazione/gestione del piano di care, all'accesso/ fruizione dei servizi sapendo riconoscere per ciascun blocco di funzioni gli obiettivi diversi e maneggiarne le relative tecniche;

d) capacità di fare contenimento, rinforzare la sicurezza, dare voce alle resistenze, assicurare supporto emotivo sapendo riconoscere situazioni pesanti di stress a rischio di collasso ed aiuto nel ridimensionamento degli impegni o per soluzioni di sollievo;

e) l'acquisizione di competenze specifiche in ordine al colloquio di tutoring, alla conduzione degli incontri formativi, alle tecniche del linguaggio formativo specie con persone che non possiedono bene la lingua italiana, alla impostazione degli accessi di tutoring;

f) l'acquisizione di competenze in ordine alla promozione di microreti di prossimità e di mutualità;

g) l'acquisizione di competenze in ordine alla valutazione e all'accompagnamento di percorsi di auto-valutazione;

h) competenze in ordine alla mediazione di piccoli conflitti di ordine lavorativo;

Supporto alla attività di tutoring:

un cellulare di servizio

Costo dell'intervento a carico dei destinatari

Si ritiene che il tutoring debba essere a *costo zero* in quanto si identifica come un doveroso supporto nei confronti di chi ha in carico domiciliarità complesse e faticose assumendosene anche i costi evitando peraltro costi di istituzionalizzazioni che sarebbero ben più pesanti per il sistema socio-sanitario. Trattasi peraltro di un intervento di welfare leggero che non comporta esborsi “prestazionali” e assimilabile per certi versi ad una attività di educazione sanitaria o di sostegno al self care che si ritiene debbano essere garantiti gratuitamente.

16.3 Servizi informativi e di incontro per la domanda/offerta del lavoro di cura

Come noto le informazioni e l'incontro domanda/offerta sul lavoro di cura, all'inizio quasi tutto irregolare, è avvenuto attraverso i luoghi e i modi del passaparola in cui sono compresi purtroppo, anche circuiti malavitosi e di sfruttamento, o attraverso i luoghi della solidarietà e dell'associazionismo che insieme ai patronati sono stati i soggetti che se pur impostazioni e mission diverse si sono fatti carico di informare, affiancare, mettere in relazione donne e famiglie, dare referenze, fornire indirizzi e numeri di cellulari. A volte anche kit di sopravvivenza e accesso alle mense “dei poveri”.

Si tratta ancora oggi di un panorama molto variegato e in crescita che ha assolto e sta assolvendo a un ruolo importante ma che va in qualche modo razionalizzato pur mantenendo quelle caratteristiche di “familiarità e informalità” necessarie proprio per le situazioni con cui viene a contatto, (quasi sempre di urgenza e di emergenza) il target,(donne immigrate al primo arrivo, senza casa ; famiglie in difficoltà e spesso in emergenza) e il tipo di lavoro che viene affrontato che presuppone delle “fiduciarie” molto particolari per cui le famiglie, in particolare, hanno bisogno di luoghi sentiti come molto fiduciari.

Di questo circuito, fra l'altro, fanno sempre più parte, ovviamente, anche, i servizi di assistenza domiciliare in quanto sono a conoscenza, ad esempio, sia delle situazioni familiari in carico che entrano in emergenza per la cura sia delle lavoratrici di cura “disponibili” a seguito di decessi degli anziani assistiti e per entrambe le situazioni sono in grado di darne una valutazione “competente” in

genere molto richiesta e con anche qualche criticità che sta emergendo e da affrontare con trasparenza e chiarezza.

E' per questo motivo, come per altri qui non affrontati, che, soprattutto i servizi o i punti informali e, per così dire meno professionalizzati e "proceduralizzati" ma più "volontarizzati", hanno un loro senso e comunque continueranno ad essere un riferimento importante e probabilmente prioritario per quanto si possa arrivare a una possibilità di regolarizzazione diffusa, (cosa improbabile) sicuramente per un po' di tempo.

Inoltre, per uscire dalla ipocrisia e dire ciò che tutti sappiamo, i luoghi dell'informale e del Volontariato (si pensi alla Caritas, al S. Egidio, ma anche alle parrocchie) assolvono a una funzione di inclusione, accoglienza e presidiamento sociale (per quanto con delle criticità e" imbarazzi" anche etici, a loro non imputabili) di tutta quella ampia fascia di lavoro e lavoratrici non regolari (che assicurano però un impegno ad alta valenza sociale evitando o rimandando istituzionalizzazioni) che sarebbero altrimenti solo alla mercé dei canali malavitosi o dei "favori a pagamento".

Tutto questo non ha comunque disinnescato, soprattutto per le situazioni "di irregolarità", che riguardano ancora molti nuovi "arrivi", tali circuiti che riguardano anche situazioni regolari e che forse potrebbero in parte essere bloccati attraverso l'attivazione di "percorsi di garanzia" che dovrebbero essere in grado di presidiare ed accompagnare nel paese di immigrazione assicurando già in loco gratuitamente i primi orientamenti formativi e linguistici. Ciò attraverso procedure legali che si è tentato di mettere a punto, ad esempio, nel progetto Madreperla, da parte della Cooperazione sociale di Reggio Emilia ma per ora con esito negativo in quanto si rendevano necessari alcuni passaggi legati a "forzature normative" non ancora possibili.

Ma, per tornare al discorso dei punti informativi, va detto che questa molteplicità di luoghi che sta crescendo (troppo) è nell'insieme molto fragile e frammentata (anzi questa frammentazione sta addirittura aumentando con la regolarizzazione) in quanto una pluralità di attori, in assenza di un qualche coordinamento che aiuti a fare sistema, stanno operando in modo scollegato, finendo a volte per sovrapporsi e spesso lasciare scoperte alcune esigenze riguardanti in particolare funzioni strutturate di informazione, orientamento, collegamento diretto con il sistema dei servizi e delle diverse opportunità anche fuori dai propri circuiti, di cui sia le famiglie sia le lavoratrici avvertono sempre più l'esigenza in quel peregrinare continuo fra uffici diversi, ognuno attrezzato per il proprio piccolo pezzo.

In tale contesto sicuramente va considerato come spartiacque di fondo il possesso o meno del permesso di soggiorno da parte delle donne immigrate che ovviamente fa la differenza rispetto agli uffici "accessibili" anche se è comunque pensabile attrezzare luoghi unitari in cui far convivere più sportelli e più attori all'interno di una progettualità integrata.

Ciò premesso si ritiene importante che:per quanto possibile, si facciano sforzi affinché:

a) vengano previsti luoghi unitari (in cui possano ovviamente operare una pluralità di attori sia del sistema pubblico che non, articolati anche per uffici diversi) in cui famiglie e lavoratrici della cura possano trovare dei punti integrati di offerta organizzati secondo una certa sequenzialità che aiuti le persone nella fruizione senza dispersione di tempo in spostamenti vari;

b) gli sportelli informativi dei soggetti pubblici abbiano anche le condizioni per essere identificati come enti di intermediazione previsti dalla legislazione vigente(d.l. 276/03) in modo da garantire anche una assistenza amministrativa completa alla stipula del contratto;

c) i diversi punti informativi operino attraverso un archivio informatizzato snello ed essenziale che preveda la disponibilità di schede informative particolarmente curate (sia sulle voci da contenere che sulla compilazione) quale strumento di lavoro e punto di riferimento consultabile insieme alle famiglie che vanno aiutate a definire la propria domanda e le proprie esigenze. Inoltre tale archivio dovrà ovviamente servire per informazioni utili per il monitoraggio del fenomeno;

d) si preveda un modello a rete dei punti informativi che sulla base della consistenza, della qualità organizzativo/operativa e dell'interesse, individui a livello almeno provinciale un punto informativo, fra quelli già attivi,, per la costruzione (attraverso l'apporto dei diversi attori coinvolti fra cui il Centro per l'impiego e l'ambito dei servizi socio-sanitari) di una banca dati comune a tutti gli sportelli secondo un programma informatico i cui contenuti siano appunto compresi negli archivi di cui al punto c).

Un punto che possa avere in sostanza la funzione di un "centro risorse informative" e quindi di coordinamento, supporto e alimentazione informativa degli sportelli territoriali assicurando anche la predisposizione di report finali a fine anno quale fonte preziosa per il monitoraggio del fenomeno e delle sue dinamiche;

e) i vari punti informativi, per quanto caratterizzati da target diversi, debbano tutti assicurare, una funzione di presa in carico leggera e di piccoli accompagnamenti iniziali. Ciò per i problemi connessi ai contenuti del lavoro, alle caratteristiche di fragilità e di problematicità del target, al fatto che attorno alla domanda/offerta convergono le difficoltà del primo impatto migratorio e delle emergenze familiari. Accompagnamenti “inclusivi” appunto, che possano tenere uniti problemi ed esigenze che, anche nella percezione personale, sono strettamente connessi alla ricerca e alla domanda di lavoro.

Con questo non si vuole certo dire che i luoghi della informazione e dell'incontro domanda /offerta devono diventare dei Centri di Servizio sociale professionale ma che devono lavorare secondo una ottica di connessione con confini mobili, tesa a creare ponti e collegamenti da seguire direttamente in fase iniziale (e non solo tramite invii del cui esito più nessuno si interessa) e rispetto a cui si fanno delle verifiche circa la andata a buon fine.

L'obiettivo deve essere infatti quello di non lasciare a se stesse persone con una cittadinanza fragile in difficoltà di orientarsi soprattutto se in situazioni di emergenza possono risultare a rischio di non avvio o di interruzione incroci pur “proposti”. (Si pensi ad esempio alla frequenza dei corsi di italiano o corsi formativi, alla soluzione di problemi connessi alla assenza dei mezzi pubblici, ad esigenze rigide di tempo libero in determinati giorni ed orari funzionali all'arrivo e alle partenze dei pulmini provenienti dai paesi di origine ecc.);

f) il personale addetto nei vari punti informativi dovrebbe avere una formazione, per quanto ovviamente non professionalizzante sui seguenti aspetti:

- sulla tematica della cura e del lavoro di cura al fine di cogliere le reciproche esigenze delle famiglie e delle donne immigrate;
- sugli aspetti comunicativo/relazionali attenti alle differenze geoculturali;
- sulla normativa vigente in materia di immigrazione, lavoro, ricongiungimenti familiari, diritti di cittadinanza, pari opportunità;
- sulla rete dei servizi e delle opportunità sociali e socio/assistenziali formali e informali presenti a livello territoriale;
- sulla materia contrattuale;
- e ovviamente sugli aspetti informativi ed informatici (il che non è sempre scontato);

g) almeno nell'ambito dello stesso territorio si possa arrivare a un patto o a un “protocollo etico condiviso” fra i vari attori coinvolti (fra cui le confederazioni sindacali, rappresentanti delle famiglie, degli anziani, e delle lavoratrici della cura) per cui da parte di tutti punti informativi e, soprattutto, da parte degli uffici che sbrigano le pratiche amministrative, vengano dati gli stessi suggerimenti ed orientamenti in ordine alla interpretazione o alla applicazione di punti del contratto troppo generici (anche in ordine poi alla quantificazione dei costi) in modo che per quanto possibile ci siano al riguardo sul territorio comportamenti il più possibile omogenei;

h) i Centri per l'impiego, a tutt'oggi ancora abbastanza assenti sul lavoro di cura familiare anche per le caratteristiche di “informalità” che lo caratterizza e per il fatto che inizialmente era tutto clandestino (almeno quello legato a ciclo continuo sviluppatisi dal 2000) dovranno comunque attrezzare uno spazio “dedicato” con le caratteristiche di cui si è parlato ed essi stessi potrebbero/dovrebbero essere il servizio di coordinamento, di cui si è parlato al punto b) anche per la missione che li contraddistingue e le tecnologie informatiche di cui sono dotati.

Tra l'altro, proprio per le loro più complessive competenze istituzionali in materia di lavoro sarebbe importante che l'investimento di tali Centri sul lavoro di cura prevedesse anche, da subito, una dichiarata attenzione verso altre transizioni lavorative valutando anche possibili opportunità formative verso cui indirizzare le interessate qualora optassero per decisioni diverse.

Comunque una esperienza di coordinamento in capo al Centro per l'impiego è stata attivata dalla Provincia di Parma in cui accanto ad aspetti decisamente innovativi riguardanti la costituzione e il funzionamento in ogni distretto di uno spazio dedicato al lavoro di cura e al suo “dintorno” rivolto a famiglie e lavoratrici: ma come temuto, si segnalano, all'oggi, difficoltà in ordine al riconoscimento di tale funzione da parte di alcuni attori importanti.

16.4 Un luogo tutto per sé: non solo lavoratrici immigrate ma parte della comunità locale

Come già richiamato a più riprese, le lavoratrici della cura, soprattutto quelle a tempo pieno sono anche di recentissima immigrazione, impegnate generalmente in situazioni pesanti dove la sovrapposizione fra spazi personali e lavorativi diventa totalizzante è a rischio di isolamento sociale.

Sono queste, più delle altre, le donne che nelle ore di riposo frequentano esclusivamente gli spazi pubblici, soprattutto le piazze attrezzate e i parchi, dove si ritrovano, mangiano insieme, ascoltano musica, si fanno dei servizi reciproci, (ad esempio il taglio dei capelli e le messe in piega), aspettano i pulmini provenienti dai loro paesi, senza poter disporre di un luogo proprio che per dirla con Virginia Woolf possa essere vissuto come una "stanza tutta per sé".

Questa situazione, certamente risponde anche al bisogno di stare all'aperto, ma si tratta appunto di una situazione necessitata che non può contare su altre alternative e che da solo testimonia quanto la vita personale di queste donne passi fra l'indifferenza generale, soprattutto dei welfare pubblici di cui sono un punto rete!

Pertanto, pur secondo scelte e strategie diverse tese anche all'ampliamento di funzioni già in atto si ritiene importante prevedere l'allestimento di luoghi concreti per le donne immigrate, (avendo proprio presente anche le esigenze peculiari di chi non ha una propria abitazione) alla cui impostazione e gestione le medesime devono partecipare (al riguardo una esperienza in atto nel Comune di Reggio Emilia nell'ambito del progetto "Madreperla", può rappresentare una buona pratica).

Ovviamente si pensa ad un luogo non solo aperto ma che promuova anche la presenza e la fruizione da parte delle donne locali e coinvolga strettamente l'associazionismo femminile locale secondo una progettualità condivisa che deve già essa stessa essere l'esito di relazioni che si sono costruite assieme.

L'obiettivo deve essere quello di favorire inclusione/integrazione sociale, fruizione di opportunità per esigenze, aspirazioni e desideri personali sperimentando a livello zonale/distrettuale o almeno a livello cittadino uno spazio "friendly", amicale, collocato nel normale contesto urbano, che abbia le condizioni strutturali per essere idoneo allo scopo sia sul versante dell'ampiezza (tale da consentire usi plurimi contemporaneamente), sia sul versante della ubicazione, (non fuori mano e ben servito dai mezzi di comunicazione) sia sul versante estetico (un luogo luminoso, caldo e curato anche nell'arredamento, il che non vuol dire che debba essere costoso). Un luogo non assistenzialistico ma della amicizia e delle opportunità in cui le persone che lo frequentano si sentano valorizzate e a casa propria contribuendo perciò ad allestirlo e a prendersene cura.

Tale spazio in rete con il territorio e soprattutto i punti informativi e i servizi socio-sanitari che possono contribuire a pubblicizzarlo, si dovrebbe connotare contemporaneamente come luogo :

- di incontro amicale, convivialità, festa, come spazio di multiculturalità e di valorizzazione delle culture di appartenenza in una ottica di mutualità e solidarietà di genere;
- di informazione aggiornata di tutte le risorse della città che possono interessare e del modo per fruirne;
- di consulenza e affiancamento per problemi personali che non richiedono una presa in carico da parte di Servizi professionali in cui, ci si possa fare liberamente una tazza di the, un caffè o altre bevande secondo le abitudini locali; in cui si possa cucinare e mangiare assieme secondo le diverse tradizioni culinarie, (cosa che non è sempre possibile nelle famiglie in cui si lavora) oltre che imparare a cucinare "in italiano!" se presso la famiglia non vi è chi può insegnare;
- dotato di diverse risorse da allestire in progress (anche attraverso contribuzioni di tipo solidaristico da parte di attori o soggetti collettivi del territorio che andrebbero sollecitati), quale la televisione con antenna satellitare, video lettore, computer, vocabolari, macchina da cucire, attrezature minime per il taglio dei capelli, biblioteca e piccola emeroteca, costituita anche da "donazioni" delle partecipanti, guide turistiche, ecc.

Unitamente alle esemplificazioni concrete di cui sopra, le proposte e le attività di questo punto d'incontro possono essere diverse a seconda delle esigenze, della imprenditività, e della disponibilità da parte delle stesse donne che lo frequentano.

In tal senso andranno previste modalità di gestione che promuovano al massimo il coinvolgimento e la responsabilizzazione da parte delle donne immigrate ma anche delle donne locali coinvolgendo al massimo (lì dove non è già avvenuto naturalmente) l'associazionismo femminile e prevedendo, sicuramente come già accennato, forme di autogestione.

Va da sé che è importante individuare una figura di coordinamento/riferimento che assicuri anche presenze concrete e in grado di esprimere quelle competenze relazionali, promozionali e di consulenza/aiuto di cui si è fatto cenno.

In proposito apparirebbe interessante sperimentare, per quelle donne che presentano uno stato di sofferenza, disagio, di marcata solitudine e difficoltà ad orientarsi nel nuovo contesto di immigrazione, la individuazione di “donne risorsa” che le possano affiancarle in modo leggero secondo un’ottica di solidarietà di genere e secondo modalità non forzate ma di naturale prossimità amicale (per quanto in qualche modo sollecitata). Si tratta di una strategia semplice,(se pur non semplicistica) di *self care* comunitario, di alto profilo preventivo già sperimentata in Francia ad esempio con le” femmes relais”, a Parma nello spazio consultoriale “donne immigrate” e in alcuni Centri per le famiglie dell’Emilia Romagna attraverso “i genitori risorsa”.

16.5 famiglie e lavoratrici della cura : un incontro che si auto-organizza?

Sicuramente famiglie e lavoratrici di cura, seppur per motivi diversi e per problemi distinti sono accomunati da un unico obiettivo che intendono raggiungere attraverso un rinforzo reciproco: mantenere nella propria casa e nel proprio contesto le anziane e gli anziani non autosufficienti evitando il più possibile l’istituzionalizzazione.

Si tratta di un obiettivo sociale ampiamente condiviso anche dalla comunità locale più complessiva (cittadini e famiglie in generale, associazioni di volontariato e singoli volontari, sindacati,operatori e rappresentanti dei servizi sociali e sanitari, di ordini professionali, di Enti, Fondazioni,Comunità ecclesiali, ecc) la quale tanto più è in grado di dare corpo a questa responsabilità diffusa quanto più riesce a sviluppare forme e capacità di costruire insieme auto-organizzazione e cooperazione.

Partendo soprattutto dal basso e cioè dalle singole realtà di paese, di zona, di quartieri cittadini in cui il legame di solidarietà e di reciprocità è più fortemente radicato a un territorio limitato e quindi sostenuto anche da una situazione reale di prossimità.

E’ peraltro a questi scenari di condivisione che si pensa quando si parla di uno sviluppo di comunità in grado di farsi anche impresa sociale e quindi di dare un valore culturale e un contenuto economico al legame di reciprocità e di solidarietà.

Per questo, soprattutto oggi, in cui solitudini relazionali, rischi di esclusione sociale sempre più forti e fragilità di intere fasce di popolazione stanno aumentando è importante promuovere, sostenere e privilegiare realtà e forme di cooperazione che non solo gestiscano servizi senza avere finalità di lucro ed occupando, ad esempio, lavoratori/ lavoratrici “diversamente abili” ma che si sentano davvero impegnati a fare costruzione sociale e a costruire capitale sociale.

Avendo attenzione, che solidarietà e diritti devono rinforzarsi reciprocamente e non realizzarsi ciascuno a svantaggio dell’altro.

Non è questa la sede per affrontare alcuni nodi critici che il mondo della cooperazione, soprattutto quello che ha sviluppato “più impresa” si trova oggi ad affrontare se vuole essere coerente con la propria mission originale, (e di cui è stata fatta qualche riflessione nella parte quarta di presentazione delle Politiche europee).

Ai fini della presente riflessione preme solo dire che non è tanto una forma giuridica di cooperativa o di associazione che fa la differenza nello sviluppo di comunità ma sono i modi, i processi, i legami che queste realtà imprenditive costruiscono e di cui si prendono cura; sono gli obiettivi più generali di cittadinanza attiva, sociale e solidale, che perseguono anche al di là della loro specifico area gestionale.

Pertanto si ritiene importante la possibilità di sperimentare forme di auto-organizzazione, di cooperazione e di associazionismo in cui i due principali portatori di interesse, lavoratrici della cura e famiglie, insieme, ovviamente ad altri soggetti della comunità locale, si auto-organizzano per meglio affrontare in modo condiviso e funzionale impegni, esigenze e diritti secondo modalità che sappiano contemporaneamente costruire nuove opportunità per le diverse esigenze dei cittadini anziani del territorio oltre che, ovviamente, legami più allargati di mutualità e di responsabilità sociale.

L’innesto di questi processi aggregativi e di auto-organizzazione difficilmente riescono ad attivarsi e svilupparsi da soli hanno bisogno infatti, soprattutto in fase di avvio, di un affiancamento e una consulenza costante, e a regime, di un lavoro permanente di manutenzione e di vitalizzazione creativa delle reti di soggetti che si vano a costituire.

Inoltre, va previsto contemporaneamente una azione stabile di raccordo, integrazione e cooperazione con i diversi sistemi istituzionali di riferimento (socio-sanitario, socio-assistenziale,

l'ambito della formazione, delle pari opportunità ecc) di cui queste realtà devono essere un punto rete affinché le strategie e le innovazioni che si vanno a costruire e sperimentare possano trovare oltre che interesse e collaborazione istituzionale anche riscontro ed aggiornamento normativo oltre che le necessarie coperture economiche secondo protocolli concordati.

Certamente la fase di promozione assume particolare importanza per cui occorre fare molta attenzione alle figure scelte per tale impegno in quanto devono essere oltre che tecnicamente competenti sul piano della comunicazione sociale e del lavoro di comunità anche molto motivati, attitudinalmente portati al lavoro di rete, autorevolmente riconosciute e legittimate dai diversi soggetti istituzionali e non.

L'attività più importante su cui puntare in questa fase preparatoria è quella di rinforzare i contesti relazionali dei microterritori secondo una dimensione molto informale che si fa comunitaria strada facendo come esito di un percorso che si costruisce assieme.

Questo passaggio che comprende una capillare attività informativa, di interlocuzione personalizzata, di accompagnamento leggero per la maturazione delle decisioni aggregative è molto delicato, richiede particolare attenzione metodologica e agio di riflessione soprattutto se si vuole uscire da vecchie formule di rappresentanza ormai in crisi e vuote.

Così pure richiede un impegno oneroso la costruzione di una progettazione realmente partecipata di cui il lavoro fatto per i Piani di zona ha messo in luce un rischio: quello di scambiarla con firme di protocolli e incontri fra rappresentanze.

Tutto questo rende necessario l'avvio di un team molto snello, formato in base alle competenze e alla fiduciarietà sociale con la duplice funzione di apripista e di coordinamento dell'avvio dei processi di aggregazione finalizzati all'avvio di una realtà associativa o di cooperazione con il compito di fare i primi sondaggi, preparare concretamente il terreno, affiancare tecnicamente la scelta dei promoter locali, e accompagnarli nella fase di avvio, organizzando insieme le prime iniziative di promozione e sensibilizzazione costruendo i primi collegamenti basilari.

Senza voler ovviamente prefigurare la specificità dei contenuti di una possibile associazione o cooperativa sociale si ritiene tuttavia di suggerire alcune aree forti di impegno/attività:

a) gestione di tutta la parte amministrativa e procedurale connessa all'incrocio domanda/offerta di lavoro, assunzione e procedure varie connesse al rapporto di lavoro;

b) organizzazione ed attuazione dell'intervento di tutoring domiciliare, inteso anche come attività di inserimento sociale per le lavoratrici alla prima esperienza e per tutte le situazioni che ne hanno comunque la necessità sulla base di quanto già proposto la necessità: e comunque per le emergenze;

c) ricerca e costruzione di forme di mutualità fra famiglie di anziani e le lavoratrici per affrontare emergenze, esigenze di sostituzioni brevi o programmate, attente comunque a non avvalorare situazioni di sfruttamento;

d) ricerca e costruzione di soluzioni e risposte finalizzate alla integrazione sociale e alla cittadinanza delle lavoratrici immigrate quali ad esempio:

- l'attivazione di un luogo di aggregazione attrezzato di cui si è già parlato;
- una struttura abitativa collettiva per appoggi di emergenza a chi resta improvvisamente senza lavoro o deve staccare dal lavoro per qualche tempo;
- accoglienze possibili per familiari o persone amiche in visita ; la messa a disposizione di un auto per spostamenti di lavoro e facilitazioni alle lavoratrici interessate a prendere la patente;

e) possibilità di piccoli prestiti per emergenze improvvise personali o familiari;

f) sperimentazione di servizi e nuove opportunità per anziani del territorio e le loro famiglie secondo l'ottica di piccoli centri risorse di paese o di quartiere per la vita quotidiana e di cui nel contesto del documento si sono fatti molti esempi;

g) attività di promozione socio/culturale sulle esigenze e i diritti degli anziani, sul lavoro di cura e delle lavoratrici di cura.

17. Linee di indirizzo per progetti di domiciliarità attenti allo sviluppo di comunità

Con riferimento alle considerazioni fin qui svolte vengono individuate alcune linee di indirizzo per interventi innovativi riguardanti la domiciliarità assistita delle persone anziane con ridotta autonomia che, unitamente a quelle già tracciate per il supporto al lavoro di cura svolto dalle donne immigrate e a quelle per la costituzione di realtà associative/cooperative per il lavoro di cura, intendono costituire un orientamento, soprattutto strategico, nel contesto delle più complesse riflessioni di merito e di senso che hanno costituito soprattutto i contenuti della prima e seconda parte del documento.

Si tratta di linee che individuano azioni da ricomporre il più possibile in progettazioni integrate anche un po' "robuste" (ma non tali da assumere profili aziendalistici forti i cui rischi di burocratizzazione e spersonalizzazione sono ormai evidenti) che prevedano un mix di servizi, risorse ed opportunità flessibili, polifunzionali e personalizzate tali da costituire dei riferimenti unitari per "l'unitarietà" delle persone.

Ciò che qui si delinea vuole essere un contributo per un approfondimento e un confronto da aprire fra istituzioni locali, privato sociale, imprenditoria sociale, associazionismo e volontariato, al fine di una messa punto in comune di concrete e circostanziate proposte progettuali da interpretare ed arricchire secondo le specifiche peculiarità locali del che possano costituire ambiti specifici di progettazione partecipata e sperimentazione gestionale.

Premesso quanto sopra e andando per punti si propone:

17.1 la costruzione di vision condivise e di convergenze valoriali sui diritti, i bisogni e i problemi da affrontare che diano voce innanzitutto alla esperienza concreta degli anziani, delle anziane e delle loro famiglie, oltre che alle più dirette espressioni associative che li rappresentano e ai servizi coinvolti.

Ciò attraverso:

- a) modalità in grado di attivare momenti e spazi fissi di confronto e interlocuzione con il territorio;
- b) piccoli e snelli laboratori di ricerca/azione tesi anche a individuare e seguire specifici casi studio rappresentativi della realtà locale;
- c) la ricomposizione dei diversi sistemi informativi attorno a elementi conoscitivi strategici da identificare con particolare oculatezza (es monitoraggio della assistenza domiciliare assicurata per via istituzionale e del lavoro di cura assicurato dalle donne straniere).

17.2 la promozione e il supporto alle reti di vicinato attraverso una progettualità che preveda ad esempio il monitoraggio costante degli anziani ultra 85 che vivono soli attraverso:

- a) la collaborazione attiva dei vicini di casa da identificare contemporaneamente quali primi e leggeri supporter nonché presidi di prossimità con funzioni di "sentinella" per i servizi territoriali;
- b) una funzione di coordinamento e di affiancamento da parte del Servizio Sociale anziani di territorio o di altri servizi territoriali quale punto costante di riferimento e di supporto per la rete di vicinato assumendo immediatamente in carico le situazioni qualora necessario;
- c) piccole campagne promozionali sulla solidarietà di vicinato che coinvolgano anche le Scuole e le diverse agenzie di territorio;
- d) il riconoscimento di benefit civici "ai buoni vicini" e di momenti di "ringraziamento pubblico" attraverso iniziative ad hoc da parte dei Sindaci e dei consigli comunali a nome della comunità locale. In tale direzione è andato il progetto attivato dal 1999 nel Comune di Parma da parte del Comune stesso e di Forum Solidarietà denominato "*Meno male che c'è il vicino*" e tutt'ora in corso sebbene in parte depotenziato rispetto alla idea originaria e alla cui scheda si rimanda.

17.3 la sperimentazione di Portinerie sociali, a partire come già detto, dai grandi insediamenti di edilizia residenziale pubblica in cui vivono molti anziani soli, con funzioni polivalenti tese ad organizzare ed assicurare in modo unitario una pluralità di offerte che vanno dal monitoraggio degli accessi agli appartamenti, alle piccole riparazioni, a pronte emergenze, alla effettuazione di semplici incombenze amministrative, sanitarie o commerciali, (es organizzazione della spesa) alla gestione di uno spazio familiare di incontro, conversazione e convivialità a portata di mano. Un servizio attivo anche la notte per situazioni di emergenza a cui può affidarsi un piccolo presidio di tipo assistenziale e infermieristico con funzioni anche di guardia notturna.

Si tratta di un punto di riferimento da identificare soprattutto come una presenza fiduciaria e amicale che garantisce una sicurezza, una protezione e una relazione immediata su cui contare e a cui si sa di poter ricorrere con facilità. Accanto alle esigenze necessitate si possono anche preveder proposte legate ad aspirazioni e desideri quali accompagnamenti programmati per visite ai propri parenti o amici non autonomi o ai propri defunti convogliando attorno ad esse anche interessanti esperienze di volontariato. Al riguardo si segnalano come riferimenti parziali la Portineria di via Olivieri ed esperienze delle cosiddette portinerie sicure del Comune di Parma alle cui schede si rimanda.

17.4 la sperimentazione di Case /risorsa o di piccoli centri risorsa per la vita quotidiana degli anziani e delle famiglie che di loro si occupano, da identificare quale punto rete del welfare locale coordinato dal Servizio Sociale territoriale su cui far confluire in modo sinergico competenze professionali, risorse solidaristiche,e del privato sociale. Una Casa radicata al proprio micro-territorio (paese o quartiere), che secondo modalità già sperimentate:

- a) possa rispondere contemporaneamente a una filiera di esigenze differenziate connesse al quotidiano(dalla assistenza domiciliare, al servizio di centro diurno o di pranzo “in compagnia”, al pronto intervento sociale, al servizio di podologia, a piccoli trasporti assistiti, ad accoglienze domenicali, ad accoglienze residenziali temporanee, a una prima attività di tutoring per le assistenti familiari straniere che sono alla prima esperienza);
- b) possa assicurare o coordinare un monitoraggio costante “propri” grandi anziani che vivono soli.

17.5 la sperimentazione, soprattutto nelle zone montane, di piccole strutture residenziali in cui accogliere nel periodo invernale anziani con ridotta autonomia che a causa della fredda stagione e della neve, non possono restare confinati nelle loro abitazioni di cui il progetto *Rondine* realizzato a Torre Pellice dalla Bottega del Possibile è un esempio.

17.6 la sperimentazione di una funzione di tutela sociale per le persone anziane sole, con ridotta autonomia e non in condizione di autotutelarsi. Una funzione da promuovere nell’ambito delle disponibilità solidaristiche territoriali e che rappresenti una assunzione di responsabilità comunitaria andando oltre all’attuale compito di tutela giuridica esercitata dai Comuni, e sostanzialmente dalle figure tecniche o amministrative dei Servizi anziani. Un ruolo, quello attualmente svolto che, proprio perché “d’ufficio”, e nell’ambito di una competenza professionale istituzionale si identifica spesso come una mera “sorveglianza” degli aspetti economici dando per scontato coerenza e qualità del piano assistenziale in quanto attuato dallo stesso soggetto che dovrebbe controllarlo!

Si intende invece delineare una figura leggera di tutore, che non va a sostituirsi all’istituto giuridico dell’amministratore di sostegno di cui alla legge n.6 del gennaio 2004 ma che si identifica come un referente di prossimità motivato a stabilire una relazione fiduciaria, di aiuto e di protezione con la persona anziana in difficoltà assicurando supporti consulenziali e orientamenti circa la gestione della propria vita quotidiana per quanto riguarda, soprattutto, un presidiamento attento circa l’adeguatezza e la qualità degli interventi assistenziali erogati nonché il coinvolgimento dell’interessato nel piano assistenziale che lo riguarda.

17.7 l’avvio di innovazioni possibili circa l’attuale architettura della assistenza domiciliare a rilevanza sociale secondo alcune piste che prevedano, almeno:

a) *la messa a punto, da parte dei Servizi Sociali territoriali di una modalità operativa che assuma la complessiva domanda di sostegno domiciliare* (o meglio il complessivo bisogno che l’anziano e la sua famiglia presentano) intendendo con ciò la necessità sia di rilevare e “com-prendere” le diverse esigenze che possono andare ovviamente oltre la assistenza domiciliare istituzionalmente prevista e le prestazioni ammissibili dalle relative normative, sia di considerare i costi complessivi a cui la famiglia deve far fronte. Tale approccio presuppone la costruzione e la messa a punto con i familiari di un piano di assistenza domiciliare che non parte, in primis (come invece succede), dall’offerta possibile della pubblica amministrazione da incastrare in una domanda che le si deve adeguare, ma ha come riferimento la situazione assistenziale nella sua interezza.

b) *la applicazione dei parametri di “ammissibilità economica” ai benefici pubblici, che per quanto riguarda i costi da considerare, tengano conto delle spese e degli impegni assistenziali complessivi per la domiciliarità che gli interessati e i familiari stanno sostenendo in proprio* soprattutto là dove vi sono motivate necessità di copertura permanente o a tempi lunghi. Ciò consente di ricomporre da subito la frammentazione dei diversi interventi in atto o comunque già previsti in corso d’anno (le esigenze routinarie, eventuali ricoveri di sollievo, le sostituzioni per ferie della assistente familiare ecc.) e di tenere conto di quella che è la situazione reale delle spese assistenziali che non può essere ignorata nel definire la contribuzione personale o familiare ai costi delle prestazioni che sono previste dalla pubblica amministrazione.

c) *la possibilità di considerare gli interventi di assistenza domiciliare ammissibili dalla pubblica amministrazione in un equivalente monte ore di assistenza professionale da garantire settimanalmente o mensilmente su cui gli interessanti possono contare.*

Occorre cioè rompere la attuale rigida identificazione prestazionale che non consente nessuna "flessibilità organizzativa" agli interessati e alle famiglie (ma anche agli operatori domiciliari e/o ai loro coordinatori operativi) in relazione alla complessità, ad emergenze impreviste, a peggioramenti momentanei ecc., su cui occorre riconoscere loro competenze e diritto di personalizzazioni senza dover sottoporre ogni minima esigenza di cambiamento ai servizi sociali professionali.

In sostanza la valutazione del bisogno e il conseguente piano assistenziale ha come riferimento non tanto l'offerta ma la domanda che deve potersi esprimere nella sua complessità situazionale per cui solo in un secondo tempo si dovrà procedere ad una ricognizione delle risorse necessarie che devono essere messe in campo con riferimento: a) al "portafoglio" dell'Ente pubblico o comunque del sistema formale, b) a quello degli interessati e delle famiglie, c) alle diverse opportunità e disponibilità da reperire nell'ambito della rete informale o comunitaria in senso stretto. Ovviamente in tale ottica trova posto anche la considerazione delle spese che una famiglia deve sostenere per l'acquisizione o l'utilizzo di una assistente familiare, in genere straniera, a pieno tempo o a tempi lunghi su cui nella seconda parte si farà una riflessione ad hoc.

17.8 *l'organizzazione della assistenza domiciliare secondo modalità che dovrebbero comunque assicurare :*

a) una stretta integrazione con l'assistenza infermieristica territoriale attraverso una progettazione unitaria e un coordinamento unitario per tutte le situazioni che vedono una compresenza dell'infermiere e dell'operatore socio-assistenziale;

b) la offerta di una attività di *tutoring domiciliare nei confronti delle persone curanti sempre* assicurata dal sistema pubblico o comunque a carico economicamente del sistema pubblico di cui si è già parlato approfonditamente nel capitolo 16 e che qui viene solo riassunta. Una funzione svolta dagli operatori socio/assistenziali (o dalle figure infermieristiche) a ciò formati operatore/operatrice esperto nella assistenza domiciliare e nel coordinamento operativo di piani domiciliari complessi, finalizzata ad assicurare ai familiari caregivers e alle assistenti familiari un riferimento preciso su cui contare per a) un sostegno di tipo formativo nelle competenze di cura, b) un aiuto nella organizzazione e gestione del piano di cure domiciliare e nella integrazione dei diversi interventi previsti, c) un affiancamento nelle emergenze e nelle situazioni impreviste, d) un rinforzo e un contenimento "caldo" in situazioni a rischio di burn-out, e) informazioni, raccordi e connessioni con le diverse risorse ed opportunità presenti sul territorio;

c) accessi (programmati e di emergenza) anche nelle ore notturne; servizio di guardia notturna attività di riabilitazione e di mobilitazione: tutti interventi, questi, che vanno previsti nell'ambito della cosiddetta assistenza socio-sanitaria integrata;

d) il radicamento a un territorio o micro territorio (caseggiato, una strada, quartiere, un paese) da parte delle operatrici/operatori coinvolti (Osa, Oss, ADB) chiamando al rispetto di tale esigenza anche il soggetto gestore là dove il servizio è esternalizzato. Ciò consente infatti, non solo risparmi sui tempi di spostamento rispetto a cui l'attenzione è ampiamente presente, ma la possibilità di considerare tali figure anche come piccoli promotori di rete, come relais di cura che possono innescare preziose relazioni di prossimità e scambi di mutualità in grado di punteggiare pesanti solitudini e rinforzare la fragilità di alcune situazioni;

e) la predisposizione di pacchetti "risorsa" in grado di offrire secondo prezzi "amministrati" un insieme di interventi e di servizi correlati per la "domiciliarità e il suo dintorno";

f) la co-costruzione sociale di opportunità e disponibilità solidaristiche o di tipo informale, connesse all'ambito della socialità e delle relazioni sociali quale espressione del volontariato o dell'associazionismo locale.

17.9 *la concessione di erogazioni economiche a sostegno degli impegni di cura assicurati direttamente da un familiare o attraverso una figura professionale secondo criteri che assicurino:*

- le coperture assicurative previdenziali ai fini pensionistici per i familiari caregiver (o meglio dire per tutte le donne curanti) in età lavorativa il cui impegno di cura non è legato a situazioni transitorie e contingenti ed è incompatibile con una attività lavorativa ;
- ovviamente l'applicazione del regolare contratto di lavoro per le figure professionali a ciò acquisite;
- una base minimale di erogazione economica per il lavoro di cura assicurato dai caregivers, o da una figura professionale di cui si avvale, correlata alla gravosità dell'impegno

- sostenuto e che, nella misura in cui richiede una cura, che prevede anche un affiancamento costante del quotidiano, si ritiene non possa essere inferiore ai 500 €;
- il tutoring domiciliare, e per il familiare caregivers, di contare oltre che su ricoveri di sollievo programmati anche su supporti, (sempre a tal fine), a cadenza settimanale, anche attraverso le reti di solidarietà locale.

17.10 la attivazione di gruppi di incontro o di parola soprattutto per familiari e caregivers quale aiuto nella relazione di cura, quale spazio di elaborazione, confronto e scambio sui loro vissuti di persone curanti, quale sostegno alla loro stanchezza psicofisica e rinforzo per la accettazione e la comprensione della malattia ma soprattutto del logoramento cognitivo dei loro congiunti nonché delle loro capacità residue.

Le linee di orientamento proposte pongono alla attenzione la necessità di portare avanti con forza uno spazio di confronto, approfondimento e convergenza a livello territoriale in cui mettere meglio a fuoco i diversi aspetti attraverso modalità che diano spazio alla innovazione alla ricerca e alla sperimentazione.

PARTE QUARTA

18. Vecchia Europa: Esperienze italiane ed europee nelle cure domiciliari agli anziani, politiche in atto, linee di tendenza e prospettive.

Come un'Europa che invecchia si è pensata, si pensa e si sta organizzando in questa prospettiva, all'interno di dinamiche socio-economiche complesse e tutt'ora in via di trasformazione? E' questo l'interrogativo e il filo conduttore delle schede che qui vengono presentate.

Queste descrivono, per schemi e in sintesi, alcuni sistemi nazionali relativi alle politiche sociali e alle tipologie organizzative dei servizi di *welfare* formali e informali rivolti alla popolazione anziana, e più precisamente, quello austriaco, danese, finlandese, francese, tedesco, inglese e olandese.

Lo sguardo d'assieme sulla dimensione di sistema delle politiche sociali è poi arricchito da una selezione di "buone prassi" e sperimentazioni (scelte perché "complesse") realizzate anche in Italia, e rilevate a partire da due affondi prospettici precisi: quello della ricerca di esperienze attente alla dimensione comunitaria degli interventi di *welfare* e quello della dimensione di relazione prima che di rete (in senso organizzativo) degli stessi, oltre che per conoscere modelli italiani di accreditamento e di regolazione della assistenza informale.

Per certi versi si è cercato di verificare se e come, alcune delle tendenze prevalenti nei processi di riforma, avviati a partire dagli anni '80 in questo ambito, abbiano o meno, saputo tenere insieme spinte a volte contrapposte. Ci si riferisce alla cosiddetta costruzione dei mercati sociali caratterizzati, tra l'altro, dalla apertura al privato anche commerciale e da uno spostamento sulle responsabilità individuali nella organizzazione delle risposte relative alle necessità di cura che portano con sé anche la frammentazione conseguente alle logiche competitive e l'esigenza, fortemente sentita, di recuperare la dimensione di comunità, di legame sociale, di "ricomposizione" della molteplicità di interventi spesso necessari per garantire l'assistenza, e che rappresentano il vero discriminante qualitativo dei servizi rivolti alle persone ed in particolare agli anziani.

Gli schemi presentati al seminario della regione Emilia-Romagna del marzo 2004 da Barbara Da Roti, riportati qui di seguito, offrono la possibilità di volgere un primo sguardo d'assieme sui diversi sistemi europei a proposito della assistenza agli anziani:

Principi ispiratori e modalità organizzative

	Principi ispiratori	Modalità organizzative
Paesi scandinavi	Diritto di cittadinanza e bisogno di assistenza	Servizi gratuiti per chi è privo di mezzi; Contributo al costo dei servizi; Ampio settore dei servizi sociali;
Gran Bretagna	Sussidiarietà rispetto alle responsabilità individuali	Mix di servizi pubblici e privati (parzialmente finanziati dal sistema pubblico)
Europa continentale	Sussidiarietà rispetto agli enti non profit (e famiglia) (introduzione di diritti di cittadinanza)	Rilevanza delle prestazioni monetarie
Europa meridionale	Residualità Sussidiarietà rispetto alle responsabilità familiari	Responsabilità locale e debolezza del quadro nazionale; Differenziazione territoriale; Rilevanza delle prestazioni monetarie

Diversi livelli di offerta (in Europa): il caso dell'assistenza agli anziani

	Assistenza residenziale	Assistenza domiciliare sociale
Paesi scandinavi	Alta	Alta
Gran Bretagna	Media	Media
Europa continentale	Medio bassa	Medio bassa
Europa meridionale e Irlanda	Bassa	Bassa

Come si vede è possibile individuare quattro grandi aggregazioni, sia in relazione ai principi ispiratori e alle modalità organizzative di erogazione dei servizi, sia in rapporto alla qualità dell'offerta, comprendendo tra queste anche l'Europa meridionale e l'Irlanda che in questa sede non sono presenti se non per lo sguardo mirato che viene rivolto ad alcune esperienze e buone prassi italiane, in quanto coerenti con i temi che qui si è inteso approfondire.

Volendo ipotizzare una ulteriore aggregazione allo scopo di semplificare lo svolgimento di qualche considerazione sugli elementi caratterizzanti i sistemi nazionali descritti, si possono aggregare- in relazione alle grandi linee di tendenza l'Europa continentale e la Gran Bretagna da una parte e i paesi scandinavi dall'altra.

Partendo da qui è infatti, possibile evidenziare i due grandi modelli presenti in Europa: l'uno prevalentemente rivolto alla costruzione dei mercati sociali (Gran Bretagna ed Europa continentale), il secondo di impianto sostanzialmente pubblico (il modello nordico).

Troviamo quindi che sia in Gran Bretagna che in Europa continentale sono stati largamente introdotte diverse forme di trasferimenti monetari diretti o indiretti ai cittadini per la copertura dei costi assistenziali, con particolare riferimento alle attività di assistenza domiciliare. Mentre in Danimarca e Finlandia (che pure ha anch'essa una modalità di finanziamento a sostegno della assistenza informale), mantengono un sistema di *welfare* fortemente universalistico e con una solida e diffusa presenza pubblica anche nella gestione.

Le modalità di trasferimento monetario si differenziano invece da Paese a Paese: in Inghilterra, che per prima si è mossa in direzione della costruzione dei mercati sociali, troviamo il *direct payment*, e cioè un trasferimento monetario diretto ai cittadini con necessità di cura; in Francia, attraverso l'APA (*Allocation personnalisée à l'autonomie*), il trasferimento monetario è indiretto, o meglio, in natura nel senso che è vincolato all'acquisto almeno per il 50% di servizi di *care*. L'Olanda

ha introdotto il *Personal Budget* che, a differenza di quanto accade in Francia e in Germania, non è vincolato a livelli prestabiliti di assistenza. Il trasferimento è ancora una volta indiretto e passa attraverso la Banca pubblica di Assicurazione Sociale. In Germania, dove è stata resa obbligatoria l'assicurazione di cura, l'utente che richiede l'assistenza domiciliare, può scegliere tra un contributo in denaro e un servizio erogato da agenzie professionali. Purtroppo, per quel che riguarda l'Austria le informazioni che si posseggono non dicono se il trasferimento è diretto o indiretto. In ogni caso dal 1993 gli utenti con necessità di cura a lungo termine dispongono di *benefit* individuali collegati alle necessità di assistenza.

L'introduzione o meno delle logiche sottese ai trasferimenti monetari rappresenta la differenza sostanziale tra i due grandi modelli individuati; entrambi però sono tesi al raggiungimento di obiettivi comuni quali: a) l'attenzione ai principi relativi alla libertà di scelta e di determinazione delle proprie modalità di vita e conseguentemente alla personalizzazione degli interventi; b) il riconoscimento delle cure informali/familiari; c) il coinvolgimento del terzo settore nella gestione dei servizi; d) la forte attenzione alla integrazione sociale e sanitaria; e) il maggior investimento sulla assistenza domiciliare; f) l'investimento su politiche abitative attente alle esigenze degli anziani.

Rispetto al primo punto, è interessante notare che proprio il tema della libertà di scelta e di determinazione delle proprie condizioni di vita, rappresenti un discriminio tra i paesi che si sono orientati verso il mercato sociale e quelli del cosiddetto modello nordico.

Il tema e il problema è, evidentemente, di grande importanza, e certamente di non facile soluzione se non altro per le difficoltà oggettive e soggettive, che si incontrano nel mettere in condizione i cittadini di effettuare una selezione consapevole tra coloro che offrono servizi di assistenza alla persona con particolare riferimento a quelli domiciliari. D'altra parte scegliere un fornitore colloca l'anziano/a nella posizione di consumatore di una merce molto particolare (la relazione di assistenza, oltre che l'assistenza in senso stretto), che rende la scelta insieme difficile e complessa soprattutto là dove, vuoi la fragilità della persona che ha bisogno di cura, vuoi la mancanza di sufficienti strumenti culturali, non consentono di valutare compiutamente le esigenze da porre a base della scelta stessa.

E, infatti, ovunque si pone il problema di offrire un aiuto (un *tutor*, un consulente, un *case manager*, un *omtinker* olandese, ecc.) che sostenga e accompagni, appunto, la scelta.

Si vuole però, soffermare l'attenzione sulla interpretazione del concetto di libertà di scelta che, al di là dell'affermazione di principio, andrebbe approfondito rispetto al senso che le viene dato. E' da questa interpretazione che conseguono, poi, le modalità attraverso le quali la medesima viene promossa ed eventualmente agita concretamente da parte dei cittadini anziani e delle loro famiglie.

In questa accezione diventa rilevante la differenza tra il concetto di libertà di scelta e quello di determinazione delle proprie condizioni di vita.

Nei due grandi modelli cui si sta facendo riferimento, l'obiettivo è comune ad entrambi mentre le modalità adottate per raggiungerlo si distinguono proprio a partire dal peso che viene riconosciuto alla libertà di scelta da una parte e alla determinazione di se stessi, dall'altra.

Per i Paesi dell'Europa continentale e per la Gran Bretagna il sostegno alla libertà di scelta passa soprattutto per una nuova attenzione rivolta al lato della domanda nell'ottica del mercato sociale. E infatti, per esempio, nella scheda olandese si legge che l'innovazione del sistema avviata in questi ultimi anni "si connota per lo spostamento dell'attenzione in direzione della domanda e al sostegno delle capacità degli utenti di decidere quanto più possibile di loro stessi sia nell'ambito di una vita indipendente sia in relazione alla scelta delle modalità di assistenza". Ma la domanda finisce con l'essere limitata alla scelta del fornitore piuttosto che alle condizioni di assistenza.

Se prendiamo, invece, la scheda danese si legge che i principi posti a base della loro modello sono di "sostenere le capacità degli anziani di determinare la propria condizione e la capacità di incidere sulla propria condizione". Gli anziani infatti "non fanno parte di un gruppo omogeneo con necessità uniformi", e quindi ne consegue che "la erogazione di servizi agli anziani non sarà una fornitura di "pacchetti" di soluzioni ...".

Decidere della propria vita non coincide necessariamente con la scelta di questo o quel fornitore e, in questo senso, né il pubblico né il privato di per sé garantiscono questa possibilità (assolutamente limitata per tutti in ogni momento della nostra vita, ma entro quei limiti, fondamentale), ma piuttosto passa in primo luogo dall'impostazione della organizzazione dei servizi che non necessariamente sottende o sostiene il concreto rispetto di tale libertà.

Non è questa la sede per sviluppare compiutamente un tema che richiederebbe ben altri approfondimenti, ciò che però appare importante sottolineare è il fatto che mentre da una parte (nei

paesi scandinavi), il concetto di libertà di scelta è declinato in termini di dignità e di autonomia della persona, dall'altra, questo appare più schiacciato sulla dimensione del consumo di assistenza che non necessariamente si traduce nella “capacità di incidere sulla propria condizione di vita”.

D'altra parte la stessa regolamentazione dell'offerta - necessaria e presente ovunque a garanzia della qualità dell'assistenza e anche dell'utilizzo di ampie risorse economiche pubbliche o collettive (quali quelle, per esempio, che passano attraverso le assicurazioni sociali), nell'introdurre elementi di standardizzazione - ne limita la differenziazione e quindi la personalizzazione. Altro tema, come si è visto riconducibile all'obiettivo comune della libertà di scelta.

Ovviamente anche questo aspetto meriterebbe ulteriori approfondimenti, mentre qui ci si limita a sottolineare la delicatezza dell'equilibrio cui si dovrebbe tendere per garantire livelli di qualità minimi e in questo senso standards, per i servizi rivolti a chi è più fragile e in difficoltà, a partire da un'offerta ampia, articolata, differenziata e flessibile nel rispetto, appunto, di una effettiva libertà di scelta e delle esigenze specifiche di ognuno/a.

Il riconoscimento delle cure informali/familiari rappresenta un altro di quegli aspetti largamente comuni nel contesto europeo tanto che è possibile parlare di “nuovo” ruolo assunto dai *caregivers* anche se, guardando all'universo femminile, non ci si trova di fronte ad una novità sia che si faccia riferimento ai familiari (per lo più mogli, figlie e nuore), sia che si guardi a persone esterne alla famiglia, come, per esempio, le nostre “badanti” anche loro per la stragrande maggioranza donne.

Ancora una volta è necessario sottolineare l'eccezione rappresentata da un Paese scandinavo, la Danimarca che parte dal presupposto che uomini e donne lavorano e quindi necessitano di sostegni da parte delle collettività per assistere i familiari che ne hanno bisogno: “...in Denmark, the rate of women participating in the labour market is one of the highest in Europe, and that people retire earlier the nature and scope of informal family care has changed. Families have no legal obligations to care for elderly family members. Assistance given by family members or relatives is considered additional input to the assistance provided by the public services, rather than a substitution^{vii}”.

La gran parte dei paesi europei che hanno introdotto nuovi modelli organizzativi hanno inserito, invece, i *caregivers* all'interno del sistema col duplice scopo di regolarizzare la loro posizione e sostenere i costi a carico degli utenti (e, attraverso questa modalità, anche a contenere gli oneri a carico dei bilanci pubblici in virtù del minor costo del lavoro e del minor carico sui servizi pubblici).

La regolarizzazione della posizione dei *caregivers* interessa sia i familiari che gli/le esterni/e assunti/e per svolgere attività di assistenza. La regolarizzazione è, e resta, un obiettivo importante che, almeno in Italia, è tutt'altro che raggiunto. Nello stesso tempo, però, i problemi che rimangono aperti non sono di poco conto seppure non ancora sufficientemente esplicitati.

Purtroppo se si fa riferimento alle “badanti”, i materiali di cui si dispone non offrono elementi per descrivere le caratteristiche del fenomeno nei Paesi di cui sono presentate le schede. Tuttavia è evidente la presenza significativa di queste lavoratrici (il femminile è d'obbligo essendo quasi tutte donne) ma non si fa riferimento, per esempio, alla nazionalità e alle condizioni di lavoro. Non si sa cioè se si tratti soprattutto di immigrati/e, quale attenzione è posta ai percorsi di formazione di base, né quali siano gli effettivi diritti e le tutele riconosciute. Fa, in parte, eccezione la Francia, paese da sempre particolarmente attento a questi temi e che collega fortemente gli interventi sulle politiche sociali a quelli sulle politiche del lavoro e della formazione. Ma anche qui non si può andare oltre questi cenni molto generali.

Non è nemmeno possibile proporre analogie con l'Italia che, come è noto, rispetto a Paesi come la Francia, la Germania o l'Inghilterra, si è trovata solo di recente ad affrontare un fenomeno in rapida crescita sia rispetto all'immigrazione in senso stretto che rispetto alle donne immigrate impegnate nella cura. Per quel che riguarda l'Italia si conoscono, ma non sono certo risolti nonostante l'ultima grande sanatoria, i problemi di regolarizzazione di tanti/tante lavoratori/trici senza alcuna tutela, copertura contributiva, qualifica.

Unica considerazione un po' di merito che è possibile svolgere, attiene i livelli delle indennità riconosciute ai *caregivers* che, per l'assistenza non sanitaria, sono sempre piuttosto contenuti (tra i 400 e i 1000 euro circa. Cifre superiori si rilevano per l'assistenza infermieristica e per alti livelli di dipendenza). Non sono però noti i carichi di lavoro effettivi, al di là di quelli riconosciuti formalmente.

Ma anche per i *caregivers* rappresentati dai familiari non mancano elementi di perplessità. Primo fra tutti il fatto che il riconoscimento di indennità economiche si propone come introduzione di modalità che favoriscono il ritorno a casa delle donne e forme surrettizie di “salario alle casalinghe”.

A questo proposito, i dati presentati nella seguente tabella (si consideri che i *cargivers* donne, sempre in Germania e non sol, si aggirano intorno l'80% e oltre) riferita alla situazione tedesca, sono particolarmente eloquenti:

<i>Conseguenze del proprio lavoro di assistenza sulla condizione lavorativa complessiva</i>	
- persone non occupate al momento in cui hanno iniziato a fare assistenza	40%
- persone che hanno lasciato altro lavoro nel momento in cui hanno iniziato a fare assistenza	16%
- persone che hanno diminuito altro lavoro nel momento in cui hanno iniziato a fare assistenza	15%
- persone occupate che non hanno subito cambiamenti a seguito del lavoro di assistenza	29%

Di questo aspetto, bisogna dire, se ne discute ancora poco - anche fra le donne.

Certo è che il “lavoro di cura” si propone, soprattutto all’interno dei contesti domiciliari, come un importante discriminante di ordine culturale e politico in rapporto alla marginalità sociale ed economica entro il quale è comunque relegato (si tenga conto, per altro, che le indennità, i *voucher*, i buoni servizi, ecc., per il loro ammontare fanno il paio – almeno in Italia – con i livelli retributivi contrattuali del settore assistenziale, tra i più bassi a livello nazionale). In questo senso il riconoscimento dei *caregivers* è ben lontano dal poter essere considerato una effettiva valorizzazione del lavoro di cura.

Sarebbe poi, di grande interesse approfondire anche a livello teorico, il rapporto tra lavoro e cura in quanto paradigma, non solo della divisione dei ruoli fra uomini e donne, ma anche di questo in rapporto alla modernità, soprattutto là dove la relazione (e in particolare la relazione con l'intimità dell'altro/altra fragile e dipendente), non può trovare un punto di sintesi con la razionalità economica e organizzativa. In questo senso è importante mantenere viva la tensione verso la ricerca di punti di equilibrio di volta in volta soddisfacenti in rapporto alla qualità della relazione di assistenza e agli inevitabili aspetti tecnico/organizzativi ed economici che rischiano di imprigionarla in una sorta di “camera sterile”.

Il coinvolgimento del terzo settore nella gestione dei servizi è un elemento largamente comune a tutti i contesti. E, anche là dove non ne viene fatta esplicita menzione (per esempio, nelle schede dei Paesi scandinavi), ne è nota la presenza e la diffusione. Mancano però gli elementi per capire in quale rapporto stanno con il settore pubblico e quanto incidano sul contesto soprattutto in termini propositivi.

In generale non può essere sottaciuto il fatto che il Terzo settore, o comunque il variegato arcipelago rappresentato dalle organizzazioni *non profit*, seppure continui a svolgere un ruolo sostanziale e diffuso nei sistemi di *welfare*, si presenta oggi come soggetto integrato nella dimensione formale delle politiche sociali, soprattutto se rivolte agli anziani. Ciò è insieme, un importante elemento di riconoscimento e di valorizzazione che, come sempre accade quando si compie un percorso di istituzionalizzazione o di “stabilizzazione” rischia di perdere o di appannare le proprie peculiarità.

Purtroppo gli interessanti rapporti del progetto *Procare*, non entrano nel merito della caratteristiche delle organizzazioni *non profit* e delle modalità di interazione con il settore pubblico. Ciò non di meno molte delle schede rilevate dal Progetto *Procare* quali buone prassi, collocano questi soggetti tra i promotori, sottolineandone così una presenza non solo vitale ma anche propositiva. La stessa cosa si evince dalle schede della Fondazione di Francia che descrivono un protagonismo dell’associazionismo solidaristico proprio nelle situazioni più avanzate.

Un discorso a parte merita invece, la cooperazione sociale che, in questa sede, è stata oggetto di una ricerca mirata, allo scopo di coglierne il ruolo innovativo e di promozione svolto nella esperienza italiana ed in particolare emiliano romagnola con riferimento alla attività di assistenza agli anziani. Questo sforzo, però, non è stato particolarmente premiato anche se, lo sguardo rivolto specificatamente ai servizi per le persone anziane, rendeva quasi scontato questo esito.

Se, infatti, tra la fine degli anni fra gli anni '70 e '80 le prime esperienze di cooperazione sociale (divenuta poi formalmente tale, con la Legge 381/91) hanno scosso le politiche sociali

pubbliche puntando il dito contro la spersonalizzazione dei “servizi alla persona” (che infatti cominciano ad essere chiamati tali proprio in quel periodo), e aperto la strada della deistituzionalizzazione (soprattutto dagli ospedali psichiatrici e dagli istituti per disabili), per quel che riguarda l’assistenza agli anziani il mondo cooperativo ha garantito mano d’opera ai Comuni soprattutto per la gestione della assistenza domiciliare senza apportare innovazioni o progettualità “in proprio” in tale ambito. Di conseguenza la gran parte delle cooperative sociali impegnate in questo ambito hanno inizialmente messo a disposizione degli Enti Locali il personale, per poi strutturare le proprie organizzazioni in funzione degli *input* vincolanti degli appalti pubblici.

Ciò non di meno è proprio una cooperativa sociale che promuove una delle tre esperienze complesse inserite tra le schede qui presentate. Un’esperienza pensata ed elaborata da una cooperativa sociale che, con il progetto in mano, ha proposto al Comune di Bologna e ad una Ausl un rapporto di concezione per la gestione di una vera e propria sperimentazione di assistenza socio-sanitaria integrata nell’ottica del mercato sociale.

Un ulteriore aspetto comune a tutti i contesti europei attiene la forte attenzione alla integrazione sociale e sanitaria degli interventi rivolti agli anziani. L’attenzione a questo tema è fondamentale per trovare risposte adeguate proprio ai grandi temi richiamati sopra a cominciare dalla libertà di scelta e di determinazione della propria condizione che, inevitabilmente portano con se l’esigenza di pensare e organizzare interventi personalizzati. Non si tratta infatti, solo di integrare settori diversi, ma anche di integrare e coordinare una pluralità di interventi sociali o sanitari tenendo conto dei bisogni specifici di ognuno/a. Inoltre è proprio la ricerca di risposte ad esigenze specifiche, spesso articolate e complesse, a rendere difficile la scelta degli interventi ai singoli utenti.

A questo proposito le schede propongono una grande varietà di esperienze e modelli, nella maggior parte dei casi, sostenuti da precisi interventi legislativi. E, sono proprio questi modelli che spesso vedono protagoniste le organizzazioni non profit. Nello stesso tempo però, ovunque questo tema è segnalato come criticità: un impegno verso cui si tende ma che si fa fatica a consolidare o, a maggior ragione, in meccanismi organizzativi funzionanti ed adeguati e, al tempo stesso, ogni volta rimessi in discussione ed eventualmente modificati.

Al di là delle motivazioni specifiche e locali di queste difficoltà, qui se ne vogliono sottolineare due di carattere generale. La prima è ampiamente nota e attiene allo squilibrio esistente tra settore sanitario e sociale. Il primo forte, riconosciuto e valorizzato; il secondo ancora “Cenerentola” delle politiche socio-sanitarie. Non sono poche, quindi, le situazioni dove il prevalere di un’impostazione sanitaria nella organizzazione dei servizi anche sociali, gioca un ruolo di irrigidimento e frammentazione delle modalità di intervento in virtù dell’imporsi di una visione specialistica della pratica medica che ancora stenta a considerare il cittadino utente/paziente nella sua interezza e complessità rischiando così, di inficiare i contenuti delle attività di coordinamento e di integrazione.

La seconda attiene l’effettiva assunzione delle modalità di lavoro in rete e di rete che a livello teorico è stato, ed è tutt’ora tra i temi più approfonditi e studiati proprio a partire dalle pratiche sociali maggiormente innovative ed avanzate sviluppatesi, anche qui, dalla fine degli anni ’70 in poi. Nella pratica quotidiana però, questa metodologia di lavoro è più dichiarata che agita. Le ragioni sono diverse, sicuramente però, è necessario interrogarsi sui contenuti della formazione dove spesso prevalgono gli aspetti tecnico/specialistici che non sostengono le esigenze di collegamento, interconnessione, integrazione tra soggetti, ambiti, settori, livelli, ecc.

Va poi anche detto che è più semplice coltivare ognuno il proprio orticello piuttosto che mettersi in discussione nel confronto con gli altri come presuppone il lavoro di rete e in rete. D’altra parte la motivazione è uno degli elementi che appartiene al lavoro di cura e a questa modalità di lavoro. Questa però va sostenuta attraverso una effettiva valorizzazione, un adeguato riconoscimento sociale e, perché no, economico.

In tutta Europa si registra un maggior investimento sulla assistenza domiciliare e, negli ultimi anni anche sulle politiche abitative sempre più attente alle esigenze degli anziani. I due aspetti sono strettamente collegati tra loro non solo perché il tema è sempre quello della casa - del rimanere a casa propria, nel proprio ambiente, mantenendo i propri legami sociali ed affettivi. Ma anche perché la stessa assistenza domiciliare di per sé non elimina il rischio dell’isolamento e della emarginazione dell’anziano/a che via via perde la propria autosufficienza e autonomia. Se quindi, l’investimento sulla assistenza domiciliare vuole essere una risposta reale ed efficace al desiderio di chiunque di noi di non essere “istituzionalizzato”, l’assistenza domiciliare e le politiche abitative non possono che essere tenute insieme.

In questo senso lo sforzo rivolto alle politiche abitative non solo è largamente orientato al ridimensionamento e possibilmente alla eliminazione completa delle strutture residenziali tradizionali, ma si pone come centrale l'obiettivo di un diverso approccio alla domiciliarità anche intesa in un'ottica comunitaria. In questa accezione, oltre al ridimensionamento delle strutture residenziali pensate e realizzate più raccolte sia nelle dimensioni che nelle disponibilità di posti, è ridiscussa la stessa assistenza domiciliare quando questa comunque non garantisce più legami sociali e il contatto con gli altri.

Intanto però, si cominciano a mettere in campo importanti investimenti nell'ambito della edilizia pubblica e cooperativa (si veda per esempio la scheda danese che, in questo caso, non rappresenta un'eccezione), per la realizzazione di alloggi a cui si collegano centri servizi, attività ricreative e culturali, centri commerciali, ecc. a volte anche aperti alle giovani generazione per evitare il rischio di nuove forme di emarginazione degli anziani.

Anche in Italia si guarda con attenzione in questa direzione. Le politiche rivolte agli anziani della Regione Emilia-Romagna, per esempio, collocano proprio in questa direzione i nuovi obiettivi da raggiungere nel medio e lungo termine, ma intanto cominciano a realizzarsi le prime interessanti sperimentazioni. Una di queste è segnalata nelle schede: si tratta del Condomino solidale realizzato a Imola. Una struttura che è ancora una via di mezzo tra le residenze protette di tipo tradizionale e il piccolo alloggio individuale supportato da servizi e attività complementari di aggregazione e incontro ma rappresenta un'importante passo in avanti nella direzione della "nuova edilizia per gli anziani" e non solo.

Di esperienze in tal senso ne sono state individuate diverse anche spogliando tra le buone prassi europee.

Per approfondire un tema di grande interesse e attualità può essere utile segnalare in particolare, una rivista a questo specificatamente dedicata, che presenta e argomenta esperienze realizzate in tutta Europa. Si tratta di "AeA informa" – bimestrale di informazione sui problemi abitativi degli anziani – a cura della Associazione AeA Abitare e Anziani i cui soci fondatori sono: l'Auser (Associazione per l'autogestione dei servizi e la solidarietà), l'ADA (Associazione per i diritti degli Anziani), ANCAB (Associazione Nazionale delle cooperative di abitanti), ANCST (Associazione Nazionale delle cooperative di Servizi e turismo).

Come si vede, la stessa rivista, rappresenta un'importante esperienza realizzata e promossa dal mondo dell'associazionismo e della cooperazione sociale che quindi ancora una volta, intanto sul piano della elaborazione e della diffusione di buone prassi, si propongono quali soggetti protagonisti di una nuova dimensione anche culturale con al centro i difficili e intricati temi posti da un'Europa che nel frattempo *Invecchia*.

19. Schede europee

1.A Austria

I processi di riforma del sistema di *welfare* in Austria sono in linea con le principali tendenze presenti a livello europeo. Ciò significa: promuovere l'autonomia e l'indipendenza delle persone anziane, sostenere la libertà di scelta delle modalità di assistenza e sviluppare le modalità di assistenza informale e dei *family carers*;

Nel 1993 è stato introdotto l'Atto Federale di Indennità per l'Assistenza a Lungo Termine che interviene con *benefit* monetari individuali strettamente collegati alle necessità di assistenza e di aiuto necessari. Si tratta della prima legge a livello federale che regola l'ambito della assistenza sociale.

Sempre nel 1993 una legge federale ha standardizzato la fornitura per l'indennità di assistenza a lungo termine. Successivamente è stato introdotto lo Schema che regolamenta questa stessa indennità.

In Austria la legislazione sanitaria e sociale sono distinte sia nelle modalità di finanziamenti che nelle competenze. Per esempio l'assistenza domiciliare agli anziani e la formazione degli operatori di riferimento è di competenza delle Province mentre gli ospedali e la formazione del personale paramedico è regolato da leggi federali.

Nell'area della *community care* i servizi sono offerti quasi sempre da fornitori non profit, molto presenti in Austria. Secondo una ricerca del 1999 circa il 26% delle istituzioni residenziali per anziani sono fornite da organizzazioni non profit (il 45% del totale dei posti nelle strutture residenziali e il 25% del totale dei posti in "case protette"); il 53% è rappresentata da fornitori pubblici (il 46% del totale dei posti nelle strutture residenziali e il 67% del totale dei posti nella case protette) e circa il 21% da piccoli fornitori del privato commerciale (il 10% del totale dei posti nelle strutture residenziali e il 8% del totale dei posti nella case protette).

L'assistenza offerta da familiari rappresenta una delle più importanti risorse assistenziali: circa il 90% degli utenti sono assistiti principalmente da familiari. Di questi il 23% circa combinano lavoro e assistenza familiare. Generalmente sono le figlie e le nuore che svolgono l'attività.

I servizi a supporto dei "curatori familiari", quali le consulenze e i periodi di riposo, si stanno sviluppando negli ultimi anni. Sono però ancora molto pochi i centri diurni e le opportunità per l'assistenza a breve termine e quella giornaliera.

I soggetti (stakeholder)

Il Governo Federale e le Province sono responsabili dei finanziamenti, dell'offerta, del controllo/ispezioni così come dello sviluppo e dei piani di offerta. Inoltre le autorità locali hanno funzioni di pianificazione e di offerta. Le agenzie di assicurazione sociale hanno un ruolo nel finanziamento e nella amministrazione dell'assistenza sanitaria e in quella a lungo termine. Da ciò segue un ampio numero di interfacce dove i differenti attori/soggetti cooperano nel finanziamento, nei contratti, nell'offerta e nel controllo. Rimane comunque difficile governare i diversi sistemi verso mutui e concordati obiettivi.

Le organizzazioni non profit più rilevanti sono la Croce Rossa austriaca, la Caritas, e Diakonie. Con poche eccezioni sono emanazione di enti religiosi e di partiti politici. Mentre però il collegamento con la Chiesa è comune ad altri paesi europei, il collegamento con partiti politici è una specificità austriaca. In Austria tutte le aree della società hanno collegamenti con i principali partiti politici (scuole, organizzazioni di anziani, club sportivi, ecc.). Di conseguenza la scelta tra i diversi fornitori collegati ai differenti partiti politici è presa in considerazione. Ciò in particolare, per la generazione anziana e nelle aree rurali. Oggi si cominciano a cogliere però, segnali di cambiamento a partire dal fatto i fornitori più importanti hanno di recente formato un gruppo di lavoro finalizzato, tra l'altro, allo sviluppo di criteri di qualità per i servizi sociali.

Sono presenti e influenzano le politiche sociali diverse associazioni di rappresentanza degli interessi. In particolare, quelle dei disabili in questi ultimi anni si sono impegnate per l'introduzione dell'indennità per l'assistenza a lungo termine. Le grandi organizzazioni di anziani (affiliate anch'esse a partiti politici) giocano un ruolo quando c'è da rappresentare gli interessi delle persone anziane nell'assistenza sanitaria e a lungo termine. I *family carers* non sono organizzati a livello nazionale ma sono presenti piccole organizzazioni per aiutare i membri della famiglia che assistono (tipo quelle di auto aiuto). Come scritto sopra i pazienti/utenti e chi li cura sono usualmente l'ultimo collegamento nella catena dei fornitori e finiscono col compensare i ritardi e le ambiguità degli altri attori.

Distretti assistenziali socio sanitari integrati

Nel 1990 sono stati istituiti i Distretti assistenziali socio sanitari integrati (IGSS) con il compito di coordinare e sviluppare la cooperazione tra le organizzazioni socio-sanitarie all'interno di aree geografiche definite. I IGSS monitorano l'offerta assistenziale e agiscono come *partners* degli utenti e dei loro familiari aiutandoli a valutare le loro necessità e la scelta delle organizzazioni.

I IGSS coprono aree con un numero di abitanti compreso tra i 10.000 e i 20.000 e intervengono operativamente nell'ambito dei servizi pubblici nel finanziamento, controllo e nella organizzazione strategica.

I loro obiettivi sono: migliorare e garantire l'offerta di assistenza socio-sanitaria in un distretto; coordinare e armonizzare i servizi delle organizzazioni socio-sanitarie; ottimizzare la cooperazione e gli scambi tra organizzazioni sanitarie e sociali; incrementare gli effettivi risultati delle organizzazioni socio-sanitarie in un distretto tenendo conto degli specifici bisogni del paziente; aiutare i pazienti e i loro familiari nello loro esigenze; iniziare e sviluppare programmi sanitari

I modelli di lavoro sono diversi a seconda delle aree territoriali.

Criticità

Nell'area della assistenza personale agli anziani manca ancora una regolazione nazionale per le professioni coinvolte. Aiutanti a domicilio, aiuto geriatrico e aiutanti familiari sono ancora formati in base a regolamenti regionali. Stante questa situazione i salari sono molto bassi e le condizioni di lavoro abbastanza stressanti. Per esempio, il salario per un'ora di lavoro di un aiutante domiciliare è di circa 7,5 euro e il tempo di lavoro dipende spesso da una domanda a breve termine.

Circa il 25% di coloro che ricevono l'indennità assicurativa per assistere i propri familiari non autosufficienti hanno ridotto o abbandonato il loro lavoro. Tutti i "carers" si confrontano con diversi problemi quali il mal di schiena, la consistente responsabilità, problemi di tempo e finanziari.

Inoltre, i "carers" si scontrano con la mancanza di informazioni sull'insieme delle possibilità di assistenza.

Ci sono notevoli differenze tra le regioni in termini di qualità, quantità e copertura di servizi

1.A.a Spigolature tra le buone prassi

L'ospedale virtuale a casa

Nel concetto di *Virtual Hospital at Home* i fornitori di assistenza sociale offrono un "ospedale a casa" per i pazienti. In pratica questo significa che i fornitori di assistenza organizzano un *network* individuale per ogni paziente. L'obiettivo è la cooperazione tra sistema assistenziale sanitario e sociale.

Questo significa integrare i sistemi di assistenza sociale e sanitaria senza costruire una nuova organizzazione, cioè un'integrazione virtuale. In sostanza "l'ospedale virtuale a casa" offre assistenza seguendo le caratteristiche dell'ospedale, a seconda delle necessità del paziente.

Distretto di assistenza sociale e sanitaria di Hartberg

Nome	Integrierte social-und Gesundheitssprengel a Hartberg (ISGS-Hartberg)
Promotore	Nel 1989 è stato istituito il Distretto integrato di assistenza sociale e sanitaria. Le organizzazioni di assistenza sociale e sanitaria "Croce Rossa", "Caritas" e "Volkshife" lavorano insieme in questo campo e dal 2000 cooperano con il distretto ospedaliero. Il compito principale è coordinare il <i>network</i> tra i differenti erogatori di assistenza sociale e sanitaria in un distretto.
Obiettivi	- offrire ai pazienti con necessità di cura la possibilità di rimanere a casa; - migliorare e garantire l'offerta delle organizzazioni di assistenza sociale e sanitaria nel distretto; - aiutare i pazienti e i loro familiari a trovare una corretta organizzazione delle loro necessità; - far partire e sviluppare un programma di aiuto

	per i parenti.
A chi si rivolge e il numero degli utenti	Nel 2002, 941 pazienti hanno ricevuto servizi assistenziali nel distretto;
Il numero dello staff coinvolto	55 persone (<i>managers</i> , infermieri, familiari e aiutanti familiari) più lavoratori volontari del distretto. Nel 2002 hanno lavorato totalmente per 48.319 ore, mentre 28.696 sono state le ore di assistenza e 2.536 quelle di <i>case management</i> .
Metodologia	<p>Il distretto di assistenza sociale e sanitaria di Hartberg è un'organizzazione sociale di coordinamento e cooperazione delle organizzazioni sociali e sanitarie del territorio. Il lavoro concreto di un distretto di assistenza sociale e sanitaria è sotto la responsabilità del livello regionale.</p> <p>Viene monitorata la situazione dei fornitori e garantita l'offerta delle organizzazioni sociali e sanitarie del distretto. Inoltre è partners dei pazienti e dei loro familiari nella ricerca di organizzazioni specialistiche per l'assistenza al singolo utente. Offrono assistenza infermieristica domiciliare, distribuzione dei pasti, visite dei servizi e prevenzione sanitaria.</p>
Punti di forza e punti di debolezza	<p>Punti di forza:</p> <p>Il distretto di assistenza sociale e sanitaria di Hartberg amplia il sistema di assistenza sanitaria e sociale in una regione.</p> <p>La qualità della assistenza è migliorate in quanto viene garantita la continuità e i servizi sono più in linea tra loro.</p> <p>Si realizzano programmi di prevenzione e riabilitazione.</p> <p>Il distretto di assistenza sociale e sanitaria di Hartberg coopera con il distretto ospedaliero.</p> <p>Punti di debolezza:</p> <p>I distretti sociali assistenziali e sanitari sono in pratica associazioni dove i differenti fornitori lavorano insieme e forniscono servizi. Questo porta a chiedersi se gli utenti in un distretto hanno abbastanza scelte di fornitori.</p>
Valutazione dei risultati/parole chiave	Il distretto di assistenza sociale e sanitaria di Hartberg è uno specifico modello di lavoro in una Provincia Austriaca. E' una buona prassi; un esempio per avviare il modello di lavoro a livello provinciale e per iniziare un programma politico per una fornitura di assistenza migliore o una migliore cooperazione tra le differenti organizzazioni di servizi sociali e un distretto ospedaliero.

1.B Danimarca

La Danimarca è divisa in 14 (+2) regioni e 275 autorità locali. Ha 5,4 milioni di abitanti e 700.000 sopra i 67 anni (il 13%).

Il sistema danese di assistenza domiciliare si basa sui seguenti principi: continuità di vita indipendente; utilizzazione delle risorse personali; sostenere le capacità degli anziani di determinare la propria condizione e di incidere sulla propria condizione.

La filosofia sottesa a questi principi è la seguente: 1) le persone anziane non fanno parte di un gruppo omogeneo con necessità uniformi; 2) la fornitura di servizi agli anziani non sarà una fornitura di "pacchetti" di soluzioni in case di riposo, ma sarà definita in accordo con le esigenze di aiuto individuali; 3) i residenti in case di riposo, così come gli altri anziani, devono essere messi in condizione di decidere della propria situazione economica e della propria vita quotidiana.

Il ministero dell'Interno e della Sanità è responsabile dei servizi sanitari primari e degli ospedali; il Ministero degli Affari Sociali è responsabile del sistema previdenziale e della assistenza agli anziani. Questi sono responsabili del controllo globale e della determinazione del bilancio finanziario della struttura delle politiche socio-sanitarie. Il Governo, in sostanza, definisce il quadro legislativo generale e interviene soltanto sulle strutture generali. Le autorità locali determinano i contenuti reali e l'organizzazione dei servizi socio-sanitari. Come conseguenza del decentramento delle responsabilità a regioni e municipalità si rilevano differenze nei servizi offerti a persone anziane a seconda del luogo di residenza.

I bisogni di assistenza degli anziani sono soddisfatti soprattutto attraverso l'assistenza socio-sanitaria integrata domiciliare all'interno delle municipalità. L'integrazione tra aiuto domiciliare e assistenza infermieristica domiciliare è realizzata attraverso l'attività di *team* socio-sanitari integrati. I servizi includono operatori specializzati quali fisioterapisti e terapisti professionali.

Ogni anziano con necessità di aiuto ha un responsabile di caso presso Comune. Questo è un consulente individuale della persona anziana che riceve sostegno.

L'erogazione di assistenza socio-sanitaria integrata per le persone anziane è basata sul concetto di auto-assistenza (*self-care*) che parte dal riconoscimento dell'essere umano come un individuo libero che ha un pensiero autonomo e agisce individualmente prendendo decisioni sulla propria vita. Il concetto di *self-care* ha, tra le altre cose, determinato un cambiamento nella situazione degli anziani nelle case di riposo. Gli *staff* delle case per anziani non devono prendersi la responsabilità sulla vita dei residenti. Ogni residente decide di quali servizi vuole far uso. Lo *staff* è responsabile dei trattamenti, dell'assistenza e della supervisione. Dal 1993 tutti i residenti di case per anziani devono amministrare le loro pensioni e pagano le rette, l'elettricità, la sanità e i servizi come il pasto, il parrucchiere, barbiere, ecc. Ciò per incentivarne l'autonomia e l'autodeterminazione.

L'assistenza è gratuita per il ricevente a prescindere dalla tipologia della sistemazione logistica del ricevente stesso.

I servizi

Assistenza socio-sanitaria 24-ore

I servizi socio-sanitari comunali sono accessibili 24 ore su 24. Le persone con esigenze di aiuto acute possono chiamare l'assistenza in caso di necessità. In casi speciali e per brevi periodi un assistente può stare a casa di persone gravemente inferme giorno e notte. Con questo sistema di assistenza domiciliare 24-ore è possibile assistere le persone non autosufficienti in un alloggio ordinario. Molti anziani rimangono nelle proprie case anche nel caso di necessità di assistenza pesanti. La domanda del servizio 24-ore registra una crescita notevole.

La tendenza più recente è l'introduzione di "progetti integrati" che comprendono gli *staff* delle case di riposo o degli alloggi adattati e gli *staff* socio-sanitari che lavorano nella comunità.

Tali unità di *staff* integrate sono presenti nell'86% delle 275 municipalità, mentre nelle rimanenti questi possono lavorare in *team* integrati ma formalmente sono collocati nei rispettivi gruppi professionali. I *team* integrati vanno dalle 8 alle 10 persone e hanno la responsabilità dell'assistenza alle persone anziane in un'area locale; per esempio due gruppi professionali forniscono assistenza domiciliare insieme.

Aiuto domiciliare

Gli obiettivi dell'aiuto domiciliare organizzato dalle municipalità sono 1) la fornitura di assistenza e cure personali; 2) l'assistenza o sostegno per i lavori domestici 3) l'assistenza per il mantenimento di capacità mentali e fisiche. Il servizio di aiuto domiciliare è fornito da uno staff qualificato.

Al cittadino che ritiene di avere diritto all'assistenza domiciliare viene garantita una valutazione individuale del suo bisogno. Un infermiere, un operatore socio/assistenziale domiciliare o un responsabile di aiuto domiciliare normalmente visita tale anziano a casa e valuta le necessità di assistenza.

Il *range* dei servizi disponibili per venire incontro alle necessità, i criteri di eleggibilità o titolarità applicati, e il numero e le tipologie di ore di aiuto allocate, sono tutti dettati dalle scelte politiche e di bilancio delle autorità locali.

Assistenza infermieristica domiciliare (Home nursing)

L'assistenza infermieristica domiciliare è fornita gratuitamente secondo le indicazioni del medico generico o in collaborazione con il servizio di aiuto domiciliare. L'infermiere domiciliare spesso gioca un ruolo chiave in termini di sostegno all'aiuto domiciliare e nella valutazione delle necessità di assistenza delle persone anziane.

L'assistenza infermieristica domiciliare viene portata avanti per brevi periodi in seguito alle dimissioni ospedaliere per assicurarsi che il trattamento che la persona anziana ha ricevuto in ospedale, prosegua.

L'assistenza infermieristica domiciliare è organizzata e amministrata dalle municipalità.

Visite domiciliari preventive

Tutti i Comuni sono stati obbligati a condurre un minimo di due visite preventive all'anno effettuate da operatori socio-sanitari per gli anziani che hanno più di 75 anni. L'obiettivo delle visite domiciliari preventive è la riduzione dei fattori di rischio per gli anziani. Sono un mezzo per ridurre le cadute, l'isolamento sociale, i suicidi, gli incidenti stradali e per migliorare l'attività fisica. La visita è fatta su accettazione delle persone anziane. I Comuni possono anche decidere di fare delle visite eccezionali nel caso di morte del coniuge, infermità gravi o dimissioni ospedaliere.

Case di riposo e alloggi adattati

La Danimarca non costruisce più case di riposo per anziani di tipo tradizionale. Dimore separate adattate individualmente ai bisogni e alle capacità degli anziani stanno sostituendo le istituzioni che limitano l'indipendenza degli anziani. Tali dimore possono essere integrate dentro costruzioni esistenti o realizzate separatamente.

Nel corso degli ultimi 20 anni la disponibilità di case di riposo è stata ridotta approssimativamente da 40 posti a 20 posti ogni 100 persone con più di 80 anni. Al loro posto sono stati realizzati alloggi indipendenti adattati, ma non tutti sono supportati da uno *staff* e non sono perciò un pieno supporto dal punto di vista assistenziale come le case di riposo convenzionali.

Medici generici

Per molti anziani il medico generico costituisce spesso il primo collegamento con i servizi di assistenza sociale e sanitaria forniti dai Comuni. Il medico generico può anche partecipare alle visite domiciliari preventive e promuovere misure preventive per coloro che li consultano e in accordo con loro.

I medici generici sono liberi professionisti ma la loro attività è altamente regolata attraverso convenzioni tra la loro organizzazione professionale e il Comitato nazionale di assicurazione sanitaria delle Regioni. L'utilizzazione di medici generici nel lavoro dei Comuni dipende da specifici contratti tra i Comuni e i medici generici. A causa della stipula di questi contratti – e dei molti medici generici coinvolti – i rapporti di cooperazione formalizzati tra questi e i comuni sono spesso problematici.

Riabilitazione

La riabilitazione è parte di un trattamento continuo in ospedale, mentre il *training* di mantenimento è un servizio tipicamente municipale. Nel contesto danese la riabilitazione è definita come *training* consapevole e mirato, il cui scopo è ripristinare il precedente livello funzionale, mentre il *training* di mantenimento è definito un consapevole accompagnamento per prevenire la perdita dalla funzionalità o il suo mantenimento.

La divisione del lavoro nell'ambito della riabilitazione è causa di conflitti significativi tra le Municipalità e le Regioni. Come conseguenza del lungo dibattito in corso sulla insufficienza della riabilitazione e sulla poco chiara divisione del lavoro nel campo della stessa, i Ministeri degli Affari Sociali e sanitari hanno approvato una legge che chiarisce le responsabilità delle Regioni e dei

Comuni. I Comuni sono responsabili quando gli anziani diventano infermi senza ospedalizzazione ma con necessità di riabilitazione (*training* di mantenimento). Le Regioni devono garantire che i pazienti dimessi abbiano definito un accurato piano riabilitativo.

Altri servizi

Altre tipologie di servizi comunali per anziani sono: i centri per le attività sociali, il *training* di mantenimento, cure giornaliere in casa riposo, la distribuzione dei pasti, servizi di giardinaggio, aiuto tecnico, sistemi di allarme, adattamento degli alloggi, assistenza breve e/o assistenza notturna in centri infermieristici/case di cura.

1.B.b Spigolature tra le buone prassi

Il progetto di Skaevinge

Nome	Il progetto di Skaevinge: assistenza 24-ore con integrazione socio-sanitaria
Promotore	Ministero degli affari sociali e la municipalità di Skaevinge
Obiettivi	<ul style="list-style-type: none"> - Ulteriore integrazione del tradizionale dipartimento di assistenza socio-sanitaria al fine di ottenere una migliore utilizzazione delle risorse. - Ottenere direttamente una comune conoscenza lavorando nella logica del auto-assistenza (<i>self-care</i>). - Introdurre un'assistenza socio-sanitaria integrata per l'intera giornata. - Cambiare l'organizzazione dei servizi grazie alla presenza di gruppi autonomi al fine di aumentarne la responsabilità complessiva con l'introduzione di ulteriori competenze; una migliore pianificazione dell'assistenza socio-sanitaria senza strutture gerarchiche che potrebbero rallentarli.
A chi si rivolge e il numero dei “clienti”	<ul style="list-style-type: none"> - utenti anziani; - alla popolazione anziana in generale.
Il numero dello <i>staff</i> coinvolto	tutte le tipologie di <i>staff</i> che lavorano con gli anziani (aiuto domiciliare, assistenza sanitaria pubblica, assistenza infermieristica domiciliare e case di riposo)
Metodologia	<ul style="list-style-type: none"> - teoria di ricerca attiva; - coinvolgimento attivo degli staff e dei cittadini; - approccio di aiuto-assistenza realizzato a partire dal concetto che la natura umana è libera e indipendente nel pensiero e agisce individualmente; - servizio 24-ore a prescindere dal tipo di alloggio occupato.
Punti di forza e punti di debolezza	<p>Punti di forza:</p> <ul style="list-style-type: none"> - una verifica dei servizi assistenziali socio-sanitari 24-ore sia tra chi vive a casa propria che in una istituzione conferma l'aumento degli anziani che hanno scelto di rimanere a casa; - la precedente casa di riposo è stata convertita in appartamenti individuali ed è

	<p>stato creato un centro di salute mettendo assieme assistenza infermieristica domiciliare, assistenza sanitaria pubblica e centri diurni. Il centro rivolge la sua attenzione a tutti i pensionati del Comune</p> <p>Punti di debolezza:</p> <ul style="list-style-type: none"> - le conseguenze degli interventi sullo stato di salute della popolazione anziana non sono state ancora valutate.
Valutazione dei risultati/parole chiave	<p>La valutazione del progetto dopo 10 anni mostra tra le altre cose:</p> <ul style="list-style-type: none"> - le spese operative sono diminuite anche se il numero delle persone sopra i 75 anni è cresciuto del 30%; - l'utilizzo giornaliero dei letti in ospedale è stato ridotto del 30/40%; - nel corso di questi 10 anni non ci sono state liste d'attesa per le persone anziane che finivano i trattamenti ospedalieri

Stanze delle emergenze - Comune di Roedding

Nome	Stanze delle emergenze - Comune di Roedding
Promotore	Il Comune di Roedding e la Regione di Soenderjylland
Obiettivi	<ul style="list-style-type: none"> - la riduzione delle degenze improprie (non necessarie) in ospedale; - intensificazione della osservazione e della assistenza agli anziani; - facilitare il ritorno a casa degli anziani
A chi si rivolge e il numero degli utenti	<ul style="list-style-type: none"> - cittadini anziani che in situazioni acute necessitano di più assistenza e trattamenti di quelli forniti a casa - cittadini anziani che possono essere dimessi entro le due settimane <p>20/25 anziani utilizzano il servizio in un anno</p>
Il numero dello staff coinvolto	Medici generici, medici del servizio di emergenza, infermieri domiciliari
Metodologia	Cooperazione tra i medici generici, i servizi di emergenza, gli infermieri domiciliari. Un infermiere osserva gli anziani nella "stanza delle emergenze".
Punti di forza e punti di debolezza	<p>Punti di forza:</p> <ul style="list-style-type: none"> - gli anziani sono soddisfatti di questo servizio. Sono contenti di essere aiutati in situazioni acute e di rimanere a casa propria; - l'infermiere domiciliare quando sta nel domicilio dell'utente può osservare le necessità della persona anziana e pianificare i servizi futuri <p>Punti di debolezza</p> <p>uno degli interrogativi è se gli anziani a casa ottengono trattamenti ottimali o se sarebbero curati meglio in ospedale.</p>

Valutazione dei risultati/parole chiave	Il progetto non è stato valutato. Ma i risultati sono stati così positivi che il progetto è stato esteso e prolungato. Gli anziani di Roedding sono meno ospedalizzati di quelli che vivono nei Comuni vicini e tale differenza è cresciuta nel corso degli ultimi anni. Ma non è stato possibile provare che la causa di queste differenze sia la stanza delle emergenze
---	---

Buone pratiche di cooperazione

Nome	Buone pratiche di cooperazione
Promotore	La direzione infermieristica dell'ospedale di Skive e di 5 Comuni: Fjends, Sallingsund, Skive, Spoettrup e Sundsoere
Obiettivi	- Garantire ai pazienti qualità e continuità nel <i>welfare</i> , assistenza e riabilitazione durante la degenza ospedaliera e dopo le dimissioni. - Ridurre il tempo di attesa in ospedale per i pazienti che hanno finito i trattamenti. - Riduzione del numero di reingressi in ospedale.
A chi si rivolge e il numero dei "clienti"	Cittadini anziani (con più di 70 anni) ricoverati nell'ospedale di Skive (tra i 1000 e i 1200 all'anno)
Il numero dello staff coinvolto	Medici generici, dottori dell'ospedale, infermieri, aiutanti domiciliari, infermieri domiciliari
Metodologia	Un gruppo di lavoro con infermieri del dipartimento ospedaliero e infermieri dei cinque comuni hanno preparato un contratto. Una lista di controllo viene concordata al momento delle dimissioni. Viene fornito al paziente un opuscolo per dare informazioni su tutto lo staff coinvolto
Punti di forza e punti di debolezza	Punti di forza: c'è stato un incremento del dialogo tra l'ospedale e le 5 municipalità Punti di debolezza: L'opuscolo non è utilizzato in tutti i casi La lista di controllo non è sempre seguita
Valutazione dei risultati/parole chiave	Il risultato del contratto di "buone pratiche di cooperazione" è stato lo stretto collegamento operativo tra gli <i>staff</i> dei Comuni e quello ospedaliero che ormai sono normalmente in contatto telefonico e si incontrano regolarmente per discutere le necessità di aiuto al momento delle dimissioni. I pazienti non vengono dimessi senza che le informazioni vengano date prima alla Municipalità di appartenenza. C'è una comune conoscenza che consentirà di migliorare ulteriormente nel

	<p>futuro Quando sono state fatte le valutazioni, la riduzione dei reingressi in ospedale non è stata osservata per mancanza di dati</p>
<i>Riabilitazione</i>	
Nome	Sulla riabilitazione effettuata dai Comuni
Promotore	Il Ministero degli Affari Sociali e 8 Comuni
Obiettivi	<ul style="list-style-type: none"> - lo sviluppo di un modello generale a garanzia della riabilitazione che pone al centro il cittadino che ha necessità di riabilitazione; - garantire un semplice e coerente procedimento per i cittadini anche quando sono coinvolti molti attori; - rantire una chiara definizione e delimitazione dei contenuti di ogni servizio da utilizzare nelle attività di riabilitazione così come in relazione ad altri dipartimenti dentro o fuori dall'organizzazione (ad esempio: assistenza domiciliare, ospedali, medici generici, fisioterapisti); - garantire sufficienti ed equi servizi per tutti i cittadini.
A chi si rivolge e il numero dei “clienti”	A tutte le persone anziane che hanno necessità di riabilitazione
Il numero dello staff coinvolto	Lo staff operativo e amministrativo di 8 Comuni e della Regione di cui fanno parte
Metodologia	quattro Comuni hanno in carico lo sviluppo del lavoro; gli altri 4 Comuni contribuiscono al controllo di qualità e testano lo sviluppo delle attrezzature.
Punti di forza e punti di debolezza	<p>Punti di forza: I cittadini danno la priorità a differenti abilità funzionali e queste priorità sono parte della documentazione insieme alla valutazione professionale delle possibilità riabilitative. C'è un controllo di qualità e test di sviluppo delle attrezzature.</p> <p>Punti di debolezza: un buon modello di test non è sufficiente per garantire la riabilitazione delle persone anziane. L'uso del modello presuppone che i Comuni allochino le risorse economiche nella riabilitazione e che preparino il loro <i>staff</i> all'uso del modello</p>
Valutazione dei risultati/parole chiave	Il processo di sviluppo non è finito e l'esperienza concreta di uso del modello nelle municipalità è iniziata nel 2003

MedCom

Nome	MedCom – <i>network</i> di raccolta dati del sistema socio-sanitario danese
Promotore	Ministero della Sanità, Ministero degli affari sociali, Comitato Nazionale della sanità, Associazione dei Consigli regionali

	danesi, Copenhagen Hospital Corporation, autorità locali di Copenanghen e Frederiksberg, Associazione farmaceutica danese, Associazione dentisti danesi, associazione medici danesi, Kommunedata, Dan Net (le ultime due dovrebbero essere <i>network</i> telematici di raccolta dati).
Obiettivi	<ul style="list-style-type: none"> - Sviluppo degli standards di comunicazione dei flussi comunicativi più comuni tra le autorità locali e gli ospedali. - Espansione della comunicazione tra medici, ospedali e farmacie. - Espansione della comunicazione di base tra ospedali e autorità locali.
A chi si rivolge e il numero degli utenti	A tutti gli ospedali, farmacie, laboratori, studi medici e alle autorità locali
Il numero dello staff coinvolto	Potenzialmente tutti gli <i>staff</i> in tutte le Regioni, due terzi dei Medici generici, un terzo dei medici specialisti e 16 municipalità.
Metodologia	Istituire progetti pilota; Sviluppare e testare i <i>report</i> assistenziali e i messaggi di avvertimento tra ospedali e municipalità; Diffusione delle esperienze;
Punti di forza e punti di debolezza	<p>Punti di forza:</p> <ul style="list-style-type: none"> - il progetto facilita la comunicazione tra ospedali, medici e autorità locali; - l'informazione è immediata; - i cittadini ricevono servizi migliori <p>gli ospedali e l'assistenza domiciliare evitano sprechi di tempo</p> <p>Punti di debolezza:</p> <ul style="list-style-type: none"> - non tutti gli studi medici e le autorità locali usano il sistema.
Valutazione dei risultati/parole chiave	Lo sviluppo del progetto non è finito e l'esperienza concreta di uso del modello nelle municipalità è partita nel 2003. Un rapporto preliminare delle municipalità che hanno preso parte al progetto mostra che i cittadini ricevono un servizio migliore.

1.C. Francia

L'Allocation personnalisée à l'autonomie (APA) – Legge del 21 luglio 2001.

La Legge che istituisce l'APA afferma un diritto universale, ugualitario e personalizzato.

L'APA è una assicurazione pagata in *cash* (simile al *voucher*) che copre le spese assistenziali a domicilio per lavoratori/trici dipendenti di servizi o *caregivers* informali assunti direttamente dalle persone e altri tipi di supporti (adattamenti degli alloggi, distribuzione dei pasti, centri diurni, ecc.). L'APA interviene anche per le spese relative ai servizi residenziali (in questo caso è un intervento teso a rendere l'anziano "solvibile").

I Consigli regionali sono responsabili del funzionamento dell'APA e in larga parte del suo finanziamento. La parte rimanente è coperta dai contributi del Fondo Nazionale d'Autonomia che utilizza i Fondi del Sistema di Assicurazione Sociale (0,1% dei contributi sociali generalizzati).

I beneficiari sono tutte le persone non autosufficienti con oltre 60 anni.

Gli utenti pagano un contributo economico quando il loro reddito supera i 971 euro al mese. Nel caso di utilizzo di assistenza istituzionale (pubblica) la copertura delle spese attraverso l'APA è modulata se le risorse economiche dell'utente superano i 2025 euro mensili.

L'APA è espressa in valori monetari ma non è un trasferimento monetario bensì una prestazione *en espéces* - cioè una prestazione "in natura" nel senso che è vincolata all'acquisto almeno per il 50% di servizi di *care*.

Con l'APA si fissano tariffe orarie uniche e uguali per tutti. La stessa cosa vale per i criteri di compartecipazione finanziaria degli utenti. Si introduce un sistema di *ticket*: la copertura economica dell'APA a domicilio varia da 457 euro a 1067 euro in base al livello di dipendenza.

Il livello di dipendenza è misurato secondo uno strumento chiamato "griglia AGGIR" che attribuisce punteggi diversi a seconda del grado di non autosufficienza. La valutazione del livello di autosufficiente è effettuata da un'*équipe* socio-sanitaria composta da medici, infermieri e operatori sociali. La stessa *équipe* ha il compito di suggerire le modalità di presa in carico più idonee al caso singolo.

Sulla base della valutazione effettuata viene definito un *plan d'aide* che deve essere concordato con il beneficiario o con i suoi familiari.

Il controlli si risolvono generalmente in una visita effettuata annualmente a domicilio.

Alla fine del 2002 circa 650.000 persone avevano ricevuto l'indennità prevista dall'APA. Il numero di persone anziane con necessità di assistenza è stimato in 800.000 (dal primo al quarto gruppo, secondo la griglia AGGIR) e 1.300.000 considerando tutti e sei i livelli compresi nella griglia.

L'APA sostituisce il PSD (*Prestation spécifique dépendance*) introdotto nel 1997 e modificato pochi anni dopo (2001) in ragione dell'ampio dibattito critico che aveva preceduto e seguito l'istituzione del nuovo modello assistenziale. In breve sintesi il PSD rappresenta il momento di "rottura" rispetto al sistema di *welfare* costruito in particolare a partire dal 1945, a vocazione prevalentemente universalistica, che viene confermata ma che comunque introduce un sistema di "acquisto di *care*". Tra le ragioni della "riforma" della "riforma" si segnalano: la necessità di ampliare la platea dei beneficiari (nel mese di settembre 2000 ne usufrivano 135.000 persone a fronte di un obiettivo di 200.000/250.000 persone), la variabilità dei valori del PSD tra i diversi dipartimenti che induce ad omogeneizzare le prestazioni su tutto il sistema sanitario attraverso l'introduzione del sistema dei *ticket*.

I servizi

1) Servizi domiciliari

I Servizi di aiuto domiciliare sono gestiti principalmente da associazioni *non profit*, più raramente direttamente dagli Enti Locali o da Centri di azione di comunità locale (CCAS). In casi eccezionali possono essere gestiti da fornitori del privato commerciale.

I servizi infermieristici domiciliari sono gestiti generalmente da associazioni, più raramente da Enti Locali e dai CCAS. La loro istituzione è soggetta alla autorizzazione preventiva della Prefettura. Essi offrono assistenza domiciliare, generalmente erogata da infermieri ausiliari sotto la supervisione di un infermiere coordinatore.

Servizi collegati: la distribuzione dei pasti e adattamenti delle abitazioni forniti dagli Enti Locali o da associazioni convenzionate con questi.

Nuovi servizi: Centri diurni, guardia notturna mobile, residenze temporanee di assistenza e altre forme di supporto ai familiari che assistono. Questi fanno parte di una concezione più recente e i servizi erogati sono ancora gestiti in via sperimentale. I Centri diurni e le residenze temporanee di

assistenze hanno l'obiettivo di offrire risorse per alleviare i familiari coinvolti nella cura dei loro congiunti ; mentre i servizi di guardia notturna mobile offrono una soluzione alternativa all'assistenza domiciliare permanente il cui costo per i beneficiari è tale che soltanto chi ha redditi elevati ha accesso a questi servizi.

2) Servizi residenziali

Alloggi protetti: si tratta di gruppi di unità di alloggio specificatamente designate per un uso esclusivo da parte di persone anziane. Questi offrono servizi collettivi (ristoranti, sicurezza permanente), il cui uso e frequenza di utilizzazione sono opzionali. Queste strutture offrono un modo di vita basato su una vita indipendente e sono perciò inaccessibili a persone con necessità di assistenza (almeno in teoria). Stante questa duplice vocazione (offerta di servizi domiciliari e alloggi protetti per anziani), l'alloggio protetto è soggetto ad una duplice supervisione quella del Ministero degli Affari sociali e alla solidarietà e del Ministero dell'edilizia. L'accesso è soggetto alla autorizzazione del Presidente del Consiglio regionale. La determinazione del prezzo è soggetta alle previsioni della Legge sulle Istituzioni Sociali e medico-sociali. A questo riguardo, se la costruzione è autorizzata quale alloggio per persone che ricevono supporti sociali, il costo è fissato dal Presidente del Consiglio regionale; l'affitto per le persone a basso reddito può essere sostenuto dal livello regionale del dipartimento di assistenza sociale. L'alloggio sociale può includere trattamenti medici se il livello medio di dipendenza degli occupanti eccede un livello minimo stabilito dai regolamenti.

MAPAD (*Maisons d'Accueil de Personnes Agées Dépendantes*): case di riposo “medicalizzate o non medicalizzate” corrispondenti alle nostre case protette e alle nostre RSA (Residenze socio-sanitarie).

3) Strutture innovative

Piccole unità di alloggi (al di sotto dei 25 posti). Sono nate negli ultimi 15 anni, per esempio, riducendo le dimensioni delle case di riposo e centrano il loro interesse sul legame con la comunità locale attraverso la disponibilità di servizi assistenziali di comunità. interviene alle stesse condizioni descritte per i servizi domiciliari.

Paid family placement (famiglia pagata): si tratta di anziani che vanno a vivere presso altre famiglie che ricevono un contributo per l'ospitalità. L'assistenza per persone anziane o disabili in casa private contro compenso è soggetta ad una modalità regolatoria recente. L'approvazione è determinata in base all'alloggio temporaneo o permanente per un massimo di tre persone in una casa normale. Le condizioni di alloggio sono negoziate sulla base di un contratto quadro definita poi caso per caso. Il prezzo dell'ospitalità è distinto in tre parti e negoziato tra l'ospite e l'ospitante: la remunerazione per l'ospitante, il pagamento per il mantenimento (cibo, lavaggio del bucato e mantenimento/manutenzione della proprietà), e infine, un pagamento basato sulla disponibilità del privato e dalle facilitazioni in comune.

Tutti i costi possono essere coperti dal livello regionale dalla assistenza sociale. Attualmente circa 5500 anziani e disabili abitano presso famiglie con queste modalità.

I soggetti coinvolti nell'erogazione di servizi e modalità di cooperazione;

I servizi descritti sopra racchiudono 4 famiglie di attori che aiutano le persone anziane a rimanere nelle loro case:

- Aiutanti domiciliari dipendenti da organizzazioni (chiamate associazioni mandatarie e lavoratori sociali) che sono state autorizzate dal Ministero degli affari sociali e all'impiego. Lavorano sotto lo status di “dipendenti familiari” e sono assunti direttamente da coloro che ricevono sostegno, secondo una legge introdotta nel 1987 che facilita l'impiego diretto dei “curatori informali” di persone anziane;
- Strutture assistenziali residenziali che sono gestite da fornitori del privato commerciale, pubblici e del privato sociale;
- Le istituzioni di assistenza sanitaria, cioè ospedali pubblici e privati accreditati dal governo o parte della rete di ospedali pubblici;
- Lavoratori sanitari indipendenti, una categoria che include dottori, infermieri e altre professioni paramediche.

Criticità

La relazione tra gli attori è segnata da distorsioni competitive. Queste sono particolarmente gravi nel settore dell'aiuto domiciliare e investono le organizzazioni che impiegano gli aiutanti familiari e gli anziani o le famiglie che assumono direttamente gli aiutanti.

La tensione si rileva anche tra i servizi di aiuto domiciliare e le istituzioni residenziali; questi ultimi ritengono che i primi applichino una tattica dilatoria per l'ingresso nelle residenze assistenziali al fine di prolungare la loro attività. In tal modo però, gli ospiti più recenti arriverebbero presso le strutture residenziali ancora più dipendenti.

Altre distorsioni sono emerse nella fornitura di servizi infermieristici a domicilio che possono essere erogati da altri infermieri dipendenti o indipendenti; i primi devono operare dentro i bilanci finanziati dal modello di assicurazioni sociali e sanitarie; i secondi (gli infermieri indipendenti) sulla base all'autorizzazione individuale per il finanziamento dei trattamenti previsti dallo stesso modello di assicurazione sanitaria.

Deve, infine, essere menzionato l'ambiente competitivo nell'area delle istituzioni assistenziali dove le organizzazioni del *non profit* competono con quelle del privato commerciale. Le strutture commerciali erano assenti in questo campo fino a 20 anni fa, ora coprono quasi il 25% dei posti cioè la stessa quota di mercato delle associazioni private che forniscono quei servizi.

1.C.c Spigolature tra le buone prassi

Centri locali di informazione e coordinamento (rapporto *Procare*)

Nel 2000 il Ministero del Lavoro e della Solidarietà ha lanciato un programma quinquennale per la creazione dei Centri Locali di informazione e coordinamento (CLIC) il cui obiettivo è la costituzione su base locale di *network* (i CLIC, appunto) sostenuti dal finanziamento dello Stato.

L'attività svolta dai CLIC si distingue in tre livelli:

- Livello 1 – Accoglienza, informazione, avvisi, sostegno;
- Livello 2 – stima delle necessità, compilazione del piano assistenziale di assistenza;
- Livello 3 – implementazione del monitoraggio e adattamento di questo ai piani di assistenza.

Un processo di certificazione segue le azioni portate avanti da ogni CLIC i quali possono essere qualificati per ognuno di questi livelli. Nel dicembre del 2002 c'erano 280 CLIC. Di questi il 43% certificati al livello 1, il 28% certificati al livello 2 e il 29% certificati al livello 3.

Le capacità di effettivo coordinamento e coinvolgimento di tutti gli attori coinvolti è da verificare caso per caso. I due CLIC che qui si riprendono dal *Report Procare* sono intanto indicativi delle possibili differenziazioni locali ed esprimono diverse potenzialità.

Il *report* del progetto *Procare*, inoltre, segnala il fatto che con l'introduzione dell'APA si è determinata una certa confusione, sia tra i fornitori che tra i beneficiari, in relazione al ruolo dei CLIC di II e III livello e dei *team* socio-sanitari preposti alla valutazione dei diversi gradi di dipendenza delle persone anziane e alla elaborazione dei Piani di aiuto in quanto entrambi fanno capo ai Dipartimenti (vedi sopra).

I CLIC sostituiscono una precedente esperienza di coordinamento e integrazione avviata nel 1982.

CLIC di Chalus (Haute Vienne)

Promotore	Associazione di coordinamento delle azioni in favore delle persone anziane (ACAFPA); SCAPA: servizi coordinati di aiuto alle persone anziane (Coordinamento servizi per anziani).
Partners istituzionali	- servizi obbligatori per l'impiego locale; Comuni – rete ospedaliera (CHU, Croce Rossa, pact'arim); - Rappresentanti eletti nel cantone (Consiglio regionale, sindaci);
Partners professionali	- Direttori dei centri per anziani di Chalus e Cars; - Rappresentanti dei servizi per aiutare gli anziani a rimanere nella loro casa (ADPA aiuto domiciliare, distribuzione pasti, assistenza infermieristica); Operatori sociali;

Partners finanziari	<p>Membri delle professioni mediche e paramediche; Volontari e tutti coloro che rappresentano gli interessi relativi agli anziani</p> <p>Consigli regionali (21%), Comuni (14%) Stato (4%), <i>Fondation de France</i> (10%)</p>
Obiettivi e missione	<ul style="list-style-type: none"> - Informazioni, <i>advice</i> (comunicazioni, informazioni, consigli, pareri), accompagnamento per gli anziani e i loro familiari; - Stima precisa delle necessità (disabilità funzionali, potenzialità rimanenti, esistenza di risorse umane o tecniche, ambiente/alloggio, risorse economiche, affettive, ambiente familiare e sociale, descrizione delle condizioni di salute e della qualità della vita, attitudini psicologiche ad accettare l'aiuto offerto); - Prevenire la riduzione funzionale dell'indipendenza collegata all'età; - L'obiettivo dell'aiuto domiciliare è quello di compensare la minore autonomia delle persone anziane.
Il numero dello staff coinvolto	<p>Un coordinatore, un operatore sociale di accompagnamento;</p> <p>2 assistenti (sostituto coordinatore più responsabile dell'attività);</p> <p>2 assistenti volontari;</p> <p>un agente referente: CIPA;</p> <p>2 medici referenti dell'agenzia: 1 indipendente, 1 dell'ospedale;</p>
Strumenti	<ul style="list-style-type: none"> - incontri di coordinamento: a richiesta del medico di base, con il coordinatore e i professionisti coinvolti; -sistematizzazione/revisione delle linee del progetto che è proposto e negoziato con l'assistito/a e i suoi familiari; - incontri di "governo": valutazione del progetto e degli obiettivi del Piano. La frequenza di questi incontri dipende da come si sviluppano le cose; Incontri di emergenza vengono realizzati in caso di problemi; -bollettini di informazione sui nuovi obiettivi del piano per gli anziani rivolti ai familiari e agli operatori coinvolti; -apertura di una scheda che raccoglie le diverse valutazioni; <p>NB.: i professionisti sono pagati per partecipare agli incontri.</p> <p>Valutazioni in due fasi:</p> <ul style="list-style-type: none"> -controllo della valutazione gerontologica stima complessiva dell'indipendenza funzionale: SMAF (sistema di misura dell'autonomia funzionale);

	collegamento casa-ospedale; - trasferimento della scheda specifica che monitora la persona.
Punti di forza	-l'iniziativa è ormai a regime (servizi di assistenza domiciliare); avviato nel 1982 vi è stata la possibilità di adattarla al contesto locale e politico; -20 anni di esistenza ed esperienza; coinvolgimento di tutte le istituzioni e soggetti locali; -stima globale della situazione degli anziani utilizzando strumenti standardizzati e complementari monitoraggio permanente dei beneficiari accompagnamento permanente degli assistiti; -numero dei beneficiari nel 2000: 41.
Punti di debolezza	-la diminuzione del numero di persone seguite; -servizi obbligatori per l'impiego: lavoro insicuro per gli aiutanti familiari; - l'accompagnamento delle persone con numerose esigenze richiede il coinvolgimento di differenti servizi mirati e normalmente, alti costi individuali.
Valutazione dei risultati/parole chiave	- la valutazione è affidata all'esterno valutazione pianificata attraverso i CLIC prossimità – strumenti condivisi – valutazione globale - multidisciplinarietà

La Maison des Aines (Casa anziani) CLIC di Belfort

Promotore	Consiglio regionale (approvazione nel 2000); Le municipalità attraverso il CCAS (Centri di azione sociale di comunità).
Partners istituzionali	Stato, Municipalità, CRAM (Piano assicurativo regionale di sicurezza sociale sanitaria); Ministero allo sport e ai giovani a livello locale: gruppi di lavoro equilibrati (esperimento in corso del CRAM per dare fiducia/dimestichezza ai giovani a rischio, emarginati) + corsi di accompagnamento nelle case isolate
Partners professionali	- 3 associazioni rappresentative della Maison des Ainés; -conferenza gerontologica che comprende i professionisti del settore (istituzioni medico-sociali, ospedali, servizi di aiuto domiciliare, Centri per il miglioramento degli alloggi); -Comitato dipartimentale dei pensionati e delle persone anziane;

	<p>-Confederazione degli OAP, club particolarmente attivi in questa regione;</p> <p>-Medici indipendenti e paramedici;</p> <p>-Infermieri indipendenti, fonti di finanziamento sociale</p> <p>Fondi pensioni, Istituto universitario e tecnologico</p>
Obiettivi e missione	<p>ricevimento e ascolto (via telefono e di persona) degli OAP club e delle loro famiglie grazie a un sistema <i>one-stop-shop</i> (un servizio onnicomprensivo).</p> <p>Informazioni, <i>advice</i> (comunicazioni, informazioni, consigli, pareri), supporti il cui intento è migliorare la vita quotidiana degli anziani, prevenire, consulenza legale, alloggi, trasporti, qualità della vita e confort, vita culturale e sociale, fornitura di servizi per mantenere gli anziani a casa o in residenze assistenziali nella regione;</p> <p>valutazione delle necessità di assistenza a casa.</p> <p>Creazione di piani personalizzati mirati di cui sono responsabili questi servizi per mantenere le persone nelle loro case (utilizzando la consulenza geriatrica in particolare ma anche altri professionisti se richiesto che vengano coinvolti).</p> <p>Monitoraggio e proposte di cambiamento dei piani mirati per un caso di riferimento (la persona che fece la valutazione, coordinatore dei servizi e persona responsabile della supervisione delle modifiche delle situazioni individuali).</p> <p>L'obiettivo complementare della confederazione gerontologia: partecipare alla definizione di studi di gruppo ad ampio raggio (regionale) in forma di riflessioni e discussioni (una sorta di osservatorio delle esigenze e delle azioni da sviluppare in tutta l'area).</p>
Il numero dello staff coinvolto	<p>9 consulenti (<i>full time</i>) del settore gerontologico di base, con differenti orizzonti professionali (infermieri, operatori sociali, settore sociale e delle famiglie);</p> <p>1 persona per il tele soccorso (80% del tempo di lavoro);</p> <p>2 segretarie (<i>full time</i>);</p>
strumenti	<p>Ci sono incontri ricorrenti, valutazione del CLIC:</p> <p>Il Comitato Guida, una sorta di osservatorio a livello regionale che riunisce i partners istituzionali che tendono ad essere coinvolti nei CLIC: i cui obiettivi sono:</p> <p>-Analisi e organizzazione della rete</p>

	<p>istituzionale e dei partners professionali del settore gerontologico;</p> <ul style="list-style-type: none"> -Considerare le esigenze degli anziani nella regione; -Fissare obiettivi e mezzi di funzionamenti per il coordinamento; -Identificare le difficoltà incontrate nel coordinamento delle iniziative geriatriche; <p>L'ufficio del CLIC, o ufficio di direzione (consiglio regionale, direzioni) supervisionano l'implementazione delle linee guida identificate dal Comitato di orientamento attraverso degli incontri. Esso sollecita il supporto della confederazione gerotologica la quale comprende tutti quelli coinvolti: una volta al mese;</p> <p>Unità di coordinamento e monitoraggio: questo è un coordinamento individuale (per un minimo di due operazioni per domicilio). Essa esegue le stime, definisce gli obiettivi dei Piani, implementa e coordina i differenti servizi mirati: 2 ore per mese.</p>
Punti di forza	<ul style="list-style-type: none"> -Un sportello aperto 5 giorni alla settimana; -Copertura regionale, area piccola (60 km quadrati), il che significa che i professionisti geriatrici coinvolti agiscono in modo più intelligente e in partnership; -Rende disponibili le risorse (9 consulenti gerontologici); -Costituzione di gruppi di discussione tematiche; -Costituzione di programmi di accompagnamento per gli assistenti di aiuto domiciliare (pre-qualificazione) equivalenti a 13 ore iniziali (130 corsisti all'anno)+ CAFAD (aiuto domiciliare) che certificano la formazione
Punti di debolezza	<p>Piccola rete di lavoro – tutti sanno tutto sugli altri – mancanza di nuova linfa.</p> <p>Ci vuole una gran quantità di tempo per entrare nel coordinamento. Era veloce per i professionisti che lavoravano nel campo dell'aiuto domiciliare e della direzione. D'altro canto si comincia a vedere l'integrazione dei medici indipendenti ma questi sono molto all'inizio.</p> <p>Mancanza di candidati per assistenti nell'aiuto domiciliare: scarso riconoscimento per questo tipo di lavoro; 101 comuni in una piccola regione, che significa molta dispersione per il tempo richiesto alle azioni di coordinamento e</p>

	negoziazione con la politica locale;
Valutazione dei risultati/parole chiave	nessuna valutazione; alcuni sono pianificati dalle strutture del CLIC. Uno dei 20 siti sperimentali scelti per la valutazione. valutazione <i>in progress</i> . Pensionati – prossimità – sportello non stop, volontà politica.

Progetto Relais SEPIA (Comune di Descartes)

“L'accoglienza di giorno per persone anziane”

L'accoglienza di giorno è un dispositivo di mantenimento a domicilio che permette di riannodare i legami sociali ma anche di sviluppare le proprie capacità e di ritrovare o di mantenere una certa autonomia anche al fine di evitare lo sfinito dei caregiver.

E' rivolta alle persone anziane ancora complessivamente autonome ma anche con problemi fisici e/o mentali, e alle famiglie o ai caregiver per permettere: l'organizzazione di tempi di riposo, scoprire che altre famiglie hanno le stesse difficoltà e poterne parlare assieme; sapere che altre persone assistono i propri familiari anziani”.

Gli anziani che ne hanno i requisiti possono usufruire dei contributi economici pubblici previsti dall'APA e dal CRAM.

Funzionamento: il servizio Accoglienza di giorno è aperto dal lunedì al venerdì dalle 10 alle 18,30; è possibile andarci più ore al giorno per settimana o solo mezza giornata secondo le scelte di ognuno: le attività proposte sono, tra l'altro, giochi, letture, canto, visite ai musei ecc., passeggiate, attività manuali, ecc..

Le tariffe (anno 2004): accoglienza per mezza giornata 4,10 euro, per una giornata 14,35 euro, accompagnamento 8,20 euro; pasto visitatori 10,00 euro, spostamenti entro Descartes 2,5 euro, fuori Descartes 8,00 euro.

Accoglienza temporanea

E' un servizio istituito su iniziativa del Comune di Descartes, anch'esso partner del progetto Relais SEPIA, ubicato in città in un casa per anziani, restaurata. Accoglie per qualche giorno o qualche settimana, delle persone anziane temporaneamente non autonome e/o senza assistenza (in situazioni quali: affaticamento, mancanza di congiunti, convalescenze, ecc.). Sono ammesse anche persone non autosufficienti così come i beneficiari dell'APA.

La struttura: sono disponibili 17 camere. La dimensione è tale da consentire di prendersi cura individualmente di ogni residente. L'équipe di Relais accompagna 24 ore su 24 ogni persona anziana rispettando i suoi ritmi e associandola il più possibile alla vita della casa.

I servizi sono assicurati giorno e notte. La notte vengono garantiti tre passaggi nelle camere; un sistema di telesoccorso è messo a disposizione di ogni residente per qualsiasi evenienza. Il sistema funziona sia all'interno di Relais SEPIA che all'esterno (nel quartiere).

Le cure mediche sono assicurate da professionisti secondo la libera scelta dei residenti.

In ingresso è previsto un colloqui con l'anziano/a o con i familiari per conoscerlo, organizzare il soggiorno e fissarne la durata.

Ogni anziano/a ha come riferimento una consigliera accompagnatrice che elabora con lui/lei e la sua famiglia le condizioni per il ritorno a domicilio.

In caso di bisogno si può fare ricorso alla ospedalizzazione secondo le modalità previste, in accordo con la consigliera accompagnatrice e previo avviso dei parenti.

Dal programma per persona anziane della Fondazione di Francia

La Fondazione di Francia sostiene una serie diversificata di servizi e iniziative rivolte alle persone anziane che rispondono ai principi e ai criteri cui si ispira la Fondazione stessa e che sono:

- L'autonomia della persona con problemi di *handicaps* fisici o psichici;
- Il rispetto delle sue scelte e della sua intimità;
- La ricerca di una qualità di vita secondo i propri desideri e non secondo le rappresentazioni dei professionisti o dell'*entourage* prossimo;
- Un accompagnamento/supporto e garanzia di cura secondo l'evoluzione delle eventuali incapacità fisiche o psichiche che sopravvengono;
- Il rifiuto dell'infantilizzazione.

Il *report* della Fondazione di Francia presenta numerosi esempi di diverse tipologie di attività o servizi rivolti agli anziani scelti in quanto considerati interessanti e innovativi: accoglienza di giorno, alloggio temporanei, aiuto agli aiutanti, piccole unità di vita, guardia itinerante di notte. Tra questi, a nostra volta, ne sono stati selezionati quattro presentati appena qui di seguito.

Guardia itinerante notturna

La Guardia itinerante notturna si iscrive naturalmente nella continuità dell'aiuto offerto di giorno. Il suo funzionamento flessibile e sicuro, permette di stabilire con l'anziano e con la sua famiglia un piano programmato di passaggi presso il domicilio. E' possibile intervenire rapidamente in caso di emergenze attraverso un sistema di chiamata diretta o con l'intermediazione di un servizio di teleassistenza.

Ogni organismo che porta avanti questa attività ha messo a punto una propria formula d'intervento e definito le sue tariffe stabilite secondo il numero di passaggi, la durata degli interventi (della durata tra i 10 e i 30 minuti) e distinguendo i bisogni delle *routine* quotidiana da quelli specifici, la settimana dai *week end*, ecc.

Guardia itinerante notturna realizzata dalla Associazione "L'Entraide Tararienne Tarare" a Tarare

Il contesto:

Il cantone di Tarare (Rhône, Ouest-Lyonnais) conta più di 20.000 abitanti, ripartiti in 17 comuni; il 21% della popolazione ha più di 60 anni. L'Associazione L'Entraide Tararienne, nata nel 1947, è prima di tutto una rete di mutua assistenza rivolta alle persone anziane. E' un'associazione che offre servizi diversificati cresciuti nel tempo con il fine di mantenere presso il proprio domicilio gli anziani. Tra questi: distribuzione pasti, aiuto a domicilio, ecc. Dal 2002 ha messo a punto un servizio di Guardia notturna per persone anziane che vivono da sole o in condizioni di dipendenza temporanea o permanente.

Il Progetto:

Il servizio complessivo messo a punto dalla Associazione "L'Entraide" funziona dalle 19,00 alle 7 del mattino considerando l'aumento del carico di attività, al fine di:

- rispondere a bisogni specifici di questa utenza nel corso della notte (aiutarli a mettersi a letto, rassicurare e tranquillizzare le angosce notturne, ecc.);
- rendere accessibili delle prestazioni di qualità complementari di altri servizi di aiuto o di cura;
- sostenere la famiglia e i vicini che assistono o seguono queste persone;
- favorire il coordinamento tra i differenti interventi domiciliari.

Si può accedere al servizio con un abbonamento mensile modulabile e stabilito in base alle necessità dei beneficiari e del numero di interventi.

Benefici:

- facilita la vita quotidiana delle persone e del loro *entourage*;
- permette di considerare un ritorno a domicilio dopo un'ospedalizzazione;
- ritarda la istituzionalizzazione della persona anziana;
- apporta una presenza tranquillizzante;
- dispensa eventuali cure;
- solleva e rassicura i familiari;

Accoglienza di giorno

Per la descrizione del servizio si rinvia a quanto sopra scritto a proposito del progetto Relais SEPIA.

Accoglienza di giorno realizzata dalla Associazione ADAR-AGARDOM a Aussillon

Il contesto

L'Associazione ADAR-AGARDOM (servizi di aiuto domiciliare) è stata istituita nel 1972 a Aussillon (Tarn) e interviene in un'area geografica di 40.000 abitanti. Propone differenti servizi di aiuto al mantenimento a domicilio di persone anziane ed in particolare per quelli con problemi di demenza o confusione mentale. Il centro di accoglienza di giorno è stato istituito nel 1998. Si tenga conto che nella regione non sono presenti ospedali di giorno.

Il Progetto

Gli obiettivi del progetto sono:

- preservare l'autonomia di coloro che soffrono di incapacità psichiche;
- farle uscire dai confini della propria casa, rivalorizzarne l'immagine;

- facilitare la loro socializzazione attraverso varie attività e stimoli;
- creare fuori dal loro contesto abituale le condizioni per favorire l'espressione delle potenzialità latenti e la comunicazione in tutte le sue forme;
- sollevare i familiari prima che arrivino a situazioni di abbattimento fisico e morale e offrire loro una possibilità di ascolto, di incontro e di espressione delle proprie difficoltà;
- volgere ai malati di Alzheimer uno sguardo e una attenzione positiva;

Benefici:

- Sviluppa una varietà di progetti d'accompagnamento sulla base di una relazione confidenziale all'interno di un contesto confortevole e rassicurante;
- Considera la persona accolta come un adulto in tutta la sua interezza, capace di avere relazioni, a condizione di essere riconosciuto e accettato nella sua globalità;
- Facilita l'espressione individuale e favorisce la possibilità di una vita di gruppo dove ciascuno è accettato con le sue differenze e difficoltà;
- Dinamizza la capacità di ciascuno in tutti gli stadi della malattia;
- Riconosciuta nella sua singolarità, la persona riprende confidenza all'interno di un ambiente empatico;
- Risponde al bisogno di sollievo dei familiari, assicura un sostegno psicologico e rompe l'isolamento.

Aiuto alle persone curanti;

L'aiuto ai caregiver è un servizio collegato alle cure domiciliari, istituiti o messi a punto da associazioni di familiari con i seguenti obiettivi: aiutare la famiglia dando loro delle informazioni ma anche offrendo la possibilità di esprimere il loro vissuto. All'interno di un gruppo di parola, con la presenza di uno psicologo, i partecipanti possono esprimere le loro preoccupazioni, i loro interrogativi, le loro angosce e dar loro un senso.

Si tratta di un servizio complementare.

Progetto della Associazione Prevenzione e accompagnamento della dipendenza a Rieumes

Il Contesto

Rieumes si trova ad una trentina di chilometri da Tolosa ed è un capoluogo di un Cantone rurale che raggruppa 18 comuni con quasi 7000 abitanti (il 22% con più di 60 anni). La maggioranza degli anziani vivono a casa propria o dai loro figli. L'habitat disperso rende le uscite e i contatti più difficili con l'età e la perdita progressiva di autonomia. Queste dipendenze, essenzialmente fisiche, spesso non vengono accettate proponendo un atteggiamento ambivalente di ricerca di aiuto e di rifiuto della dipendenza.

Il Progetto

- sostenere le persone anziane nel loro desiderio di vivere a casa propria;
- offrire alle persone anziane autonome dei servizi destinati a prevenire, ad - accompagnare la dipendenza e facilitare la vita sociale;
- sviluppare le azioni di sostegno agli aiutanti attraverso delle riunioni d'informazione di scambio;
- facilitare la vita quotidiana dei familiari attraverso la realizzazione di guide pratiche con informazioni utili per chi si trova in queste situazioni;
- sensibilizzare i professionisti sanitari e informare le famiglie sulle risorse disponibili.

Benefici:

- Il gruppo di parola: risponde al bisogno di sollievo dei familiari nella relazione d'aiuto, evita la loro stanchezza fisica e morale e ritarda l'istituzionalizzazione dei loro congiunti non autosufficienti;
- Offre una possibilità di scambio sul loro vissuto e le loro difficoltà, di prendere decisioni senza sensi di colpa, di creare rapporti di solidarietà;
- Permette di accettare l'handicap, di prendere le distanze dalla dipendenza e gestirla;
- Aiuta a comprendere le capacità residue e d'espressione del familiare non autosufficiente e di rispettare la loro integrità;
- Ogni seduta tematica, animata da uno psicologo, permette di informare, sensibilizzare e comprendere i meccanismi della relazione d'aiuto nonché prevenire l'esaurimento.

1.D. Finlandia

La Finlandia rappresenta il modello Nordico di *welfare* sociale i cui aspetti principali sono centrati sul principio di universalità (uno statuto dei diritti di *welfare* sociale in accordo con i bisogni di assistenza), un settore pubblico forte, finanziamento attraverso le tasse, trattamenti e *benefit* uguali a livelli relativamente alti.

Il livello nazionale stabilisce i prerequisiti per lo sviluppo delle politiche locali realizzate dalle municipalità in accordo con la legislazione nazionale e con le risorse e le priorità territoriali.

Lo sviluppo su larga scala del settore socio-sanitario ha preso avvio nel 1991 quando il Governo definì un programma per il miglioramento della cooperazione tra i due ambiti. Anche qui, comunque lo sviluppo dei servizi socio-sanitari integrati procede lentamente: fino al 2000. La maggioranza delle municipalità gestiva separatamente i servizi sociali e quelli sanitari.

Con il *Constitution Act* del 2000 il Governo si impegna a fornire a tutti i cittadini sufficienti servizi socio-sanitari e a promuovere la sanità pubblica. Il *Constitution Act* ribadisce il principio di egualianza e il divieto di discriminazioni. Ciò significa che ognuno ha diritto a ricevere i servizi necessari a seconda della propria età. Non esiste una legislazione separata per le persone anziane. In ogni caso l'assistenza domiciliare per gli anziani è regolata con differenti atti e decreti.

L'ambito sociale è regolato dal *Social welfare Act* e dallo "Status and Rights of Social Welfare Clients" del 2001. Questo atto, tra l'altro, definisce le procedure di utilizzazione dei servizi da parte degli utenti e i livelli di tutela. Il lavoro sociale, i servizi di aiuto domiciliare e di sostegno per l'assistenza informale sono ricompresi nello statuto. Per lavoro sociale si intende l'attività svolta da uno staff professionale che guida, informa e aiuta a risolvere i problemi sociali. Il sostegno per l'assistenza informale consiste in una forma di finanziamento e servizi di supporto disponibili per i singoli cittadini seguiti a casa.

La legislazione non dettaglia i requisiti di estensione, contenuti e metodi di fornitura. Queste dipendono dalle condizioni locali. La responsabilità sulla fornitura dei servizi di *welfare* è in capo alle municipalità.

La fornitura e la supervisione dei servizi sociali di *welfare* nel settore privato sono strettamente regolati da atti e decreti sulla *Supervision of Private Social Service* che definisce gli standards di formazione per gli operatori.

Anche la formazione degli operatori socio-sanitari è strettamente regolata: gli studi base e i curricula professionali sono stati riorganizzati all'inizio degli anni '90 con l'obiettivo di ampliare le competenze di base dell'assistenza sociale e sanitaria. Una grande attenzione viene data alla formazione degli infermieri generici in virtù della posizione centrale all'interno dei team dei assistenza domiciliare. La formazione dura tra due o tre anni a seconda del precedente percorso scolastico. Vi sono, poi, corsi più brevi per gli aiutanti domiciliari che svolgono attività domestiche a domicilio. La pratica sul campo per i servizi di assistenza domiciliare è supervisionata dalla direzione dei servizi e può essere accompagnata da aiutanti domiciliari con diversi anni di esperienza pratica, o da operatori sociali diplomati in lavoro sociale. Il ridisegno dei curricula ha avuto anche un impatto sulla formazione degli infermieri qualificati che operano con gli anziani e degli infermieri che operano nel sistema sanitario pubblico. Nella formazione si rileva una attenzione crescente agli aspetti sociali e ai temi dell'integrazione e della cooperazione tra le differenti professionalità.

Il finanziamento è realizzato dalle Municipalità attraverso le tasse (70%), contributi dello Stato (20%) e il contributo degli utenti (10%).

Processo di erogazione di assistenza attraverso l'obiettivo dell'integrazione dei servizi e dei settori. In Finlandia la maggior parte degli anziani si organizza da solo o con l'aiuto dei familiari. Ricevono qualche tipo di assistenza (dal settore formale o informale) il 36% di coloro che hanno più di 60 anni. I coniugi sono coloro che offrono la maggior parte della assistenza in qualità di *caregivers*, seguono i figli e infine i servizi di aiuto ed infermieristici domiciliari comunali.

Il 12% degli oltre 75enni riceve servizi di aiuto domiciliare e/o servizi infermieristici domiciliari con una certa regolarità. Circa la metà degli utenti ha ricevuto soltanto aiuto domiciliare, un quarto solo aiuto infermieristico domiciliare, il resto entrambe.

Stante che la legge definisce responsabilità pubblica fornire i servizi di *welfare* socio-sanitari, la loro realizzazione è basata su una stretta collaborazione tra lo Stato centrale e le municipalità locali. I Consigli Comunali mantengono una considerevole autonomia nelle decisioni sulle loro politiche dei servizi. I Comuni possono fornire servizi assistenziali socio-sanitari in modo indipendente o congiuntamente, o acquistandoli dal privato non profit o da fornitori del mercato privato commerciale.

I servizi assistenziali sanitari privati sono ubicati principalmente nelle municipalità più grandi. L'Assistenza sanitaria privata include principalmente assistenza ambulatoriale, sebbene esistano alcuni ospedali privati che forniscono sia assistenza ambulatoriale che ospedaliera.

L'integrazione rappresenta uno dei principali obiettivi del sistema di *welfare* sociale finlandese. In alcuni Comuni si cominciano a sviluppare *team* multiprofessionali che vedono insieme servizi di aiuto domiciliare e di infermieri a domicilio e forniscono quella che viene definita assistenza domiciliare.

E' infatti, diventato evidente che l'assistenza domiciliare richiede cooperazione tra molti professionisti e la rete di lavoro (*il network*). Al momento la situazione varia ancora molto: in alcune municipalità la cooperazione tra i servizi assistenziali sociali e sanitari ha avuto buoni risultati così come tra loro e i fornitori di servizi, mentre in altre la cooperazione è molto scarsa.

Con l'obiettivo di dare sollievo ai *caregivers* informali e di prevenire istituzionalizzazioni permanenti degli anziani sono previste modalità di ricovero periodico e a breve termine.

Relativamente al percorso inverso (di dimissioni protette) l'organizzazione prende avvio dall'ospedale che invia la diagnosi del paziente ai medici dei centri sanitari che assumono la responsabilità delle ulteriori cure mediche. Anche l'infermiere personale dell'utente in ospedale invia i suoi riferimenti alle unità di assistenza domiciliare o alle unità infermieristiche domiciliari. Le decisioni sulla assistenza domiciliare in relazione alle necessità è elaborata da un gruppo di lavoro che generalmente è composto da un medico generico, un operatore sociale, un operatore di aiuto domiciliare e un ispettore sanitario, ma la dimensione e i compiti del gruppo possono variare. Il medico coinvolge nella definizione delle attività l'utente e i suoi familiari. Segue la stesura di un piano di assistenza e di servizi individuali che comprende una combinazione di servizi di assistenza domiciliare e di assistenza infermieristica domiciliare rispondente nel modo più adeguato alle esigenze dell'utente. Nello stesso tempo vengono determinate le possibilità e i prerequisiti dei membri della famiglie e di volontari che forniranno l'assistenza. e le modalità di divisione del lavoro tra i diversi erogatori di assistenza. La responsabilità complessiva della assistenza resta agli operatori.

La differenziazione e graduazione dei servizi sociali e sanitari ha limitato le differenze tra l'assistenza istituzionale e non istituzionale. Attualmente è possibile fornire trattamenti più impegnativi e assistenza anche in un contesto non istituzionale. Conseguentemente la lunghezza media dei periodi di assistenza istituzionale sono stati ridotti.

Per una visione più complessiva del livello di sviluppo e articolazione dei servizi socio-sanitari rivolti agli anziani si ritiene utile proporre qui di seguito le tabelle riportate nel rapporto del progetto *Procare*:

Copertura dei servizi per anziani nel periodo 1990-2001 in Finlandia

Anno	Servizi di assistenza domiciliare regolare	Servizi alloggi	Case per anziani	Centri sanitari	Reparti psichiatrica	Altra assistenza sanitaria
Percentuale di utenti sulla popolazione con più di 65 anni						
1990			4,0	2,0	0,4	0,3
1995	7,3	2,0	3,2	2,0	0,1	0,1
2000		2,9	2,7	1,8	0,1	0,1
2001	6,6	2,9	2,6	1,7	0,0	0,1
Percentuale di utenti sulla popolazione con più di 75 anni						
1990			7,8	4,0	0,6	0,6
1995	13,8	3,4	6,5	4,1	0,2	0,2
2000		5,1	5,2	3,4	0,0	0,1
2001	12,1	5,1	5,0	3,3	0,0	0,1

Strutture di servizi nella assistenza agli anziani 1990-2000 in Finlandia

Fine anno	Servizi di assistenza domiciliare regolare	Servizi alloggi	Case per anziani	Centri sanitari per degenzi a lungo termine	Reparti psichiatrica per degenzi a lungo termine	Altra assistenza sanitaria per degenzi a lungo termine
utenti con più di 65 anni						
1990			26.634	13.383	2.907	2.013
1995	53.277	14.661	23.088	14.573	987	757
2000		22.189	20.674	13.706	416	461
2001	52.353	22.710	20.547	13.615	373	522
utenti con più di 75 anni						
1990			22.180	11.258	1.689	1.582
1995	41.284	10.197	19.535	12.175	474	545
2000		17.226	17.618	11.580	167	374
2001	42.231	17.843	17.509	11.524	153	417

Criticità

Ci sono molte differenze nelle regioni e nei comuni all'interno del sistema pubblico il quale presenta problemi di diversi livelli (qualitativi e quantitativi) e di disponibilità di assistenza per anziani, così come nella organizzazione dei servizi. le maggiori carenze di assistenza non istituzionale in relazione alle dimensioni della popolazione anziana, è riscontrabile nelle città; la maggiore offerta sostanziale è nelle campagne e nella città di Helsinki. Il problema maggiore è la difficoltà di trovare personale medico stabile e certificato specialmente nei piccoli comuni.

1.D.d. Spigolature tra le buone prassi

Il passaggio dalle dimissioni ospedaliera alla assistenza domiciliare

Fornitore	Città di Helsinki, Uffici sociali e sanitari
Obiettivi	-sviluppo della cooperazione tra ospedali e assistenza domiciliare concernente le dimissioni dei pazienti anziani della città di Helsinki; - lo sviluppo di attività di orientamento alla scelta dei servizi per i pazienti anziani dimessi dall'ospedale.
Gruppo obiettivo	Tutti i pazienti anziani dimessi dagli ospedali di Helsinki
Numero di staff coinvolti	Tutti gli staff coinvolti nel processo di dimissioni, sono quelli che seguono gli interventi e l'assistenza in ospedale e a casa.
Metodologia	è stato sviluppato un nuovo modello operativo coinvolgendo gli infermieri che svolgono la loro attività nell'ambito dell'assistenza domiciliare e in ospedale; il modello operativo indica l'articolazione delle diverse fasi che compongono il

	<p>processo delle dimissioni protette prevedendo le specifiche operazioni da assicurare in ciascuna fase, il chi fa che cosa, le modalità di documentazione e i relativi dati informativi da tenere sotto controllo.</p>
Punti di forza e punti di debolezza	<p>l'obiettivo principale delle nuove modalità introdotte nel processo di dimissioni e di assistenza domiciliare è quello di assicurarsi che tutti gli operatori coinvolti nello stesso, conoscano la propria consegna e abbiano un'idea complessiva degli elementi portanti dello/degli intervento/i.</p> <p>Il modello operativo può essere utilizzato in differenti situazioni nell'ambito delle attività rivolte agli anziani; le istruzioni e il chiaro contenuto di questo modello di aiuto facilita concretamente il lavoro che diventa più flessibile, più semplice, sicuro e presumibilmente più economico.</p> <p>per quel che riguarda i punti di debolezza va detto non ci sono, o perlomeno non ancora, valutazioni sul modello operativo concretamente in uso.</p>

Sviluppo dei programmi di assistenza agli anziani a Leppavaara

Fornitore	La città di Espoo, il centro socio-sanitario (il gruppo di lavoro del centro socio-sanitario sugli anziani di Leppavaara).
Obiettivi	<ul style="list-style-type: none"> - sviluppo dell'assistenza agli anziani; - l'obiettivo del primo programma era di valutare la situazione corrente e di individuare i cambiamenti più adeguati ai cambiamenti in corso; - l'obiettivo del secondo programma era incentrato sulle principali sfide proposte dal cambiamento necessario nell'assistenza agli anziani odierna
Gruppo obiettivo	Tutti gli anziani di Leppavaara sopra i 65 anni. Questi nel 2000 erano 4.371
Numero di staff coinvolti	<p>Tutti gli <i>staff</i> coinvolti nella assistenza agli anziani Leppavaara nel 2000</p> <ul style="list-style-type: none"> -n. dei medici: 23 (nei centri sanitari) -n. degli infermieri: 22 (nei centri sanitari); -n. degli assistenti domiciliari: 102
Metodologia	Sono stati formulati due programmi di sviluppo dai <i>team</i> multiprofessionali Per la formulazione dei programmi di

	<p>sviluppo è stata utilizzata l'analisi SWOT. Essa è realizzata tenendo conto delle possibilità, dei punti di forza, di debolezza e dei rischi relativi alla situazione di partenza degli anziani da assistere, proiettandoli nel futuro.</p>
Punti di forza e punti di debolezza	<p>i due programmi di sviluppo sono stati elaborati con i rappresentanti dei gruppi di lavoro impegnati sia a livello amministrativo che operativo. Possibilità, punti di forza, debolezze e rischi della assistenza agli anziani erano stati identificati con l'aiuto dell'analisi SWOT.</p> <p>Lo sviluppo operativo era focalizzato principalmente sui punti di debolezza e sui rischi.</p> <p>Lo sviluppo delle attività è stato descritto in dettaglio in entrambi i programmi.</p> <p>Il secondo programma ha fatto riferimento ad una valutazione dell'operatività del primo programma ma non sono state rese note le modalità utilizzate per la valutazione. Va detto, comunque che sono stati ottenuti nel complesso dei buoni risultati.</p>

Progetto Laatuvanttu a Lammi e Tuulos

Fornitore	Le municipalità di Lammi e di Tuulus, il centro nazionale di ricerca e sviluppo del <i>welfare</i> e del sistema sanitario
Obiettivi	-fare in modo che i tempi di dimissione da Centri sanitari di quartiere potessero essere pianificati nel modo migliore e che la logica sottesa al modello con cui si sostiene la popolazione anziana fosse capace di fronteggiare situazioni difficili a casa nel modo migliore possibile
Gruppo obiettivo	Il personale dei servizi sociali e dell'assistenza sanitaria
Metodologia	le informazioni base sono state raccolte con interviste agli anziani che vivono a casa o in case per anziani o in centri protetti per anziani. Secondo i risultati delle interviste gli elementi che contribuivano a garantire una vita sicura in casa e il successo delle dimissioni era dato dal lavoro di gruppo. Confronto tra le diverse professionalità Visite nei centri sanitari protetti
Punti di forza e punti di debolezza	Durante il progetto sono state individuate modalità concrete per

	<p>aiutare le persone anziane dimesse sia nei centri sanitari che a casa, così come durante l'intero progetto di dimissione.</p> <p>Il flusso di informazioni tra le diverse professionalità, è migliorato.</p> <p>La cooperazione tra i differenti fornitori di assistenza, è migliorato</p> <p>Il numero dei letti per degenze a lungo termine decresce rapidamente; ciò mostra che l'obiettivo è stato raggiunto. Inoltre, il fatto che non ci siano più liste d'attesa per il passaggio dall'ospedale centrale ai centri sanitari protetti, conferma i risultati raggiunti.</p>
--	---

1.E. Germania

L'assicurazione di cura (introdotta con Legge del 1996)

La *Pflegeversicherung* è un'Assicurazione obbligatoria pubblica finanziata tramite contributi e funzionante sulla base di un sistema a ripartizione (i contributi raccolti nel corso di un anno sono utilizzati per coprire le spese sostenute in quello stesso lasso di tempo. Ciò consente un'immediata operatività).

L'assicurazione copre l'assistenza per le persone non autosufficienti in maniera permanente o comunque prolungata. Queste, per usufruire di quanto previsto dalla assicurazione di cura, devono essere incapaci di svolgere le quattro funzioni base della vita quotidiana: igiene personale, alimentazione, mobilità e cura della casa.

Si rivolge a tutti a prescindere dall'età ma interviene soprattutto su coloro con più di 60 anni.

Gli assistiti al 2000 erano 1.920.000 (di cui 1,8 ml con l'assicurazione di cura e 70 mila con associazioni private – il numero degli assicurati, sempre al 2000, ammontava a 79.500.000.

Questo l'impianto complessivo:

- Chiunque ha un reddito deve essere assicurato;
- Chi ha redditi elevati può optare per un'assicurazione privata piuttosto che per quella pubblica. E' comunque obbligatorio essere assicurati;
- Il sistema è finanziato in ugual misura sia dai dipendenti che dai datori di lavoro;
- I contributi sono correlati al reddito e devono essere pagati fino ai 35 ml di reddito annui; non c'è prelievo oltre quella cifra;
- Lo Stato assicura ai dipendenti pubblici circa la metà dell'ammontare a cui hanno diritto;
- Anche i pensionati pagano i contributi. Metà dei contributi dei pensionati vengono versati dall'Ente previdenziale;
- La copertura assicurativa riguarda anche i familiari che non hanno entrate economiche significative;
- Lo Stato stabilisce i livelli contributivi, i *laender* i criteri generali di valutazione e di regolamentazione delle produzione dei servizi;
- L'utente può scegliere, per l'assistenza domiciliare, fra un contributo in denaro e un servizio erogato da agenzie professionali;
- Il processo di valutazione è lasciato all'utente che può scegliere l'assicurazione. - Esistono comunque procedure di controllo di qualità. In particolare dal 2001 vi è una legge che regolamenta il controllo di qualità per i fornitori di assistenza (vedi più sotto);
- Il privato a scopo di lucro è entrato a pieno titolo all'interno del sistema assistenziale;
- La normativa non riconosce alcuna considerazione speciale per i fornitori pubblici di assistenza. la stessa cosa vale per le organizzazioni *non profit*. Queste ultime rappresentano ancora i fornitori più numerosi ma all'interno di una tendenza che vede crescere il privato commerciale e gli Enti Locali privatizzare i propri servizi;
- I fornitori privati (*profit* e *non profit*) devono comunque stipulare un contratto con un Ente assicurativo. Il contratto regola il tipo, la quantità, il contenuto e le tariffe dei servizi erogati;
- La riforma regolamenta anche il lavoro assistenziale informale. Le prestazioni dei *caregivers* informali sono riconosciute ai fini pensionistici, le assicurazioni offrono (o dovrebbero fornire) loro della formazione; possono usufruire delle ferie grazie alla garanzia di un eventuale ricovero in strutture residenziali dell'assistito/a; sono assicurati nel caso di incidenti durante il lavoro di cura. Per accedere a questi benefici i *caregivers* non devono avere altre occupazioni o comunque possono svolgere attività *part time* fino ad un max di 30 ore settimanali e devono garantire almeno 14 ore settimanali di assistenza non retribuita. Il 80% dei *caregivers* informali sono donne;
- La valutazione dello stato di una persona e del suo grado di non autosufficienza sta in capo ad una commissione indipendente (MDK).

Per questo sono stati individuati tre livelli di assistenza corrispondenti a tre categorie di utenti. Il primo livello attiene le modalità assistenziali più leggere ma che comunque richiedono almeno 1 ora e mezza giornaliera per le tre funzioni personali e interventi pluri settimanali per la cura della casa. Il terzo livello fa riferimento a coloro che hanno bisogno di assistenza giornaliera continuativa di almeno 5 ore rispetto alle attività sopra indicate. (vedi scheda 1);

- L'utente può scegliere l'assistenza domiciliare o le strutture residenziali; chi sceglie l'assistenza a casa può organizzare in maniera autonoma l'assistenza o affidarsi ai servizi professionali. L'utente può anche optare per un mix composto da una quota in denaro ed una servizi. In proporzione la

copertura della spesa dei servizi è decisamente più elevata Per l'assistenza domiciliare sono stati individuati 20 "pacchetti" di assistenza ad ognuno dei quali corrisponde un valore in termini di punti cui corrisponde l'importo rimborsato.

Scheda di sintesi (dai materiali del convegno RER del gennaio 2004)

Il 55% degli/delle assistiti/e utilizza solamente l'aiuto dei propri familiari; L'8% utilizza solo l'assistenza professionale; Il 28% utilizza in mix tra assistenza privata (dei familiari) e professionale; Il 23% utilizza servizi auto finanziati; Il 16% utilizza consulenti ; L'11% aiuto da volontari;
I servizi forniti con il sistema di assicurazione assistenziale vengono così utilizzati: il 71% copre le spese di <i>caregivers</i> ; il 29% utilizza <i>caregivers</i> professionali e combinazioni di servizi; Il 56% di coloro che ricevono assistenza sono al I livello; Il 33%II livello; 1'11%III livello;
Per l'assistenza infermieristica a domicilio: Il I livello di assistenza riceve 384 euro al mese; Il II livello riceve 921 euro al mese; Il III livello riceve 1.432 euro al mese; Situazioni speciali relative ai III livelli ricevono 1.918 euro al mese
Per i servizi domiciliari erogati con l'assicurazione di cura: Il I livello di assistenza riceve 205 euro al mese; Il II livello riceve 419 euro al mese; Il III livello riceve 665 euro al mese; Per i servizi domiciliari compresa l'assistenza infermieristica giornaliero o notturna Il I livello di assistenza riceve 384 euro al mese; Il II livello riceve 921 euro al mese; Il III livello riceve 1.432 euro al mese;
Per l'assistenza domiciliare più l'assistenza infermieristica con l'assicurazione di cura Il I livello di assistenza riceve 1.023 euro al mese; Il II livello riceve 1.279 euro al mese; Il III livello riceve 1.432 euro al mese; Situazioni speciali relative ai III livelli ricevono 1.688 euro al mese;
Il 95% deve integrare i sostegni economici pubblici per far fronte a tutte le esigenze di assistenza

Il sistema di controllo della qualità

(dai materiali del convegno RER del gennaio 2004)

La Germania ha definito le procedure per il controllo della qualità sia con la Legge di riforma che ha introdotto l'Assicurazione di cura sia attraverso una legge specifica (del 9.9.2001).

La regolamentazione per l'Assicurazione di cura a lungo termine (1996) pone alla sua base accordi per gli standards e il controllo di qualità a partire dall'accordo nazionale tra le compagnie di assicurazione di assistenza, le comunità locali come fornitori di servizi sociali e i fornitori organizzati (privato profit e *non profit*).

A garanzia della qualità dei funzionamento delle strutture si colloca il *Care Manager* (definito professionista di assistenza domiciliare e infermieristica a domicilio), il quale per svolgere questa attività deve avere: 3 anni di formazione come infermiere e infermiere geriatria, 2 anni di esperienza di lavoro e un'ulteriore formazione di 460 ore.

In relazione alla Qualità di processo si richiede:

- La descrizione dei servizi offerti
- La descrizione della propria concezione dell'assistenza
- L'impostazione di piani assistenziali
- La tenuta della documentazione relativa alla assistenza.

La Qualità dei risultati è verificata attraverso il monitoraggio degli effettivi obiettivi assistenziali.

Inoltre: è la federazione delle compagnie assicurative che istruiscono le commissioni indipendenti (MDK) che hanno a loro volta il compito di verificare i livelli di dipendenza delle persone che richiedono assistenza a lungo termine.

Sono previsti contratti tra la associazione federale delle compagnie assicurative e le comunità locali in qualità di servizi sociali e fornitori di servizi domiciliari.

Contenuto dei contratto:

- I tipi di servizi assistenziali;
- I costi;
- La possibilità di tre scelte di servizi assistenziali;

Condizioni organizzative:

- La pubblicità (trasparenza) dei servizi professionali di assistenza;
- L'appartenenza a corpi professionali;
- La dimostrazione della stipula di assicurazioni appropriate;
- Le politiche di controllo interno;
- I servizi devono rispettare gli standards professionali ed economici previsti dall'accordo nazionale;
- La disponibilità della documentazione;
- I resoconti devono essere regolati mensilmente tra i fornitori e le compagnie assicurative;
- I controlli di qualità di routine e le procedure complete devono essere annunciati in precedenza;
- Le istituzioni sociali definiscono il bacino di utenza.

Per quel che riguarda l'assistenza i contratti prevedono:

- l'accreditamento dei *caregivers*;
- il tipo, il contenuto, l'estensione dei servizi;
- la definizione del bacino di utenza locale.

Il responsabile dell'assistenza deve essere un infermiere professionale assistenziale a domicilio; l'assistenza deve essere economica ed efficiente, il fornitore di assistenza deve mantenere un controllo di qualità interno.

La legge per il controllo di qualità dei fornitori di assistenza (settembre 2001) definisce le modalità di accreditamento dei fornitori i quali devono accettare quanto previsto per il controllo di qualità, devono dimostrare la propria efficienza e qualità interna. Inoltre le tipologie, i contenuti e l'estensione dei servizi devono essere concordate con l'utente.

Il controllo di qualità dei servizi assistenziali prevede l'obbligatorietà del controllo interno mentre quello esterno è svolto:

- dalla commissione MDK;
- dalle compagnie assicurative;
- dalla comunità locale come fornitori aggiuntivi di assistenza.

Criticità

Le innovazioni introdotte dalla Assicurazione di cura tedesca sono considerevoli: ciò non di meno non sono pochi gli elementi di perplessità e di critica.

Qui di seguito si sintetizzano i punti più significativi di problematicità del sistema:

- in generale lo si considera, nel tempo, incapace dal punto di vista finanziario di sostenere la spesa legata all'aumento previsto del numero degli anziani non autosufficienti ;

- vi è un forte rischio di medicalizzazione dell'assistenza. Ciò è dovuto in particolare all'affidamento alle Compagnie assicurative sanitarie anche l'assicurazione del settore assistenziale. In sostanza si sta assistendo alla trasposizione del modello sanitario al campo assistenziale. Ciò determina tra l'altro, una sorta di iper-regolazione nei servizi propria della tradizione del settore sanitario che favorisce la standardizzazione e una codifica molto di dettaglio delle prestazioni assicurate. Di contro si assiste a un ipo-regolazione relativamente a tutta la partita dei trasferimenti monetari (in particolare per il pagamento dei *caregivers* informali) per i quali non sono previsti controlli.

Si ipotizza in generale uno spostamento del settore della assistenza “dai margini dei servizi municipali ai margini del sistema sanitario” (Costanzo Ranci).

Sempre in seguito a questo spostamento sul versante sanitario il sistema rischia di perdere i suoi riferimenti a livello locale.

L'eccesso di regolazione dei “pacchetti” assistenziali formalizza e irrigidisce il modello di produzione dei servizi. Nei fatti si limita così anche la libertà di scelta e di rapporto tra l'utente e l'operatore assistenziale.

Le organizzazioni che erogano assistenza lamentano un peggioramento della qualità assistenziale rivolta agli utenti e un peggioramento delle condizioni di lavoro degli operatori.

Il meccanismo degli assegni per la copertura della assistenza informale facilita, se non sollecita, la permanenza delle donne a casa disincentivandole dalla ricerca o dal mantenimento di un impiego esterno.

Non sono chiare le modalità di coordinamento e integrazione tra i servizi. Nel rapporto tedesco nell’ambito del progetto *Procare* si legge: “In Germania i servizi assistenziali sanitari e sociali sono caratterizzati per le persone anziane da un mercato frammentato” si registrano inoltre “(...) molte lamentele sulla mancanza di trasparenza, coordinamento, efficienza ed efficacia di una parte fortemente specializzata dei sottosistemi come nei riguardi dell’orientamento alla qualità”.

Il coordinamento e l'integrazione dei servizi ripropone un modello cosiddetto “anglosassone” che prevede le figure del *care manager* e del *case manager*. Il primo con compiti di coordinamento dell'insieme dei servizi offerti da un fornitore o da una struttura; il secondo responsabile dei “singoli casi”. Dall'insieme dei materiali a disposizione non è comunque chiaro come queste figure svolgano il loro ruolo. Dal rapporto *Procare* si deduce che non vi è ancora una chiara definizione della loro attività tanto da denunciare la presenza di “una miriadi di modelli di progetti per il coordinamento e per l'integrazione dei servizi di *welfare* e sanitari per anziani (...) i risultati tendono ad essere non standardizzati e non soddisfacenti”.

1. F. Gran Bretagna

I mercati sociali sono stati introdotti a partire dagli inizi degli anni '90 con “*NHS and Community Act*”.

La responsabilità complessiva del finanziamento dei servizi sociali fu trasferita agli Enti Locali, compresi quelli residenziali, così come una parte del *budget* della *Social Security* con l’obbligo di acquistare con queste risorse l’85% da fornitori privati; questo impianto è sostanzialmente valido tutt’ora ma senza differenze tra fornitori pubblici e privati.

Nel 1996 con il “*Community Act (Direct payments)*” viene introdotta la “possibilità” di scelta per l’utente tramite l’uso parzialmente discrezionale di trasferimenti monetari.

Principi di regolazione del mercato sociale:

- separazione tra fornitori e finanziatori di servizi con la creazione di due strutture: una incaricata dell’acquisto di servizi per conto degli utenti (*Commissioning*), l’altra con il compito di erogare servizi. Entrambe le strutture fanno capo ai Dipartimenti di *Social care* degli EE.LL;
- introduzione di meccanismi competitivi tra fornitori;
- sviluppo di modelli di contratti che precisano i contenuti dell’accordo di fornitura e modalità di erogazione;
- introduzione del *new public management* per un’impostazione della gestione ispirata a principi manageriali;
- introduzione della figura del *Service Commissioner* con compiti di stipulare accordi con i fornitori pubblici e privati, di valutare i bisogni degli utenti per i quali svolgere il ruolo di *case management*. E’ inoltre prevista la figura del *care manager* che interviene nell’allocazione del *budget* individuale.

Nel 1997 viene introdotto il *direct payment* che consente agli utenti di organizzare autonomamente la propria assistenza con un trasferimento monetario diretto al beneficiario.

Il *Direct payment* può essere utilizzato per assistenza sia intensiva che leggera, sia a breve che a lungo termine; è prevista anche la possibilità di scegliere un *mix* tra servizi e trasferimenti monetari.

E’ prevista una forma di compartecipazione ai costi da parte degli utenti.

Gli utenti sono responsabili, anche come datori di lavoro, delle risorse spese (sono esclusi i *carers* conviventi).

L’Ente locale dovrebbe prevedere forme di supporto all’utente in relazione alle responsabilità di gestione economica e burocratica del *Direct payment*. Deve inoltre prevedere forme di monitoraggio per la verifica sull’uso dei trasferimenti monetari.

La valutazione delle richieste è effettuata caso per caso da un’*équipe* socio-sanitaria.

L'assistenza domiciliare (scheda di sintesi)

L' assistenza domiciliare prevede:

- Assistenza personale: aiuto per lavarsi, vestirsi, medicarsi, ecc.;
- Sostegni sociali: sostegno nella vita quotidiana per il mantenimento dell'indipendenza;
- Assistenza pratica: acquisti, pulizie, ecc.;

L'assistenza sanitaria è separata dalla assistenza personale;

Profilo dell'assistenza domiciliare (convegno RER dell'aprile 2004)

- Si stimano 3.500 agenzie di fornitura di assistenza personale;
- Soltanto il 4% sono pubbliche, il resto sono agenzie private o di volontariato;
- Si stimano 250.000 persone impiegate nel settore;
- L'assistenza personale è autorizzata dalle autorità locali sulla base delle valutazioni delle necessità assistenziali oppure acquistata privatamente;
- 382.000 persone sono state autorizzate ad essere assistite a casa (dati del Dipartimento statistiche sanitarie 2002. Si registra un decremento del 3% rispetto al 2001);
- vengono svolte 3 milioni di ore di assistenza per settimana;
- in media vengono svolte 8,1 ore per settimana per ogni nucleo familiare (7,5 nel 2001, 3,5 nel 1993);
- il 64% delle ore sono svolte dal settore indipendente (un incremento del 5% sul 2001);
- Il costo medio per persona per settimana è di 70 sterline (vicino a 1,4 bilioni di sterline all'anno);
- Il 22% delle famiglie riceve assistenza domiciliare intensiva (con un incremento del 5% sul 2001);
- Il *turnover* dello staff locale è di circa il 12/15% per i dipendenti dalle autorità locali; più alto nel settore privato (intorno al 35%).

Regolazione e standards nell'assistenza domiciliare: "Care Standards Act" (2000)

Per descrivere le norme relative al controllo della qualità dell'assistenza domiciliare in Gran Bretagna se ne propone una sintesi dei principi e dei contenuti più rilevanti, tratta dal *Care Standards Act* che “definisce le norme minime nazionali richieste per le agenzie di assistenza domiciliare, include i provvedimenti delle autorità locali e dei sindacati del Dipartimento di sanità nazionale”.

L'Atto definisce innanzitutto quale tipologia di assistenza domiciliare viene regolata: assistenza alle funzioni corporali (come la somministrazione di cibo, lavaggio e cura personale); assistenza senza una propria funzione corporale ma che implichi contatto fisico ed intimo, (come aiutare una persona ad uscire dalla vasca da bagno, ed aiutarla a vestirsi); assistenza non fisica, (come un consiglio, un incoraggiamento o una supervisione in rapporto a quanto sopra, o preparare una persona a fare il bagno e controllarla); supporto emotivo e psicologico, compresa la promozione alla partecipazione ad attività sociali, controllo del comportamento, ed assistenza nelle funzioni cognitive.

Le norme sono tese a verificare che le agenzie rispettino i requisiti richiesti e soprattutto che gli utenti godano di una buona qualità di vita attraverso: confronti con gli altri utenti del servizio, famiglie ed amici, personale di assistenza e di supporto, *managers* ecc.i; osservazione della vita quotidiana dell'assistito e dell'organizzazione fornitrice del servizio; verifica del rispetto delle procedure e della tenuta della documentazione scritta.

I risultati attesi dal rispetto delle norme di regolazione delle agenzie sono:

- che gli utenti attuali e potenziali nonché i loro familiari abbiano accesso ad ampie informazioni in modo da compiere scelte consapevoli e verificare;
- che l'agenzia sia o non sia in grado di soddisfare le loro necessità;
- che la domanda di assistenza dell'utente o dei suoi familiari od assistenti quando appropriata, venga valutata individualmente prima dell'offerta assistenza domiciliare personale;
- che l'utente, i suoi familiari o chi ne fa le veci, siano sicuri delle capacità e delle competenze richieste per soddisfare le loro esigenze;

- che ogni utente disponga di un contratto scritto individuale o equivalente con l'agenzia che fornisce l'assistenza.

Il Care Standards Act:

Istituisce la Commissione delle Norme Assistenziali Nazionali (NCSC), un corpo indipendente non governativo che regola servizi di assistenza sanitaria e sociale precedentemente regolati da consigli ed autorità sanitarie;

Il regolamento è applicato a tutte le agenzie che forniscono assistenza domiciliare;

Le agenzie che forniscono assistenza domiciliare devono registrarsi presso la NCSC inoltre ogni agenzia, a prescindere dalla dimensione, dove dimostrare di avere una persona registrata come "persona adeguata", responsabile dell'intero servizio.

Criticità

L'obiettivo che la Gran Bretagna intendeva raggiungere con la riforma del Sistema assistenziale introdotta a partire dai primi anni '90 era la costituzione di un mercato sociale che aprisse alla organizzazioni private e garantisse la libertà di scelta dei cittadini. Tale obiettivo è stato sostanzialmente raggiunto.

A tale proposito risulta di grande interesse la tabella presentata qui di seguito che da conto della crescita del settore privato in Gran Bretagna nel decennio scorso (tabella ripresa da: C. Ranci (a cura di), "L'assistenza agli anziani in Italia e in Europa", cit, pag. 184)

Anno	Soggetti pubblici	Soggetti privati	Totale	% ore svolte dai privati
1992	ca. 1.570.000	ca. 30.000	ca. 1.600.000	2%
1993	1.694.300	86.500	1.780.000	5%
1994	1.787.000	428.000	2.215.200	19%
1995	1.688.900	706.800	2.395.700	30%
1996	1.581.200	900.900	2.482.100	36%
1997	1.506.500	1.130.800	2.637.300	43%
1998	1.391.800	1.180.400	2.572.200	46%
1999	1.324.400	1.354.000	2.678.400	51%
Variazione % 1993-1999	-21%	+1506%	+52%	+49%

Come si vede si tratta di numeri che non hanno bisogno di nessun commento, ma che non possono non far pensare ad un mercato frammentato, probabilmente troppo frammentato e oggi in via di consolidamento "... tramite acquisizioni e fusioni. Ciò può fare ipotizzare che il futuro riservi un mercato caratterizzato da possibili oligopoli"^{viii} Gli effetti sulla qualità della assistenza di un'eventuale rovesciamento rispetto alla situazione attuale si vedranno eventualmente nel futuro. Intanto, l'eccessiva frammentazione e la competizione che certamente ne conseguono, colloca questo tema, appunto, tra le criticità.

Va, poi, sottolineata la particolare debolezza di risultati in merito al sostegno rivolto agli utenti rispetto alla allocazione dei *budgets* individuali, così come la rigidità delle regole che fissano le modalità di impiego del *budget* stesso. Infine, l'effettiva possibilità di scelta dell'utente è ancora scarsamente garantita sia perché le informazioni che ricevono sono insufficienti, sia perché nei fatti gli utenti sono scarsamente consultati in relazione alla scelta del fornitore e alle modalità di erogazione dell'assistenza.

1.G. Olanda

“Il Personal Budget”

Il Personal Budget (PB) è un programma di trasferimenti monetari a determinate categorie di utenti all’interno dello schema assicurativo di copertura sanitaria (che ricomprende in Olanda anche prestazioni di tipo socio-sanitario).

Non esiste una legge specifica. Il PB è stato introdotto nel 1995 (sperimentato dal 1991) all’interno di un programma di protezione per la cura assistenziale e socio-sanitaria di medio-lungo periodo (AWBZ). Il programma preesiste l’introduzione del PB la cui novità è data dalla possibilità di scelta che così viene offerta all’utente con modalità flessibili e autonome.

Le categorie di persone a cui si rivolge il PB sono: malati cronici, anziani, persone con problemi psicologici e disabilità fisiche. Gli anziani non rappresentano gli utenti più numerosi (il 23% con un’età compresa tra 64 e 80 anni e il 13% con oltre 80 anni – Costanzo Ranci – dati al 2000). Gli anziani tendono a preferire il sistema tradizionale (meno flessibile e con limitata possibilità di scelta).

La domanda per l’assegnazione del *Budget* non è vincolata a livelli prestabiliti di necessità di cura, né in termini temporali e di intensità. L’ammontare massimo di cure ottenibili è di 3 ore giornaliere di assistenza personale e nessun limite per la cura della casa; sono inoltre fissati dei massimali per le tariffe orarie.

La responsabilità diretta per la gestione ricade sull’Istituto Nazionale di Assicurazione. L’organo incaricato di svolgere la valutazione dei casi è il RIO (Comitato di valutazione regionale – vedi sotto).

L’acquisto di servizi attraverso il PB permette di rivolgersi sia a fornitori singoli, che ad organizzazioni a scopo di lucro o *non profit*. È possibile utilizzare il PB per pagare un familiare o parente.

La somma assegnata all’utente non viene gestita dal titolare ma affidata alla Banca di Assicurazione Sociale (un Ente pubblico), che così monitora come viene spesa l’indennità e che vengano definiti contratti di lavoro regolari.

Dall’introduzione del PB si registra un crescente impiego di risorse e un aumento del numero di possessori di PB. Il numero dei detentori di PB sono aumentati dai 4000 del 1996 a oltre i 16000 del 2000.

Per gli interventi infermieristici e di assistenza un PB è limitato ad un massimo di 136 euro al giorno per tre ore di assistenza. Nel caso il cliente desideri più assistenza di quella massima prevista (assistenza domiciliare intensiva) riceve altri 136 euro al giorno in aggiunta al PGB previsto. È sempre il RIO a dare l’autorizzazione. Una parte del bilancio individuale (chiamato diritto di prelievo) è riservato all’ufficio del PB dell’istituto di assicurazione nazionale. Questo Istituto è responsabile dell’esecuzione dei pagamenti agli erogatori di assistenza per conto del cliente. Un’altra parte del budget (chiamata somma fissa) è direttamente versata sul conto del cliente (1089 euro l’anno) e può essere spesa in assistenza e in strumenti di mediazione in accordo con le esigenze del cliente stesso.

Il Regional Assessment Board (RIO) – Comitato di valutazione regionale

Il RIO prende in esame le domande di PB stabilendo quale sia il livello di assistenza necessario per il singolo utente sia in termini di ore che di tipologia di cure.

I RIO costituiscono il punto di partenza della catena: valutazione dei bisogni, allocazione e distribuzione dell’assistenza.

La valutazione del RIO deve tener conto di tutti i bisogni e delle risorse (comprese quelle relazionali) di cui dispone l’utente. L’intervento è quindi non eccessivamente standardizzato.

Il giudizio del RIO è insindacabile per i servizi in natura; per il PB invece vi è un ulteriore livello di definizione rispetto alla decisione sull’ammontare monetario.

Quando la valutazione del RIO è positiva, la domanda di cura viene passata all’Ufficio amministrativo di assistenza della regione.

Al momento non è prevista la possibilità di combinare servizi e trasferimenti monetari (PB).

In Olanda vi sono 85 RIO i quali funzionano sotto la responsabilità delle municipalità.

I servizi (Alloggi, welfare, care)

L’asse innovativo su cui si sta muovendo l’Olanda per quel che riguarda i servizi rivolti agli anziani, come nel caso del *personal Budget*, che per altro si rivolge a più categorie di persone, si connota per lo spostamento dell’attenzione in direzione della domanda e il sostegno delle capacità degli utenti di

decidere quanto più possibile di loro stessi sia nell'ambito di una vita indipendente sia in relazione alla scelta delle modalità di assistenza.

In particolare, le politiche nazionali tendono a proporre il concetto di “assistenza amicale di distretto (intendendo con amicale la valorizzazione delle reti amicali, di vicinato e delle infrastrutture sociali), ad esempio volgendo un’attenzione esplicita nei confronti del miglioramento della qualità della vita” nei circondari e quindi intervenendo sia sulle strutture che sulle infrastrutture sociali.

A questo fine si ricercano nuove sinergie a diversi livelli, compreso quello politico nazionale, per esempio attraverso nuove forme di collaborazioni tra Ministeri quali quello all’edilizia, alla pianificazione e all’ambiente e quello alla sanità, al *welfare* e allo sport. Collaborazioni come queste hanno consentito, nel 2000, l’introduzione di disposizioni per sostenere la promozione di alloggi protetti e tese a migliorare i meccanismi di collegamento tra alloggi, assistenza e servizi.

Inoltre i fornitori di assistenza tendono ad offrire cure domiciliari intensive in un sempre maggior numero di luoghi. Le cooperative immobiliari, in cooperazione con le municipalità e le istituzioni per l’assistenza e il *welfare*, stanno modernizzando le strutture residenziali e di cura esistenti trasformandoli in nuovi centri di assistenza e si stanno costruendo nuovi alloggi protetti capaci di garantire una vita indipendente e insieme assistenza.

Nel gennaio 1996 il Centro olandese per gli alloggi per le persone anziane, e la *Humanist Building Society* per gli anziani unirono le loro forze per realizzare degli alloggi moderni per anziani. In quella circostanza furono coinvolte: una cooperative edilizia e la maggiore associazione per gli alloggi agli anziani.

Simili iniziative hanno portato allo sviluppo di alloggi “per tutta la durata della vita” (40 dei quali nel 2001) e complessi di alloggi protetti (700 nel 2001). I progetti di alloggi per la durata della vita mirano alla creazione di tali condizioni in distretti o villaggi (con circa 10000 abitanti) nei quali gli anziani o i disabili che vi abitano possano mantenere la loro indipendenza rimanendo nella loro casa in luogo di un trasferimento in una Istituzione residenziale. Il 70% di queste dimore/abitazioni sono situate vicino a strutture residenziali, il 9% vicino a centri di servizi e il 10% vicino a altre forme di servizi.

Case sufficientemente adatte, un ambiente accessibile e adeguato a facilitare l’assistenza ne sono gli elementi principali. L’assistenza è offerta su un livello comparabile con una struttura/edificio residenziale e una casa di cura.

Nel distretto possono essere previsti: Centri di assistenza di comunità come base per i diversi servizi da erogare a domicilio o nei centri stessi. Vicino al centro di assistenza e del *welfare* si collocano anche le attività commerciali. Naturalmente la sistemazione concreta del Centro di assistenza dipende dal contesto locale.

Generalmente i complessi di alloggi protetti sono blocchi di edifici con dimore indipendenti realizzate in modo conforme agli alloggi protetti e includono un contratto di assistenza e di sistemazione di servizi. I complessi di alloggi protetti rimpiazzano le strutture residenziali e le case di cura. Le abitazioni rispettano gli standard di adattabilità.

Nella maggior parte dei casi i complessi di case protette sono state costruiti “in contesti abitativi con affitti a prezzi sociali ”e consistono in appartamenti di tre stanze. Solo il 35% dei complessi sono stati realizzati in contesti abitativi di proprietà dei residenti. C’è qualche complesso (6%) con una combinazione di affitti alti e appartamenti occupati dai proprietari. Più della metà dei complessi di alloggi protetti sono situati in prossimità di istituzioni di assistenza, il 43% sono case singole nel distretto. La maggior parte degli alloggi protetti hanno stanze comuni e/o stanze per l’assistenza.

La realizzazione di queste iniziative comporta sforzi considerevoli, primo fra tutto quello finanziario.

L’Assistenza domiciliare

L’assistenza domiciliare professionale comprende l’assistenza socio-assistenziale, infermieristica, la supervisione e il monitoraggio. Questa generalmente era erogata da organizzazioni separate da quelle che forniscono assistenza familiare e assistenza alla maternità. Recentemente molte di queste organizzazioni hanno incorporato quelle che si occupano di assistenza domiciliare combinando queste tre aree di lavoro.

Ai malati terminali è fornita assistenza domiciliare intensiva.

Il settore dell’assistenza domiciliare impiega più di 175.000 persone distribuite su vari servizi e intervengono su circa 2 milioni di utenti l’anno. Essi servono diverse tipologie di utenti come i

neonati e le loro madri, i bambini in età prescolare, le persone disabili, i malati mentali, i malati cronici, i pazienti terminali e le persone anziane.

Le cifre più recenti: nel 2001, l'80% degli utenti aveva più di 65 anni. Le organizzazioni di assistenza domiciliare sono presenti su tutto il territorio nazionale. Nel 1999 sono state rilevate 104 organizzazioni non profit e 217 (generalmente piccole) organizzazioni profit le quali svolgono circa 2300 ore di assistenza domiciliare per 1000 persone che vivono a casa. Sempre nel 1999 il 14% dei nuclei familiari con persone anziane ricevevano assistenza domiciliare da organizzazioni *non profit* e l'11% da persone private o da organizzazioni profit.

Si rileva che le persone anziane di origine straniera (presenti in numero crescente in Olanda) fanno un uso relativamente ridotto della assistenza domiciliare professionale.

Criticità

Le critiche più rilevanti circa le modalità di funzionamento del PB riguardano soprattutto le carenze a livello informativo.

Infatti l'effettiva capacità di rispettare i principi posti a base delle innovazioni introdotte in Olanda dipende in larga parte dal sistema informativo e di comunicazione i cui limiti incidono inevitabilmente sulle possibilità effettive di scelta e di autonomia che si intendono sostenere.

Inoltre viene rilevato che il PB non garantisce un diritto ad una intera categoria di utenti determinando così, in linea di principio uno scarso universalismo e in pratica, la formazione di liste d'attesa. Nel 2000, 54.300 persone titolari di servizi di assistenza e infermieristici si trovavano in lista d'attesa. Approssimativamente la metà di queste riceve qualche genere di assistenza transitoria.

Il testo di Costanzo Ranci segnala infine, un eccessiva complessità dei meccanismi di funzionamento del programma e una eccessivo livello di burocrazia per gli utenti cui si aggiunge un non sufficiente sostegno agli utenti nelle scelte circa l'utilizzazione del PB. In merito a quest'ultimo aspetto va de detto però che cominciano ad essere sperimentate nuove figure di consulenti e/o mediatori (vedi più avanti)

I soggetti (*stakeholder*)

In Olanda sono presenti importanti gruppi di rappresentanza degli interessi. Tra questi i più rilevanti sono: l'Unione Generale Olandese per gli anziani (ANBO) e i gruppi cattolici (KBO) e protestanti (PCBO).

Queste alcune cifre indicative: 180.000 membri e 575 settori locali diffuse in tutte le regioni

1.G.g Spigolature tra le buone prassi

Municipalità di Trynwalden: zona di alloggi protetti

A Frisian Trynwalden (10.000 abitanti) la precedente struttura residenziale, Heemstra State, è stata sostituita con un complesso di cento appartamenti.

E' stata sviluppata una nuova tipologia di assistenza integrata per anziani dove questi possono optare per un alloggi indipendente con una adeguata assistenza a domicilio.

La promozione e lo sviluppo di questa iniziativa ha visto insieme la municipalità, le cooperative edilizie, le associazioni di persone anziane e l'ufficio di assistenza della amministrazione regionale oltre alla collaborazione strutturale dei servizi di assistenza domiciliare, delle strutture residenziali, delle case di cura, ecc.

Gli occupanti affittano gli appartamenti e possono ricevere assistenza abituale all'interno dei confini previsti dalla valutazione delle necessità (dal RIO). Il *network* assistenziale fornisce anche l'assistenza richiesta dagli anziani che vivono indipendentemente altrove.

E' stata istituita una nuova figura professionale chiamata *omtinker* (consulente per anziani) che, insieme agli anziani, aiuta a definire i bisogni individuali di assistenza e infermieristici, esplorando come e dove i sostegni desiderati possono essere acquistati e – quando necessario – mediano tra richiedente e fornitore.

Questa sperimentazione propone una concezione dell'assistenza che va oltre la nozione tradizionale. L'enfasi è posta sulla connessione tra assistenza e assistenza infermieristica, adattamento degli alloggi, risorse e servizi di welfare. Un esempio avanzato include assistenza infermieristica, assistenza domestica, una linea di servizi, fornitura di pasti e servizi di acquisto. A tutto ciò va aggiunta l'attività culturale e ricreativa: club e associazioni forniscono un ampio *range* di attività.

La maggiore difficoltà segnalata riguarda la difficoltà d'incontro tra la visione "olistica" proposta da questa iniziativa e le rigidità comunque presenti in strumenti burocratico/amministrativi

quali il RIO. In altre parole: per quanto il PB e il RIO siano strumenti pensati come flessibili mancano della fluidità necessaria ad una visione complessiva della vita di una persona in una comunità, oltre ad essere ancora più condizionate da uno sguardo abituato a volgersi verso l'offerta piuttosto che verso la domanda. Ancora, un'offerta integrata di assistenza fa fatica a rientrare all'interno di una concezione che produce "pacchetti" di assistenza.

In ogni caso, una valutazione a posteriore richiesta agli utenti considera i risultati ottenuti positivi. Emerge infatti che la domanda e l'offerta si incontrano in modo più armonico e che le tipologie e contenuti dell'assistenza sono adeguate rispetto alle necessità delle loro disabilità. In termini di interventi aggiuntivi, il progetto offre ampie opzioni. Gli occupanti sono dell'opinione che l'assistenza è migliore di prima della partenza del progetto. Le persone anziane sono molto soddisfatte del *omtinker* e ritengono importante poter discutere le tipologie e i contenuti della loro organizzazione di assistenza.

Individualizzazione del Sistema di assistenza: Function & One Window

A riguardo di un'offerta di servizi "costruiti su misura" delle persone, dal 1990 i servizi offerti dalle istituzioni hanno lavorato a migliorare i piani individualizzati di assistenza. In particolare hanno sviluppato professionalità specifiche, quali i *case manager*, gli assistenti indipendenti privati negli alloggi, i Consulenti personali di assistenza o *brokers*. Un ulteriore esempio è rappresentato dagli *omtinker* del progetto di Trynwalden che porta all'esterno le sue funzioni avendo come base il *case management*

Case Management

Nella regione di Steenwijk e nel Nord-East Polder, è stata istituita una modalità di *case management* per i *benefit* alle persone anziane con una fragile rete relazionale e scarsa autonomia. Infatti questa iniziativa si rivolge principalmente agli anziani sopra i 75 anni che vivono da soli. Con questa modalità di *case management* agli anziani si propone una consulenza a breve termine che prevede un maggior contatto presso il domicilio.

Waiting list management (management per chi è in lista d'attesa)

Nella Regione di Zolle, l'agenzia assistenziale e i fornitori hanno sviluppato un nuovo approccio per l'assistenza dei disabili e, più specificatamente per coloro che sono in lista d'attesa per l'assistenza a lungo termine. Qui si è cercato di trovare una adeguata risposta indirizzata verso una combinazione dell'offerta esistente (adattamento dell'alloggio, assistenza domiciliare, supervisione del lavoro, ecc.). Si tratta di un approccio individuale di mantenimento.

Consulenti per anziani

Sempre in ordine ad una offerta di assistenza "su misura", è stato istituito il Consulente per anziani. Il Consulente è un professionista indipendente di accompagnamento che si relazione al Comune operando nelle istituzione di *welfare* (negli sportelli di informazione municipali), ma anche ai fornitori assistenziali e alle organizzazioni per gli anziani. Attualmente il 60% delle organizzazioni locali di *welfare* hanno un consulente a loro disposizione. In seguito alla domanda dell'utente, il Consulente per anziani (o operatore di sostegno) informa, avvisa, media all'interno dell'area del *welfare*, degli alloggi e della assistenza.

In qualità di esperto, il Consulente svolge il compito di promuovere l'indipendenza funzionale dell'anziano. Il suo compito include la segnalazione del trend dei bisogni degli anziani nonché le lacune e/o le strettoie presenti nell'offerta di servizi.

20. Schede su esperienze italiane

Qui di seguito vengono presentate tre esperienze complesse afferenti ai di Comuni Bologna, Parma e Modena, selezionate o perché interamente proposte dalla cooperazione sociale (Bologna – Progetto *Hope*), o perché tra le prime di nuova impostazione dal punto di vista della sperimentazione di modalità di accreditamento e riconoscimento di *voucher* o buoni di servizio (Parma e Modena), nonché di emersione e qualificazione del lavoro sommerso e informale di assistenza domiciliare (Modena). Di queste ultime due, Parma si propone come modello di accreditamento *tout cours* delle organizzazioni non profit e Modena come modello di impianto concertativo.

BOLOGNA Progetto Hope

Modello/Innovazione

- Soggetto promotore: Consorzio di cooperative sociali Epta lavoro sociale e Cooperativa sociale Axia;
- Sperimentazione; percorso di accreditamento attraverso la realizzazione di un sistema di controllo di qualità complesso messo a punto dal soggetto promotore e concordato con l'Ente Locale;
- Costituzione di un nucleo territoriale di A.D.I. a carattere socio-sanitario;
- Creazione Case management team: attivazione di un équipe multiprofessionale altamente specializzata con compiti di intervento tempestivo e temporalmente limitato a carattere cittadino;
- Mercato aperto a livello cittadino
- Normativa di riferimento l. 328/00

Contesto territoriale

I due quartieri di Bologna coinvolti nel progetto sono Reno e Borgo Panigale. I due quartieri hanno complessivamente una popolazione di 56.000 abitanti: 31.800 il Quartiere Reno e 24.100 Borgo Panigale. Di questi gli anziani con oltre 65 anni sono 15.300 – 8900 abitano nel Quartiere Reno e 6400 a Borgo Panigale. (Dati rilevati dai siti internet dei due quartieri bolognesi - 2003).

Soggetto promotore

Consorzio Epta lavoro sociale – Coop. sociale Axia

Attori/soggetti gestori

Quelli di cui sopra in convenzione con il Comune di Bologna

Sempre i soggetti promotori con Ausl Bologna per nuova sperimentazione per i casi di Post coma.

A chi si rivolge

a tutta la popolazione non autosufficiente adulta ed anziana dell'area.

Tipo di servizi/Contenuti

A oggi sono stati avviati tre progetti: a) il primo è rivolto ad utenti che necessitano di assistenza domiciliare di base ed integrata; b) il secondo è rivolto ad utenti che necessitano di assistenza integrata socio-sanitaria c) il terzo ad un'utenza mirata in situazione di post coma.

Le attività svolte sono:

- servizi di consulenza professionale,
- servizi di consulenza a domicilio in tema di ausili ed adattamenti ambientali;
- servizi di assistenza domiciliare integrata, effettuati da: assistenti di base in possesso di attestato professionale regionale; addetti alle cure domestiche; infermieri professionali in possesso del relativo diploma; medici di base, fisiatri, medici specialisti, terapisti, logopedisti e psicologi formati al lavoro in contesto domiciliare;
- prestazioni ambulatoriali di medicina specialistica, riabilitazione individuale e di gruppo, terapia occupazionale, sostegno psicologico presso il Centro di Riabilitazione AXIA (autorizzato ai sensi della L.R. E.-Romagna n.34/1998).

Accesso dei cittadini

Aperto a chiunque ne faccia domanda; presso la cooperativa Axia è stato aperto un *Front-Office* a cui rivolgersi previo contatto telefonico per la definizione e l'avvio dell'eventuale intervento.

Tempi

Progettazione avviata nel 1999 – avvio sperimentazione gennaio 2000; dal mese di giugno 2003 a regime.

Peculiarità degne di nota: Sperimentazione dell'accreditamento

In attesa della definizione dei decreti attuativi sulle modalità di accreditamento previste dalla Legge Regionale di riforma dell'assistenza in attuazione della l. 328/00, il progetto Hope introduce un percorso per la certificazione, "Vision 2000", a sostegno del processo di accreditamento del servizio; sono state per questo elaborate regole e protocolli tecnico-operativi condivisi con l'Amministrazione locale e l'A.U.S.L., affinché le modalità di funzionamento del servizio privato erogato siano esplicite e verificabili dall'utente e dall'Amministrazione Pubblica, con particolare attenzione al perfezionamento dei canali di comunicazione tra operatori della rete e dell'ambito territoriale della sperimentazione.

Verifiche e controllo qualità

Il Consorzio EPTALAVOROSOCIALE fornisce, in itinere e su spazio intranet, un aggiornamento bimestrale, di dati informativi strutturati per quanto concerne:

- volume e tipologia delle prestazioni effettuate;
- analisi dei risultati attesi sul versante della riduzione del fabbisogno assistenziale;
- analisi dei costi;
- modalità di accesso e protezione delle informazioni messe in rete;
- rendicontazione dei percorsi formativi e di certificazione;
- analisi del gradiente di soddisfazione del cliente;
- aggiornamento dell'informazione gratuita offerta al pubblico.
- Impegno all'adozione congiunta (Comune e il Consorzio EPTALAVOROSOCIALE) di un sistema verifiche al fine di monitorare la qualità dei servizi erogati, attraverso la costituzione di un apposito gruppo di lavoro tecnico delegato a tale controllo.

Queste, nel frattempo le condizioni di minima predisposte dal Consorzio EPTALAVOROSOCIALE:

- manuale della qualità del servizio;
- rilevazione almeno trimestrale del gradiente di soddisfazione dei clienti;
- analisi dell'esito di trattamento assistenziale con utilizzo di testistica adeguata (F.I.M., A.D.L./I.A.D.L.,), o elaborata originalmente (qualità ambientale, qualità di vita).

Referente

Front Office Progetto Hope
Coop. Sociale Axia
Via Greco 8 – Bologna
Tel. 051/6192558
Fax 051/6194131

Comune di Parma: sperimentazione dell'accreditamento

Modello/Innovazione

- Il Comune di Parma ha avviato in via sperimentale prima dell'entrata in vigore della legge di riforma regionale dell'assistenza in attuazione della L. 328/00, modalità di accreditamento per tutte le imprese sociali operanti sul territorio comunale. Si tratta di una sperimentazione del cosiddetto "mercato sociale".
- Costituzione di un Albo delle imprese accreditate dal Comune a prestare servizi domiciliari.
- Accreditamento definito in base ad una valutazione delle imprese su indicatori di qualità.
- Prezzi dei servizi fissati dal Comune – la concorrenza tra imprese sociali determinata dalla valutazione della qualità degli interventi da parte degli utenti/clienti.
- Superamento delle procedure d'appalto.
- Il cittadino sceglie l'impresa.
- Il Comune formula e concorda il PAI (Piano assistenziale individuale) attraverso il case manager.
- La parziale copertura dei costi a carico dell'utente si realizza attraverso l'erogazione di un buono servizio che copre il costo del PAI in proporzione alla condizione di reddito.

Norme di riferimento L. 328/00.

Contesto territoriale

Il Comune di Parma: 171.358 abitanti di cui 19.731 hanno più di 75 anni (anno 2001).

Soggetto promotore

Comune di Parma

Attori/soggetti gestori

Il Comune di Parma e tutta la cooperazione sociale operante nel territorio del Comune.

A chi si rivolge

A tutti gli anziani ultra sessantacinquenni e agli adulti non auto sufficienti residenti o domiciliati nel territorio del Comune di Parma in situazione di non autonomia secondo i parametri socio-sanitari di riferimento e in condizione economiche che danno titolo ad accedere ai benefici pubblici.

Tipo di servizi/Contenuti

I servizi offerti sono i seguenti: Assistenza domiciliare nelle sue diverse articolazioni previste; accoglienza nei Centri Diurni e in un centro di aggregazione che sono di proprietà comunale ; Accoglienze residenziali temporanee sempre (CP, RSA, CA) e accoglienze residenziali a tempo prolungato(sempre in strutture di proprietà comunale).

Vengono per questo offerti dei "pacchetti" di servizi.

Sono definiti tali i progetti richiesti ai fornitori in ordine alle seguenti tipologie di target:

- anziani soli o con reti familiari inadeguate;
- anziani in assistenza domiciliare integrata, in assistenza domiciliare per malati terminali (NODO), in dimissioni difficili dopo ricovero ospedaliero;
- attività di animazione e socializzazione;
- soggiorni climatici;

"Per gli anziani soli e per le coppie e i nuclei familiari con gravi problematiche, ad esempio, è richiesto che il fornitore predisponga tre pacchetti, che si differenziano per la composizione degli interventi ma che sostanzialmente richiedono, a fronte di una cifra mensile assegnata, la disponibilità a far fronte ad interventi assistenziali programmabili e di minore o maggiore intensità assistenziale" (da: "ruolo della Amministrazione comunale nella nuova modalità di gestione" fonte: Comune di Parma).

Il modello organizzativo prevede la articolazione operativa del servizio sociale professionale per anziani(SAA) in quattro poli territoriali cittadini coordinati dalla direzione centrale che ha sede nel contesto dell'Assessorato ai Servizi Sociali.

Ogni polo assicura, attraverso l'assistente sociale case manager, già prevista dalla normativa regionale, la valutazione del bisogno, l'ammissione o meno ai benefici il controllo di qualità e "la presa in carico" dei casi complessi. Il PAI viene predisposto con l'anziano e la sua famiglia e individua le prestazioni socio-assistenziali e/o i pacchetti di servizi necessari.

Accreditamento dei soggetti: avviene attraverso la Commissione di validazione che provvede a vagliare le domande di accreditamento e a verificare la sussistenza dei requisiti e degli standards quali-quantitativi richiesti per entrare nell'albo delle imprese. E' composta da cinque membri: tre esperti (uno competente nel campo della certificazione ISO, uno competente nella valutazione della solidità aziendale e uno esperto nell'organizzazione e gestione di servizi di assistenza domiciliare rivolti alle persone anziane) oltre al direttore dei Servizi Sociali e al Segretario Generale del Comune di Parma.

Procedure di Accesso ai servizi accreditati da parte dei cittadini

- domanda al servizio comunale del polo territoriale;
- colloquio e visita domiciliare dell'assistente sociale case manager;
- valutazione e PAI (con intervento UVG) a cura di assistente sociale/*case manager*, medico di base, infermiera - condivisione del PAI con l'interessato e la famiglia;
- valutazione economica da parte dell'ufficio amministrativo(centralizzato) che ha sede presso la direzione del SAA e relativa ammissione o meno agli interventi previsti .

In caso positivo il soggetto sceglie l'impresa dall'elenco delle imprese accreditate

l'impresa prescelta comunica al Comune il nuovo utente preso in carico e il suo referente-tutor - incontro fra assistente sociale case manager, anziano, tutor aziendale - avvio dell'intervento.

Il soggetto paga la quota di contribuzione direttamente all'impresa

Tempi

Questa nuova modalità di gestione è stata avviata in via sperimentale nel 2001. A tutt'oggi prosegue a regime con qualche variazione quale esito dei primi anni di attività.

Peculiarità degne di nota: sperimentazione accreditamento e introduzione buono servizio

L'Albo dei fornitori è aperto, in regime di concorrenza.

Al fornitore è richiesto:

- SOLIDITA' AZIENDALE: Capacità economico-finanziaria; Solidità patrimoniale; Fatturato; Grado di specializzazione;
- LAVORO: Applicazione CCNL e degli integrativi; capacità organizzativa (risorse umane, strumentali.); capacità progettuale;
- La Qualità del servizio è individuata sulla base di voci "indicative" di largo utilizzo quali la sede, la Carta del servizio, la struttura organizzativa;
- Aspetti come la presenza della prevista qualifica professionale, individuazione di livelli accettabili di turnover e modalità tempi di formazione in situazione per gli operatori senza qualifica segnalano indicatori modesti e "ottenibili" da un mercato del lavoro che come noto presenta particolare problematicità nel reperimento e mantenimento di manodopera stabile e qualificata anche perché in presenza di contratti i nell'insieme troppo bassi.
- Qualità dell'intervento: viene esplicitamente prevista una attenzione agli aspetti relazionali.

Buono servizio

Il buono di servizio viene assegnato sulla base del PAI al cittadino-utente.

La Struttura Operativa Anziani (cioè Il servizio sociale anziani del polo territoriale di competenza) assegna "Buoni di servizio" sino alla concorrenza degli stanziamenti approvati annualmente, tenendo in considerazione da un lato l'emergenza assistenziale dell'anziano e dall'altro la sua situazione economica. ("Regolamento per il calcolo della contribuzione a carico dell'utenza dei servizi territoriali rivolti alla persona anziana (Del. C.C. 229/1999 ed ulteriori modifiche ed integrazioni)".

Per il pagamento sono previste due procedure:

- il cittadino liquida ed eroga direttamente al fornitore l'intero prezzo degli interventi ricevuti e chiede all'Amministrazione Comunale la corresponsione della differenza tra il suddetto prezzo complessivo e la quota a proprio carico;
- il cittadino corrisponde direttamente al fornitore la sola quota di spesa a proprio carico e delega l'Amministrazione Comunale al saldo del fornitore.

Il buono di servizio è il titolo valido per l'acquisto di interventi socio-assistenziali e può essere speso solo presso fornitori legittimati tramite accreditamento.

Nel primo anno di sperimentazione, il titolo ha avuto una durata di tre mesi ed era rinnovabile. Dal 1 aprile 2002 ha durata massima consecutiva fino ad un anno.

Durante il periodo di validità del buono il progetto assistenziale individualizzato viene verificato di norma ogni trimestre.

Qualsiasi modifica del progetto assistenziale comporta una variazione del buono.

Referente

Comune di Parma

Direzione Servizi Anziani

e-mail: anziani@comune.parma.it

numero verde dedicato 800771167

Comune di Modena (Progetto Serdom)

Modello/Innovazione

- introduzione modalità di accreditamento per le organizzazioni e per i fornitori singoli;
 - costituzione di uno sportello (in capo al Comune) di incontro domanda/offerta;
 - introduzione Buoni servizio;
 - diversificazione dell'offerta e formazione di un mercato trasparente attraverso l'emersione del sommerso;
 - attivazione di percorsi formativi appropriati per il personale sprovvisto di qualifica professionale con particolare riferimento alle lavoratrici straniere;
- Norme di riferimento 328/00

Contesto territoriale

Il Comune di Modena ha circa 175.000 abitanti di questi 18.000 hanno tra i 65 e i 79 anni e 9000 oltre gli 80. (Fonte: Comune di Modena. Assessorato alle politiche economiche, *Una città in cifre*, 2001)

Soggetto promotore

Comune di Modena/Ausl

Patto locale: "Patto modenese per l'assistenza domiciliare agli anziani nell'ambito del progetto Serdom" sottoscritto dalle OO.SS confederali e di categoria; dalle associazioni imprenditoriali cooperative;

Attori/soggetti gestori

- Il Comune di Modena, le organizzazioni profit e non profit accreditate e iscritte all'albo fornitori;
 - i/le singoli/e lavoratori/trici accreditate iscritte all'albo fornitori;
- Vi partecipano, inoltre, in base a stipule di convenzioni con il Comune di Modena:
- La Provincia di Modena: per l'autorizzazione ad attività di intermediazione; per i requisiti per l'iscrizione al centro per l'Impiego (Certificato Serdom), presupposto per l'accreditamento dei lavoratori singoli;
 - La Fondazione Cassa di Risparmio di Modena: per la costituzione di un Fondo per l'erogazione dei contributi economici alle famiglie (516.000 euro annui);
 - Il Cermet (società di emanazione della R.E.R. per l'accreditamento): realizza visite ispettive presso le organizzazioni per l'accreditamento.

A chi si rivolge

Ad anziani con diverso grado di autonomia. Possono accedere ai contributi anziani a rischio di non auto sufficienza o, nei casi di impossibilità, familiari o persone, anche senza rapporti di parentela, che si prendono cura di un anziano non completamente autosufficiente, assumendo il ruolo di persona di riferimento (*caregiver*)

Tipo di servizi/Contenuti

Esiste un catalogo prodotti riferito alla assistenza domiciliare reperibile presso lo sportello InformaAnziani.

Il catalogo contiene:

- Interventi di mobilizzazione;
- Igiene e cura della persona;
- Igiene e cura degli ambienti di vita
- Alimentazione
- Controllo e sorveglianza
- Relazioni sociali
- Igiene e cura dell'abbigliamento e della biancheria

Accesso dei cittadini

Il cittadino per accedere al contributo deve aver sottoscritto un contratto di lavoro o di prestazione di servizio con un fornitore accreditato.

Il cittadino può avere già un fornitore, oppure può scegliere nelle liste:

- delle imprese accreditate

- dei lavoratori singoli accreditati

Il soggetto decide cosa comprare (pacchetto di aiuti) e non è vincolato ad un PAI

Tempi

Data di inizio della sperimentazione: novembre 2001.

Il Progetto Serdom è cominciato nel 1998 con un progetto FSE ed è cresciuto nel tempo, con la costruzione dei vari elementi organizzativi e amministrativi di cui è composto. Dal 2002 si può considerare funzionante a regime.

Peculiarità degne di nota: Sperimentazione Accreditamento delle Imprese e dei lavoratori/trici singoli/e, formazione assistente familiare, punto informativo, buoni servizio

Il Comune accredita

- imprese fornitori di servizi domiciliari;
- agenzie mandatarie per l'incontro domanda-offerta;
- agenzie di lavoro temporaneo;

La procedura di valutazione tecnica-professionale è svolta in convenzione da Cermet, Società di Certificazione della Qualità per le imprese. Il costo è a carico dell'impresa che richiede l'accreditamento. Il certificato di accreditamento e l'iscrizione all'elenco dei soggetti accreditati è dato dal Comune.

Accreditamento dei lavoratori/trici singoli

Il Comune accredita in via ordinaria singoli lavoratori con uno dei seguenti requisiti: qualifica adb, Ota, Oss o attestati equivalenti di altre Regioni italiane; iscrizione al Centro per l'Impiego di Modena per qualifica di "operatore sociale per assistenza (di vario genere) a domicilio"; assenza di condanna penale o procedimento penale in corso (L.15/68).

L'iscrizione al Centro per l'Impiego avviene a seguito di domanda dell'interessato corredata da uno dei seguenti documenti:

- certificazione di competenze rilasciata da Enti di formazione a seguito frequenza di corsi di 150 ore
- dichiarazione di competenze a seguito di corso di orientamento e selezione, di 22 ore; c) svolgimento di attività lavorativa "in chiaro" nell'area specifica, per almeno 30 gg.

In mancanza di uno dei primi due requisiti, il Comune rilascia un accreditamento provvisorio, se l'interessato ha presentato domanda al Centro per l'Impiego per l'accertamento della qualifica.

Ai cittadini stranieri con permesso di soggiorno per motivi di lavoro viene somministrato inoltre un test relativo al livello di conoscenza della lingua italiana. Se l'esito è insufficiente, l'accreditamento rilasciato è condizionato al miglioramento della conoscenza della lingua.

Formazione dell'assistente familiare

150 ore o bilancio competenze per una qualifica rilasciata dal centro per l'impiego di Modena di "Operatore sociale per assistenza a domicilio".

Altre 750 ore per qualifica regionale di Adb.

Punto informativo

L'attività di incontro tra domanda e offerta è svolta da un nuovo servizio del Comune, che ha un ruolo determinante nel funzionamento del sistema: lo Sportello InformAnziani.

Una convezione tra Provincia e Comune autorizza l'InformAnziani a svolgere attività di intermediazione di lavoro.

Sostegno economico alle famiglie/Buoni servizio

I requisiti per accedere al Fondo messo a disposizione dalla Fondazione Cassa di Risparmio di Modena sono:

- residenza dell'anziano nel Comune di Modena
- aver stipulato un contratto di lavoro con un lavoratore/trice singolo/a o un contratto di prestazione di servizio con un'organizzazione profit o non profit.

Il buono servizio non è cumulabile con:

- l'assegno di cura
- il servizio socio-assistenziale erogato dal Comune.

Gli utenti di questi servizi possono presentare domanda di accesso al fondo, impegnandosi a rinunciare all'assegno di cura e ai servizi comunali qualora venga loro assegnato il buono-servizio.

Assegno servizio

Il contributo può coprire dal 10% fino a un massimo del 55% della spesa sostenuta dal soggetto per l'acquisto di assistenza, cui si aggiunge l'eventuale costo di gestione del contratto.

L'ammontare medio è attualmente di € 410-520 al mese

Referente

Comune di Modena

www.assessore.servizi.socialicomune.modena.it

Servizio Assistenza Anziani

Tel. 059-206876

e-mail : anziani.servizi.sociali@comune.modena.it

www.comune.modena.it/serdom

21. Spigolature tra le buone prassi in Emilia-Romagna

Meno male che c'è il vicino (Parma)

Soggetto promotore: Comune di Parma in collaborazione con Forum Solidarietà

Soggetto gestore : Forum Solidarietà con il supporto della Casa di Giorno del quartiere Montanara quale riferimento costante per bisogni ed esigenze che richiedono competenze professionali, prese in carico, affiancamenti in partnerariato

Contesto territoriale : la VII circoscrizione Montanara-Vigatto del Comune di Parma; o meglio il quartiere Montanara sede di un polo territoriale del SAA cittadino e della Casa di giorno per la vita quotidiana degli anziani di cui si parlerà successivamente

Obiettivo centrale del progetto: monitorare lo “stato” della vita quotidiana delle persone anziane ultra ... residenti nel quartiere e che vivono soli e organizzare in modo strutturato una disponibilità solidaristica leggera di vicinato che a) presidi la situazione, b) sostenga le medesime a rimanere a casa anche attraverso l’offerta di piccoli sostegni quotidiani,c) dia la possibilità di incrementare le proprie relazioni personali per contrastare solitudine e isolamento.

Il progetto prende avvio nel 1999 dopo una ricognizione del target individuato e una indagine/incontro personalizzato da cui si evidenzia : a) molti anziani soli e senza punti di riferimento esterni;b) poca conoscenza dei servizi presenti sul proprio territorio; c) relazioni di vicinato, deboli.

A partire da questi elementi si sono definiti i contenuti della “vicinanza di scambio, di solidarietà e di reciprocità” e si sono promosse/ attivate le risorse di vicinato per la “costruzione di “reticolli relazionali” e per la funzione di “sentinella sociale” di prossimità.

La prima fase del progetto (promozione e coinvolgimento del territorio) si è realizzata attraverso due fasi intrecciate:a) l’informazione pubblica mirata; la mappatura del territorio dal punto di vista delle realtà aggregative; incontro con associazioni, gruppi, parrocchie, enti locali e territoriali, medici ed esercenti attività di interesse pubblico; visita a tutti gli anziani potenziali target e ai loro vicini da parte del personale comunale della Casa di giorno di quartiere; b) la costituzione di un gruppo di lavoro per la progettazione delle attività e l’individuazione dei potenziali “vicini” o animatori di territorio così chiamati in quanto in quanto diversi cittadini resisi disponibili erano residenti nel quartiere ma non vicini di casa.

In base a quanto emerso dalla fase precedente si è progettato un percorso di formazione per i vicini al fine di una messa a punto dei criteri e delle modalità con cui seguire, rafforzare, affiancare gli anziani ed essere per loro un più complessivo punto di riferimento ed esserea disposizione delle reti di vicinato o comunque “dei buoni vicini”.

In concomitanza è stata effettuata una attività di sensibilizzazione del territorio rispetto al tema della “solitudine” delle persone anziane con a) allestimento di un “banchetto informativo” in tutte le occasioni di aggregazione e di festa promosse sul territorio; b) coinvolgimento di una scuola elementare e organizzazione di una festa intragenerazionale all’interno dell’iniziativa “meno male che siamo insieme” e altre iniziative analoghe.

Attivazione concreta della funzione a rete concreto della “funzione” a rete, ossia di cittadini “vicini di casa” con il supporto e la supervisione della Casa di Giorno e del Servizio Sociale di quartiere che fungevano anche da punto di riferimento tecnico e per ogni emergenza.

Attività informativa a tutto il quartiere circa la nuova funzione attraverso il coinvolgimento del Comune e le strutture di pubblica utilità quali farmacie, medici di base, ecc.

Inoltre è stato istituito uno Sportello informativo del Progetto all’interno del Centro diurno. Lo Sportello rappresenta un luogo di scambio e di confronto tra gli operatori e i volontari. Un altro Sportello, ma con funzioni di CUP (Centro unificato prenotazioni) è stato istituito anche presso la sede dell’AVIS del quartiere.

Anziani seguiti all’anno : circa. 50

Nell’insieme va sottolineato il coinvolgimento su tutta l’attività del Forum Solidarietà e del Centro Servizi per il Volontariato quale ulteriore conferma della effettiva partecipazione e sensibilizzazione che il progetto è riuscito a suscitare.

Casa di giorno Montanara per la vita quotidiana degli anziani le loro famiglie : Parma, quartiere Montanara, Circoscrizione Montanara/Vigatto del quartiere Montanara

Soggetto Promotore: Comune di Parma

Soggetto gestore: Comune di Parma (coordinamento strategico ed operativo con presenza nella Casa di tre operatori comunali con compiti organizzativi e di raccordo,) e Cooperativa Sociale.

Soggetti coinvolti: L'USL di Parma, il Servizio infermieristico di quartiere, i medici di famiglia del quartiere; Tutte le associazioni di quartieri interessate a sostenere l'esperienza della casa; associazioni commercianti di quartiere.

Il progetto, avviato nel 1998, dopo una completa ristrutturazione ed ampliamento del vecchio centro diurno nato originariamente come una scuola elementare, poneva alla sua base l'esigenza di aggiornare i contenuti delle politiche sociali locali rivolte alle persone anziane centrando l'attenzione sulla vita quotidiana e sulle diverse risorse da mettere a disposizione per una quotidianità non solo centrata sulla salute in senso stretto. Tale filosofia di base prevedeva la messa in campo di un mix di attività, risorse, opportunità e soggetti in un'ottica di cooperazione tra competenze istituzionali e professionali, saperi formali e informali, capacità di autogestione e disponibilità solidaristiche (la stessa logica del progetto "Meno male che c'è il vicino"). E quindi promuovendo, valorizzando e raccordando tutte le potenzialità di cura e di relazione presenti sul territorio.

L'obiettivo del progetto era caratterizzare il Centro diurno Montanara quale "Casa di giorno secondo un'ottica polifunzionale e di centro risorse sia per gli anziani che per le famiglie del quartiere impegnate nella loro cura e nella assistenza". Un luogo, cioè polifunzionale e radicato nel quartiere secondo cinque linee di sviluppo: 1) apertura del Centro con funzioni differenziate e anche nei giorni festivi; 2) favorire l'integrazione nella Casa di giorno" degli anziani non autosufficienti con "giovani anziani" offrendo l'opportunità per la costruzione di relazioni significative e la possibilità di "curare" interessi; 3) ampliare le offerte e gli interventi da quelli di tipo domiciliare a opportunità aggregative, conviviali e amicali, a microservizi per la vita di ogni giorno, al sostegno delle autonomie, 4) migliorare i rapporti strutturali con il volontariato di quartiere e i cittadini "risorsa" sostenendo l'auto organizzazione di reti informali; 5) approfondire in modo sistematico la conoscenza della realtà anziana del quartiere e monitorare la qualità della vita degli anziani ultra ottantenni.

Attività:

apertura del centro diurno per 6 giorni alla settimana rivolta a 20 anziani frequentanti tutto il giorno come da piano dell'UVG e 10 anziani solo per mezza giornata con attività strutturate e sistematiche ;

- possibilità di ospitare quotidianamente 10 anziani soli per fare il pasto di mezzogiorno in compagnia previo trasporto garantito dagli obiettori di coscienza in dotazione del Centro (due);
- apertura, al primo piano, di uno spazio residenziale di emergenza sociale o per esigenze di sollievo dei familiari rivolto a 10 anziani del quartiere ;
- proposte varie e attività conviviali, di aggregazione per i fine settimana e i giorni festivi secondo disponibilità elastiche che possono adeguarsi ad un ampio flusso di anziani in quanto il Centro dispone di un grande giardino e molti spazi interni (proposte sempre molto affollate con disponibilità di risorse di volontariato di appoggio);
- organizzazione e gestione del servizio di assistenza domiciliare di quartiere rivolto a circa 90/100.anziani;
- attivazione di uno spazio/palestra per ginnastica dolce e servizio di podologia/pedicure per gli anziani del quartiere.
- promozione, avvio e collaborazione con Forum solidarietà del progetto "Meno male che c'è il vicino per il monitoraggio permanente degli anziani soli del quartiere i con relativi contatti personalizzati con tutto il potenziale target (120 anziani);
- ospitalità programmata per due volte al mese, nelle ore serali, dell'associazione commercianti di quartiere in cambio di benefit alimentari concordati, utilizzati per il ricevimento degli ospiti;
- sede del Servizio Sociale professionale anziani di quartiere che ha il coordinamento strategico del Centro.

Impostazione organizzativa: un progetto complessivo e unitario articolato nelle principali in diverse linee operative fra loro strettamente integrate ; una figura referente operativa del progetto e responsabile operativamente della sua realizzazione; la presenza di un unico gruppo di operatori/operatrici socio/assistenziali per il CD, l'assistenza domiciliare e il servizio residenziale. Detto gruppo per quanto articolato nelle principali linee operative lavora secondo una ottica di equipe territoriale integrata in grado di garantire le attività interne ed esterne compreso un servizio di pronta emergenza territoriale; inoltre è presente un nucleo fisso di giovani anziane di appoggio al Centro che garantiscono gratuitamente attività di lavanderia, stireria, cucito e cura/manutenzione di tutti i tendaggi della casa. Il Centro, fa parte della più complessiva organizzazione del Servizio anziani cittadino le cui sedi di attività tecnico professionale di valutazione del bisogno, di ammissione degli interventi e di coordinamento delle diverse attività rivolte agli anziani sono nei quartieri (in cui è presente l'assistente sociale coordinatrice) di cui il Centro è una struttura operativo/funzionale

N. personale coinvolto: La dotazione di personale è nell'insieme complessa in quanto prevede diverse flessibilità per cui andrebbe valutata in termini di ore impegnate. A titolo indicativo il n. di personale socio/assistenziale a tempo pieno impegnato nel Centro Diurno e nella fascia orari della sua residenzialità corrisponde a 15 figure.

Tale sperimentazione è da vedere nel contesto più complessivo di politiche sociali innovative a orientamento comunitario promosse nella seconda metà degli anni 90 (ma che sono state in continuità con le esperienze già avviate nei primi anni 70) propongono quindi una visione di “comunità” che cerca di segnare e attraversare tutti i servizi per anziani e più complessivamente il lavoro sociale di territorio. In tale linea sono state avviate molte micro-sperimentazioni attraverso una molteplicità di iniziative e di interventi a diversi livelli. Ovviamente ciò presuppone che il Servizio Sociale professionale di quartiere e i diversi presidi ad esso collegati godano di una buona autonomia nell’ambito di linee direttive e di accordi stretti con la direzione centrale del servizio in base a criteri e strategie organizzative che fanno riferimento ai cosiddetti legami deboli o responsabilizzanti.

Il Condominio solidale (Imola,)

Soggetto promotore

Comune di Imola

Consorzio dei Servizi sociali del Circondario di Imola

Soggetto gestore

Consorzio dei Servizi sociali del Circondario di Imola (coordinamento generale, responsabilità del progetto e attività di servizio sociale professionale);

Cooperativa Sociale per la attività socio-assistenziale quotidiana;

Soggetti coinvolti: altri soggetti istituzionali (ad esempio l'USL), l'associazionismo di quartiere.

“Il Condominio solidale offre una residenza autonoma ad anziani in cui l'autogestione degli ospiti viene promossa e valorizzata in un contesto condominiale assistito: il criterio che lo ispira è la stretta interazione tra il mantenimento dell'indipendenza (stare in casa) e il sostegno nelle attività quotidiane della vita (essere aiutati)”;

Il Condominio è operante dal mese di dicembre 2002

La struttura abitativa è stata messa a disposizione del Consorzio dal Comune di Imola che ha stanziato anche le risorse per l'acquisto degli arredi e delle attrezature. Il Consorzio copre le spese di gestione; Il complesso abitativo consta di 13 appartamenti, 10 dei quali ospitano gli anziani che afferiscono al progetto; 3 appartamenti sono occupati da inquilini assegnatari di appartamenti nell'ambito dell'edilizia residenziale pubblica; ospita attualmente 14 persone tutte di età superiore a 65 anni, metà di loro sono donne.

Trattandosi di un servizio, l'ammissione degli anziani avviene secondo la valutazione psico-fisica effettuata dall'équipe del progetto (una psicologa con compiti di coordinamento e una assistente sociale) più l'assistente sociale responsabile del singolo caso. L'équipe del Consorzio (responsabile gestionale del progetto) si completa con la presenza degli operatori assistenziali dei progetti

personalizzati. Tra i criteri di ammissione vi sono il grado di autonomia dell’anziano, la condizione socio-economica e quella familiare.

La gestione coinvolge più soggetti appartenenti alla rete di *welfare mix* territoriale e quindi: la cooperazione sociale che ha in gestione il servizio di assistenza domiciliare che ha ricompresso anche le esigenze in tal senso da parte del “Condominio solidale”:

- I volontari delle associazioni AUSER e ANTEA che offrono il servizio infermieristico ai residenti e ai cittadini del quartiere;
- il servizio sanitario della Ausl che interviene con il proprio servizio infermieristico cui si aggiungono i medici di base dei singoli anziani;
- il Centro anziani del quartiere e la parrocchia;

L’organizzazione prevede la presenza e il coinvolgimento di una famiglia tutor che occupa uno degli alloggi con il compito di presidiare il Condominio durante la notte (la famiglia tutor è straniera, di origine nordafricana ed è composta da tre persone: madre, padre e un bambino di tre/quattro anni. E’ collegata alla associazione di volontariato Consultorio familiare Ucipem e alla Caritas).

La presenza e il ruolo di questa famiglia è da sottolineare come particolarmente positivo:l’impegno richiesto si identifica anche come una forma interessante di valorizzazione sociale della famiglia straniera nel tessuto territoriale in quanto le viene chiesto un ruolo fiduciario che può incidere positivamente a livello locale nella più complessiva rappresentazione sociale delle famiglie straniere (spesso evocate solo come grandi utenti dei servizi socio-assistenziali) e offre una modalità di controllo/presidiamento/ sostegno/affiancamento per eventuali emergenze notturne non invasiva nei confronti degli anziani e non totalizzante per la famiglia straniera.

22.Considerazioniconclusive

La riflessione proposta ha avuto come filo conduttore quattro assi di riferimento attorno a cui si sono tematizzate alcune problematiche e si sono fatte alcune proposte concrete:

a) la necessità di politiche unitarie e comunque fortemente raccordate che sappiano connettere più ambiti e più soggetti secondo l'asse della vita quotidiana orientando in tale direzione strategie, azioni e risorse. Ciò con particolare riferimento alla integrazione fra le politiche dell'abitare, le politiche sociali e quelle sanitarie;

b) l'approccio di comunità come modalità e come caratterizzazione fondante sia delle politiche sociali che del lavoro sociale attraverso cui sviluppare progettazione partecipata in grado non solo di radicare il più possibile i welfare locali alla loro comunità ma di far sì che possano essere una espressione anche delle diverse istanze, risorse, disponibilità solidali presenti oltre del coinvolgimento dei cittadini sui problemi che li riguardano;

c) il superamento di un approccio prestazionale sempre più caratterizzante l'organizzazione e l'operatività dei servizi nonché lo sviluppo della integrazione sociale e sanitaria secondo modalità che sappiano riconoscere, valorizzare e assumere le due distinte peculiarità attraverso una sintesi condivisa che non mortifichi e marginalizzi l'ambito sociale storicamente più debole;

d) l' individuazione della cura familiare come terreno di forte investimento(e non solo di risparmio) delle politiche socio-sanitarie con particolare attenzione al sostegno dei familiari curanti e delle lavoratici di cura straniere quale nuova risorsa ma anche quale nuovo soggetto che chiede diritti e cittadinanza .

Gli obiettivi sopra richiamati pongono problemi complessi, anche di ordine culturale, tanto più oggi in cui si sono strutturate modalità organizzative che, esasperando pratiche di lavoro impostate soprattutto in senso specialistico/prestazionale oltre che secondo obiettivi concentrati attorno a mission sempre più frammentate, di fatto rendono difficili possibilità di connessioni creative e bloccano l'imprenditività degli operatori sempre più impegnati alla osservanza dei diversi protocolli operativi.

In proposito va comunque riconosciuto che stanno venendo avanti alcune consapevolezze ed orientamenti nuovi, anche con riferimento alla attuazione della l. 328/2000 sulla necessità di pensare a sistemi più relazionali e a impianti organizzativi meno rigidi in grado di promuovere protagonisti e responsabilizzazioni diffuse sia per quanto riguarda gli operatori sia per quanto riguarda il rapporto con la comunità locale.

Diverse Regioni insieme ai Comuni e ai vari attori del territorio (es la Cooperazione Sociale) hanno oggi posto tali tematiche all'ordine del giorno nel processo di implementazione dei Piani sociali di zona ,dei Piani per la salute o dei piani integrati socio-sanitari, e in alcune di esse, fra cui l'Emilia Romagna, ad esempio, il dibattito è molto forte.

Si tratta perciò di inserirsi in questa importante occasione della costruzione dei "Piani" per verificare come i riferimenti assunti e le linee operative indicate nel corso del documento possano trovare uno spazio innanzitutto di riflessione e confronto approfondito nonché una migliore ridefinizione sulla base di più mirate conoscenze del territorio.

Ma anche, ovviamente, per valutare e co-decidere quali di queste innovazioni possano avere non solo delle percorribilità possibili, ma anche sostegno e condivisione per piccole e concrete innovazioni attorno a cui far maturare interesse e attenzione.

Innovazioni che partano dal piccolo e dal basso, come si è detto più volte (cioè in contesti sociali circoscritti ma aperti), non tanto per chiudersi rispetto a dimensioni più significativamente ampie ma perché l'avvio di esperienze nuove attente al coinvolgimento della comunità di per sè ha bisogno di misurarsi là dove è più facile fare organizzazione, costruire e raccordare una progettualità partecipata .

Ma muoversi nel piccolo non significa trascurare quegli aspetti che garantiscono anche una qualità tecnica delle sperimentazioni innovative e una loro rigorosità metodologica.

Pur non entrando nel merito di tale argomento, ma con riferimento proprio alle innovazioni portate avanti dai piccoli territori (paesi, distretti e zone non urbani, ecc) che hanno meno risorse e meno disponibilità per le implementazioni tecniche, si riterrebbe importante il funzionamento, a livello provinciale, di un Centro Risorse con funzione di Osservatorio/Laboratorio della innovazione con particolare riferimento alla Domiciliarità. Uno spazio snello, competente, flessibile in grado di fare consulenza e supporto progettuale, di organizzare momenti di scambio ed approfondimento, di assicurare documentazione aggiornata e collegamenti sia con esperienze nazionali che internazionali.

Uno spazio che possa cercare e spigolare in particolare quelle buone pratiche attente ai processi di costruzione sociale e al coinvolgimento della comunità locale che poco sono presenti nella documentazione ufficiale o nei Rapporti formali in quanto probabilmente vengono realizzate in circuiti sottotraccia che non riescono a produrre una rappresentazione diffusa per cui occorre fare ricerche molto minuziose su materiale grigio attraverso dei passaparola, a volte molto laboriosi.

Sicuramente la tematica più direttamente connessa al tema della domiciliarità degli anziani con ridotta autonomia nell'ambito delle politiche sociali e sanitarie è quella che attiene l'assistenza domiciliare assicurata dai welfare locali e l'assistenza familiare garantita dalle famiglie, sole o con lavoratrici straniere.

Un ambito che ha bisogno più di altri di progettualità innovative per poter sostenere, attraverso una forte regia pubblica, uno scenario che nel giro di pochi anni ha mantenuto o comunque prorogato, dentro contesti familiari ancora possibili, una ampia fascia di grandi vecchi per i quali la strada del ricovero sembrava inevitabile.

Oggi questi vecchi stanno nelle loro case perché assistiti dalle lavoratrici straniere della cura. Una cura che le famiglie comprano, utilizzano e sfruttano per poter onorare i patti fra le generazioni.

In sostanza, i paesi più ricchi comprano dalle donne dei paesi poveri, tempo, cura e affetto e il tempo della cura destinato ai vecchi o ai bambini dei paesi ricchi è sempre un tempo di cura sottratto ai bambini o agli anziani dei paesi poveri che in quanto poveri si trovano in basso nella catena della cura.

“Ho lasciato la mia piccola quando aveva 5 anni, l’ho rivista a 9, ma ancora voleva che le togliessi le lacrime. Questo mi ha fatto male perché mi ha fatto capire tutto ciò che non avevano avuto i miei figli”.

“I primi due anni mi sono sentita come una pazza...Mi sorprendeva a guardare nel nulla, pensando a mio figlio. Ogni momento, ogni secondo del giorno sentivo che pensavo a mio figlio Ogni volta che ricevevo una lettera dai miei bambini non potevo dormire “...(Donne globali .Tate, colf e badanti, a cura di Barbara Ehrenreich e Arlie Russel Hochschild, Feltrinelli, 2004))

Certamente le singole famiglie e noi tutti non siamo responsabili diretti delle madri che vengono meno a un loro diritto/dovere genitoriale per offrirci lavoro di cura ma la cosa deve farci riflettere e leggere questa nuova presenza con uno sguardo un po’ più pensoso e meno sbrigativo.

Le previsioni parlano di una presenza destinata a crescere anche se qualcuno dice di “non dare troppo per scontato qualcosa che scontato non lo è affatto”(G. Costa, Prospettive Sociali e Sanitarie, n 17 2004).

Molto è legato, certamente, al futuro socioeconomico dei paesi di provenienza e a quelli più vicini.

Anche per questo, oltre che per altri motivi, sarebbe importante non costruire il futuro assistenziale degli anziani essenzialmente sulla risorsa badante ma pensare, costruire, intrecciare anche altre soluzioni, alternative fin dove è possibile, alle attuali case protette.

Resta il fatto che non possiamo non interrogarci sulla cura. Non possiamo continuare che resti un aspetto della vita di cui si parla solo a partire dalla fatica che chiede. Dobbiamo fare in modo che la cura e il tema della cura nel senso del care e(non nel senso estetico/igienico/sanitario su cui ci intratteniamo troppo!) trovi posto nella formazione e nella esperienza delle giovani generazioni.

Dice G. Colombo nella parte finale della ricerca condotta a Reggio E. sulle lavoratrici straniere di cura:

“C’è da chiedersi se il comportamento del curare possa assumere anche quello di opportunità e diritto per la persona, uomo o donna, che lo compie. Perché ciò sia possibile, la cura e il curare devono poter mostrare anche una dimensione di gratificazione, oltre a quella di peso e sacrificio; di opportunità e apprendimento per sé, oltre quella di bassa attività, fra quelle quotidiane; di

riconoscimento, oltre quella del dovere, di valore, oltre quella dell'obbligo che lo rende invisibile. Tutto ciò ci interroga sulla cura, sul nostro desiderio di essere curati e di curare poco.

Ci interroga sulle strategie di welfare e forse ci pone con forza di fronte alla necessità di aiutare noi stessi a trovare un filo di senso delle "arti del vivere quotidiano" e di trovare contemporaneamente delle piste possibili per prefigurarci dei nuovi modelli di invecchiamento , per vivere in modi diversi il nostro bisogno dell'altro e anche la nostra solitudine .

Ebe Quintavalla

NOTE

i non a caso le esperienze francesi e danesi riportate nelle schede parlano di anziani “residenti” nelle comunità socio-sanitarie o socio-assistenziali e non di anziani “ospiti” segnalando una attenzione e una chiarezza concettuale che è da tenere presente.

ii (Manghi 2004, la conoscenza ecologica, Raffaello Cortina editore)

iii (fonte : Immigrazione e collaborazione domestica: i dati del cambiamento (dossier INPS in collaborazione con dossier statistico immigrazione Caritas migrantes, dicembre 2004)

iv (Prospettive sociali e Sanitarie, n. 17 ottobre 2004, Speciale “Anziani, lavoro di cura e politiche sociali”, in particolare il contributo di Daniela Masini, Qualche tentativo di stima di un universo di non facile quantificazione)

v (Dino Pistolato, direttore della Charitas veneziana in occasione, ottobre 2004, della presentazione di un progetto pilota per la regolarizzazione/qualificazione del lavoro di cura svolto dalle lavoratrici immigrate

vi Prospettive Sociali e Sanitarie , numero speciale “Anziani, Lavoro di cura e politiche sociali”, n.17/2004

vii (Blackman et al., 2001) ” (Rapporto Procare).

viii C. Ranci (a cura di), “L’assistenza agli anziani in Italia e in Europa”, cit, pag. 191