



17

ABITARE LEGGERO
VERSO UNA NUOVA
GENERAZIONE DI
SERVIZI
PER ANZIANI

QUADERNI
DELL'OSSERVATORIO

ABITARE LEGGERO

Verso una nuova generazione di servizi per anziani

Rapporto di ricerca a cura di:
Fabrizio Giunco

Collana “Quaderni dell’Osservatorio” n. 17 Anno 2014

Questo quaderno é scaricabile dal sito www.fondazionecariplo.it/osservatorio

Abitare leggero. Verso una nuova generazione di servizi per anziani is licensed under a Creative Commons Attribuzione Condividi allo stesso modo 3.0 Unported License.
doi: 10.4460/2014quaderno17





INDICE



In copertina, foto Bergadder, Pixabay

Sopra, casa di accoglienza Achille Papa (Brescia), foto FHS

INDICE

ABSTRACT	6
EXECUTIVE SUMMARY	8
1. I MOTIVI DI UNA RICERCA	14
1.1 Premessa	14
1.2 Non solo servizi	16
1.3 Il progetto Abitare Leggero	16
2. NUOVI SERVIZI PER QUALI POPOLAZIONI?	18
2.1 Accompagnare la vecchiaia	18
2.2 Distribuire le risposte lungo l'intero percorso della vecchiaia	19
2.3 Disabilità e fragilità	20
2.4 Stime di prevalenza dei sottogruppi a maggior rischio	21
2.5 Quanti sono gli anziani fragili o disabili in Lombardia?	24
3. I RIFERIMENTI DELLA LETTERATURA	28
3.1 Linee di ricerca e descrittori bibliografici	28
3.2 Dalla bibliografia ai modelli possibili. Una ricerca in evoluzione	30
3.3 Possibili applicazioni al contesto italiano	32
4. LO STATO DELL'ARTE IN EUROPA	36
4.1 Arco di vita e Habitat in Europa. Realtà, tendenze e ipotesi progettuali	36
4.2 Categorie e tipologie delle soluzioni residenziali per anziani	37
4.3 Il trend europeo: verso una domiciliarità globale	42
5. I SERVIZI VITA INDIPENDENTE E VITA ASSISTITA NEGLI USA	44
5.1 Cenni storici e definizioni	44
5.2 Le Assisted Living Facilities (ALF)	45
5.3 Le Continuing Care Retirement Communities (CCRC)	55
6. I CASI DEL PROGETTO ABITARE LEGGERO	64
6.1 Le strutture analizzate	64
6.2 Realizzazione architettonica e organizzazione degli spazi	70
6.3 Gestione, tariffe, collegamenti di rete	73
6.4 La popolazione accolta	77
6.5 Discussione	84
APPENDICE 1	
STRUTTURE CHE HANNO PARTECIPATO ALLA RICERCA	104



Monolocali di Via Turati (Bollate), foto FHS

APPENDICE 2	
TRE MODELLI DI RESIDENZIALITÀ POSSIBILI	106
1. Sistemi abitativi, abitazioni in rete, complessi intergenerazionali	107
2. Servizi abitativi e comunitari, per vita indipendente e per vita assistita	114
RINGRAZIAMENTI	126
BIBLIOGRAFIA	128

ABSTRACT

È all'attenzione di tutti l'evoluzione demografica, sociale e della struttura familiare italiana. Non si tratta di cambiamenti negativi; si vive più a lungo, si arriva alla vecchiaia in migliori condizioni di salute e la si può vivere in modo compiuto. La letteratura e la modellistica internazionale suggeriscono la diffusione di soluzioni per migliorare la qualità dell'abitare, favorire l'interazione con l'ambiente esterno, garantire sicurezza e buone relazioni lungo l'intero arco della vecchiaia. Soluzioni in grado di operare come piattaforma per i servizi domiciliari e di prossimità di nuova generazione, ben integrate nei modelli di *case-management* e governo delle reti locali. Le applicazioni possibili sono molte. Si va dai modelli più aggiornati di *housing* sociale, ai servizi per la vita indipendente o per la vita assistita, dai centri polifunzionali ai sistemi abitativi intergenerazionali e multiservizi. È un mondo fluido, in divenire, funzionale all'azione imprenditoriale sociale e all'applicazione di modelli organizzativi leggeri, vicini ai desideri delle persone e coerenti con il naturale svolgersi della vecchiaia. In diversi paesi, soprattutto europei, queste logiche sono già state tradotte in solide riforme istituzionali. Nelle pagine che seguono, saranno descritti in forma sintetica i risultati della ricerca Abitare Leggero, che ha approfondito questo tema e le sue traduzioni pratiche in strutture già attive sul territorio lombardo. Le sue conclusioni, condivise con tutti gli attori del progetto, propongono linee di lavoro, proposte di revisione normativa, indicazioni per i gestori e tre possibili modelli di sviluppo per le nuove soluzioni di residenzialità leggera per anziani.



Casa Viva gli anziani (Milano), foto FHS

EXECUTIVE SUMMARY



BIRD (Brescia), foto FHS

La vecchiaia è una normale età della vita. Va compresa e accompagnata, con soluzioni coerenti con i processi di riprogettazione esistenziale che le appartengono. Richiede “anche” servizi, ma nei prossimi decenni sarà sempre più difficile garantirle il sostegno necessario solo attraverso cambiamenti marginali del sistema di *welfare*. Le modificazioni demografiche e la diffusione di nuove sensibilità, sollecitano l’evoluzione dei modelli di accompagnamento e un sostegno più efficace alle strategie adottate da anziani e famiglie.

Le pagine che seguono riassumono i risultati della ricerca *Abitare Leggero* che ha analizzato i nuovi modelli dell’abitare e della residenzialità sociale intermedia, a organizzazione leggera e non istituzionale. Il lavoro, promosso da Fondazione Cariplo, è stato realizzato dalla fondazione Housing sociale e dalla Cooperativa La Meridiana di Monza coinvolgendo gli enti gestori di 52 strutture residenziali per anziani in un *network* nel quale sono state progettate e implementate le successive fasi della ricerca.

La prima parte del rapporto affronta il tema della domanda, con particolare riferimento all’identificazione di varie tipologie di utenza (anziani). Si tratta di stime di prevalenza o incidenza ben documentate dalla letteratura, tendenzialmente più informative di quelle che fanno riferimento al concetto di non autosufficienza, termine privo di una definizione univoca, utilizzabile per la programmazione nazionale e regionale. I dati Istat derivati dalle Indagini multiscope descrivono la disabilità dichiarata, dalla persona o dai familiari intervistati. Applicati alla popolazione lombarda prevista al 2021 dall’Istat, è possibile stimare in poco più di 500.000 unità il numero di ultra65enni con limitazioni nelle funzioni principali (vita quotidiana, comunicazione, movimento). Altri studi, basati su valutazioni oggettive della perdita di funzioni specifiche, confermano sostanzialmente tali proiezioni: applicando ai soli ultra70enni lombardi le stime di Thomas M. Gill (2010), geriatra ed epidemiologo, responsabile del programma di studio sull’invecchiamento dell’Università di Yale, la domanda sarebbe compresa tra le 350 e le 530.000 unità.

Se si prendono invece in considerazione le limitazioni delle cosiddette IADL (*Instrumental Activities of Daily Living*), che determinano problemi precoci nell’interazione fra la vita in vecchiaia e l’abitare in senso più ampio, la domanda crescerebbe fino a comprendere almeno 700.000 ultra70enni (Micheli, 2004), cui si sovrapporrebbero quelli con parziale o totale dipendenza nelle limitazioni

più sostanziali nella gestione quotidiana delle proprie necessità di base (*Basic Activities of Daily Living*, BADL) che necessità di servizi a maggiore complessità sanitaria e assistenziale. Prendendo, infine, in considerazione il concetto di fragilità, cui fa riferimento la letteratura più recente, è possibile ipotizzare che nel 2021 ci saranno in Lombardia circa 325.000 anziani fragili e circa 1.100.000 pre-fragili, destinati a crescere nei successivi trent'anni rispettivamente a 470.000 e a 1,6 milioni (Santos-Eggimann, 2009).

Queste stime sulla domanda servono a riflettere sulle politiche relative all'invecchiamento. Fino a oggi, non solo in Italia, è stata valorizzata un'offerta di cura centrata sul sistema ospedaliero e sulla diffusione di servizi specialistici, con una logica settoriale e sostitutiva, piuttosto che globale e sussidiaria. Si tratta di un'offerta in gran parte orientata – soprattutto nel settore socio-sanitario – verso le popolazioni più complesse. In pratica, l'offerta di servizi formali inizia solo dopo che la persona ha già perso buona parte dell'autonomia nelle proprie funzioni di base. Le fasi precedenti della vecchiaia sono invece quasi sempre affrontate autonomamente dalle famiglie senza aiuti pubblici e in larga parte grazie al lavoro privato di cura, con un investimento complessivo per le famiglie lombarde superiore a € 1,6 miliardi (Pasquinelli, 2009), una cifra superiore alle tariffe alberghiere delle RSA (circa €1,1 miliardi nel 2013) e al budget regionale per le stesse strutture (circa €850 milioni). In Italia operano quindi oggi almeno 830.000 assistenti familiari, stranieri e immigrati nel 90% dei casi, che assistono poco meno di un milione di anziani: quattro volte superiore ai residenti nelle strutture residenziali e pari al doppio degli utenti dei servizi domiciliari (Rusmini, 2013). Si tratta di un ruolo prezioso ma che nasconde parecchie criticità (Rusmini, 2013).

La seconda parte del rapporto analizza più specificamente gli interventi proposti dalla letteratura e dai *policy maker* più avanzati per anticipare le risposte ai bisogni e alle necessità degli anziani e non limitarsi a intervenire nelle situazioni più compromesse e che richiedono un maggior carico assistenziale. Molti paesi, soprattutto europei, hanno avviato riforme sostanziali in questo settore, accogliendo con diverse modalità la cultura dell'arco di vita. Questa, sottintende un sostanziale cambio di paradigma; migliorare l'*habitat* prima che progettare servizi, ad esempio adeguando gli alloggi e i supporti socio-sanitari alla persona nella sua abitazione, invece di costringerla a migrazioni forzate attraverso strutture progettate per livelli di crescente intensità assistenziale. Intercettare tempestivamente e con interventi proporzionati le difficoltà emergenti lungo l'intero arco della vecchiaia, sostenendole in modo proporzionato e sussidiario alle autonomie e ai desideri, presuppone una comprensione più ampia del processo d'invecchiamento e, soprattutto, dei suoi rischi più frequenti. Intervenire sui fattori di rischio, prima che sulle sole situazioni di disabilità conclamata può consentire inoltre un utilizzo più razionale delle risorse. Non si tratta di prevenire la vecchiaia o la disabilità inevitabile delle ultime fasi della vita, quanto di intervenire sulle barriere e le facilitazioni che le persone con possibili limitazioni funzionali possono incontrare, favorendo una migliore qualità della vita e riducendo o ritardando la necessità di intervenire con servizi dedicati.

La gran parte del patrimonio abitativo italiano non è adatta alle esigenze delle persone - di qualsiasi età - con limitazioni funzionali. Anche le abitazioni di più recente generazione raramente dispongono di soluzioni progettuali che tengano conto dell'invecchiamento delle persone e hanno spesso lo svantaggio

EXECUTIVE SUMMARY

di essere spesso realizzate in ambienti periferici e poveri di servizi e socialità. Le politiche di adattamento delle abitazioni sperimentate in molti paesi prevedono semplici soluzioni costruttive in grado di migliorare la fruibilità anche all'emergere di limitazioni funzionali. In altri casi gli interventi riguardano la realizzazione di servizi di ascolto, arricchimento relazionale e monitoraggio, dei complessi abitativi a maggiore concentrazione di anziani. Un esempio molto citato di buona pratica è quello del Comune di Barcellona, dove si sono diffuse in questi anni le *viviendas dotacionales* (Cocco, Pibiri, 2011). Si tratta di un vasto programma di edilizia residenziale pubblica per anziani e altri gruppi di popolazione (per es. studenti o giovani famiglie). Il progetto è governato da appalti pubblici dettagliati; il complesso immobiliare deve essere ben localizzato e non distante da luoghi di servizio (attività commerciali, servizi sanitari, trasporti pubblici); la realizzazione deve prevedere spazi adeguati, privati e sociali; le popolazioni diverse (anziani e giovani) sono accolte in aree distinte ma collegate, in modo da consentire sia la reciproca indipendenza, sia occasioni di incontro e socializzazione. Una volta realizzato lo stabile, subentra un nuovo contratto fra il Comune e una cooperativa sociale, chiamata a garantire alcuni servizi di base: un responsabile, un educatore/animatore e un operatore sociale. Anche i servizi accessori favoriscono la socializzazione e l'utilizzo del tempo libero e offrono agli anziani molta sicurezza. Si tratta di un'evoluzione interessante dei tradizionali interventi di *housing* sociale, che troppo spesso hanno privilegiato la sola accessibilità economica degli affitti. Interventi simili vanno diffondendosi anche nel settore della civile abitazione; in molti paesi gli operatori del settore cominciano a prestare attenzione ai nuovi mercati collegati ai processi d'invecchiamento e alla progettazione attiva della vecchiaia. In Francia, Germania e negli Stati Uniti vanno diffondendosi proposte immobiliari orientate esplicitamente verso gli ultra60enni; si tratta di abitazioni ben realizzate e ben collocate, ma soprattutto integrate da servizi accessori - per l'arricchimento del tempo libero, la socializzazione e il benessere - che rappresentano un valore aggiunto per i clienti anziani. Tra gli esempi lombardi che si muovono nella stessa direzione, possiamo citare: BIRD a Brescia, realizzato da ALER, il progetto Borgo Sostenibile di Figino e quello della Fondazione Frassoni di Lecco, entrambi in corso di realizzazione con il sostegno della Fondazione Housing Sociale.

Il quaderno approfondisce infine i servizi residenziali intermedi, utili a sostenere le esigenze degli anziani con maggiore disagio sociale o limitazioni funzionali più consistenti. Si tratta di una nuova generazione di servizi che, in molti paesi, ha conosciuto uno sviluppo particolarmente rilevante perché reinterpreta i servizi residenziali superando la tradizionale dicotomia fra servizi domiciliari e residenziali. Soprattutto nei paesi scandinavi - ma anche negli Stati Uniti - le residenze a caratterizzazione sociale superano ormai, per numero di posti letto, le istituzioni di ricovero sanitarizzate, come le RSA, giocando un ruolo sempre più rilevante nello spazio intermedio di protezione tra domicilio privato e residenzialità istituzionale (Predazzi, 2013).

Le nuove forme di residenzialità sociale sono spesso rappresentate da strutture di dimensioni contenute, ad alta caratterizzazione domestica, organizzazione leggera ed elevata attenzione alla qualità relazionale del rapporto di cura (Kemp, 2009). Per questi motivi, sono in genere più gradite a famiglie e utenti, ma anche apprezzate dagli enti gestori e dalle istituzioni; si tratta infatti, in genere, di servizi meno costosi e più facili da gestire dei modelli più organizzati e standardizzati, come le RSA (Wilson, 2007). E' un mondo fluido e in rapida



Oasi San Gerardo (Monza), foto FHS

evoluzione, anche rispetto al tema delle definizioni e dei modelli di riferimento. In molti paesi le denominazioni sono particolarmente numerose – fino a 40 negli Stati Uniti (Genworth, 2013) – che vanno da nomi di fantasia ad altri meglio collegati a specifiche tipologie organizzative. Al di là dei motivi di questa diversificazione – presente anche in Italia e coerente con la storia e le finalità di ogni progetto – i modelli di riferimento descritti in letteratura trovano una loro ricomposizione in due macro-gruppi di più recente introduzione nei sistemi di indicizzazione bibliografica.

Il primo raggruppamento comprende le soluzioni o strutture per la vita indipendente (*Independent Living Facilities*). Include, fra i modelli più diffusi: abitazioni protette, appartamenti in condivisione, *co-housing*, *Cantous*, case albergo, servizi *Abbeyfield*, *Logement-Foyer*, *Maison de Retrait*, *Maison Cangourou*. Si tratta di normali abitazioni dotate di adeguati accorgimenti architettonici e arricchite con servizi di portineria sociale o di coordinamento locale e altri interventi di ridotta intensità, anche solo a richiesta (governo della casa, spesa, trasporti, socializzazione, bagno assistito). Le persone possono condividere spazi e servizi comuni, come la cucina e la lavanderia, ma sono autonome nella gestione delle proprie esigenze quotidiane. Soprattutto nelle applicazioni italiane e in quelle censite nel progetto Abitare Leggero, sono utilizzate prevalentemente da anziani con fragilità sociali o difficoltà abitative specifiche. L'età di accesso è più spesso vicina ai 70 anni, le limitazioni funzionali minime e più spesso limitate alle funzioni IADL, la durata di accoglienza normalmente pluriennale.

Il secondo raggruppamento comprende le strutture o i servizi di vita assistita (*Assisted Living Facilities*) che includono, sempre a titolo esemplificativo: comunità alloggio, residenze sociali, *Nursing Dwellings*, *Homes for the Aged*, *Hotel Care*. Queste strutture sono più spesso organizzate in forma comunitaria, ma l'unità di accoglienza può ancora essere un vero e proprio appartamento – com'è più frequente negli USA o nei paesi scandinavi – oppure una camera, più spesso singola, ampia e con bagno. I servizi accessori sono rivolti specificamente a sostenere riduzioni delle autonomie più consistenti e l'assistenza – svolta da operatori professionali – è normalmente estesa alle 24 ore. Nelle applicazioni censite da Abitare Leggero, gli anziani accolti hanno un'età più avanzata, oltre gli 80-85 anni, le limitazioni funzionali interessano anche l'area delle ADL e la durata dell'accoglienza dipende soprattutto dalla consistenza della rete familiare. In Italia, dove questa è più solida, si limita in genere a

EXECUTIVE SUMMARY



Minialloggi Achille Papa (Brescia), foto FHS

pochi mesi, garantendo generalmente il sostegno necessario alla persona o alla famiglia per superare criticità temporanee del lavoro di cura.

La differenza fra queste due macro-categorie, soprattutto negli ultimi anni, non è sempre così netta. Sono infatti sempre più diffusi i progetti che aggregano normali abitazioni con unità più specifiche per la vita indipendente o per la vita assistita. Il modello più noto è quello della *Continuing Care Retirement Community* statunitense, che offre agli “anziani più giovani” soluzioni abitative di qualità integrate da servizi - di prossimità, domiciliari, di residenzialità leggera o istituzionale nelle loro diverse articolazioni - in grado di accompagnare le persone senza richiedere ulteriori cambiamenti di luogo e di riferimenti. Nell’interpretazione europea del modello si presta maggiore attenzione al pericolo di realizzare “cittadelle per anziani”, isolate e autoreferenziali (OECD, 2003), privilegiando piuttosto i temi dell’integrazione e dell’intergenerazionalità. Anche i più recenti esempi lombardi si presentano più spesso come Centri polifunzionali e aggregano abitazioni protette, comunità alloggio e centri diurni integrati. In altre parole, se la tendenza tradizionale era di separare i servizi in unità a diverso livello d’intensità assistenziale, quella più recente li aggrega per sviluppare al meglio le sinergie possibili e collegarli ai servizi di comunità. La linea di separazione più valorizzata, resta invece quella fra servizi a forte impronta istituzionale - grandi dimensioni, standardizzazione dei processi di cura, maggiore intensità sanitaria - e i servizi di comunità: piccoli, diffusi, adattabili e personalizzabili.

Le 52 strutture coinvolte in *Abitare Leggero* propongono soluzioni coerenti con questa impostazione e sono state analizzate sotto molti aspetti: organizzazione, soluzioni architettoniche, sostenibilità economica, profili degli utenti anziani. I residenti sono stati intervistati per comprenderne il progetto di vita, le motivazioni e le aspettative e valutarne la “funzionalità globale” mediante uno strumento di valutazione multidimensionale - il VAOR LTCF - che potrebbe essere adottato in futuro anche dal programmatore regionale per giudicare l’appropriatezza dell’accoglienza nelle RSA. Questa scelta è stata dettata dall’esigenza di cogliere le differenze più sostanziali fra le due popolazioni.

Nel complesso, sono emerse molte analogie con i modelli internazionali, sia sul versante delle tipologie di beneficiari, sia su quello dei servizi proposti. Sono servizi apprezzati ed efficaci, chiamati a operare in uno scenario ancora

incerto sotto il piano normativo e della collocazione di rete. Nel rapporto sono messi in evidenza i loro punti di forza e le possibili criticità, sottolineando gli aspetti meritevoli di attenzione e sintetizzando le indicazioni in modelli e linee guida progettuali.

Si tratta di soluzioni sotto molti aspetti coerenti con le linee di riforma del *welfare* regionale, che valorizzano la flessibilità, la territorialità e il sostegno alle famiglie. La condivisione con esperti e attori della rete dei servizi ha permesso di individuare alcuni elementi utili alla futura evoluzione normativa: una lettura più dettagliata e aggiornata della non autosufficienza; l'adozione di criteri coerenti con gli strumenti di valutazione multi-dimensionale che la Regione intenderà adottare; la previsione di forme di accreditamento sociale o socio-sanitario che valorizzino la leggerezza organizzativa e l'adattabilità dei servizi (linee d'indirizzo piuttosto che standard rigorosi); l'integrazione governata con i servizi domiciliari sociali e ADI; l'utilizzo mirato del sistema voucher per interventi integrativi della normale tutela abitativa o alberghiera e del sostegno alle famiglie, come previsto dalla recente DGR 856/2013.

Il momento attuale sembra favorevole al dibattito; i più recenti atti normativi hanno valorizzato il ruolo delle abitazioni protette, ma introdotto alcune incertezze nel confine fra queste e il tema ancora poco definito della "residenzialità leggera". Sembra necessaria una migliore puntualizzazione del ruolo delle prime – nella realtà più orientate a garantire sostegno alle difficoltà abitative di lunga durata di popolazioni più giovani – e della specificità dei servizi di vita assistita, più appropriati per il sostegno temporaneo alle criticità intercorrenti del lavoro di cura svolto dai *care-giver* di persone di età più avanzata e con maggiori limitazioni delle autonomie. Nella futura riforma delle RSA, s'ipotizza la definizione di una nuova Unità d'offerta "Residenzialità Leggera". In analogia con i più diffusi modelli internazionali, sembra decisivo che questo servizio, più vicino al modello della vita assistita, possa essere gestito anche in strutture di comunità, esterne ai servizi istituzionali. Il rapporto suggerisce anche alcuni indicatori, ad esempio derivabili dal sistema VAOR, utili a definire l'appropriatezza dell'accoglienza in servizi non-RSA. Infine, non può essere sottovalutata la necessità di rilanciare l'attenzione all'abitare in senso stretto, con politiche di adattamento delle abitazioni, di certificazione *life-resistant* delle nuove realizzazioni e di evoluzione dei tradizionali modelli di *housing* sociale.

Per concludere, Abitare Leggero ha esplorato un mondo composito ma attuale, che apre a soluzioni praticabili ma collegate a cambiamenti culturali e istituzionali anche profondi. Alcune applicazioni meritano riflessioni e approfondimenti, ma la filosofia che le sottende sembra solida e condivisibile. Si tratta di costruire le premesse per una sua ragionevole implementazione, riflettendo soprattutto sulle barriere e le facilitazioni che possono favorire lo sviluppo di una nuova generazione di risposte alla vecchiaia, più vicina alle necessità e ai desideri di tutti.



Minialloggi Achille Papa (Brescia), foto FHS

1.1 Premessa¹

Sotto molti aspetti, cominciamo a conoscere la vecchiaia solo oggi, almeno come età della vita potenzialmente accessibile a tutti. Il cambiamento più evidente dei tempi attuali è l'aumento della speranza di vita; le persone vivono più a lungo, gli anziani aumentano, cambiano le proporzioni fra le generazioni (figura 1.1)². Questi processi sono spesso percepiti come motivo di allarme, piuttosto che come occasione di cambiamenti consapevoli. In realtà, si tratta della conseguenza diretta di fenomeni solo positivi, non a caso più evidenti nei paesi a economia avanzata, come il benessere economico o la prolungata assenza di eventi bellici sul proprio territorio. In altre parole, poter vivere la propria vecchiaia è una grande conquista sociale, non un problema. Fra l'altro, apre alla conoscenza di fenomeni fino a ieri impossibili da sperimentare. Oggi, è finalmente possibile vivere a lungo e morire non necessariamente a causa di una malattia ma, più semplicemente, per aver avuto modo di raggiungere il termine naturale della propria esistenza (Vergani, 1997). Non solo si allunga la durata della vita ma, soprattutto, le malattie e le disabilità non evitabili vanno concentrandosi nell'immediata prossimità di questo evento (Fries, 1980). Inoltre, per motivi non ancora del tutto chiariti, la vita libera da disabilità si sta espandendo a una velocità doppia di quella libera da malattie (Fries, 1989).

Sotto questa luce, la nuova vecchiaia mette in discussione i tradizionali criteri di definizione e di approccio alla malattia e alla disabilità. Non è una malattia; non è neanche comprensibile utilizzando solo le malattie come criterio di

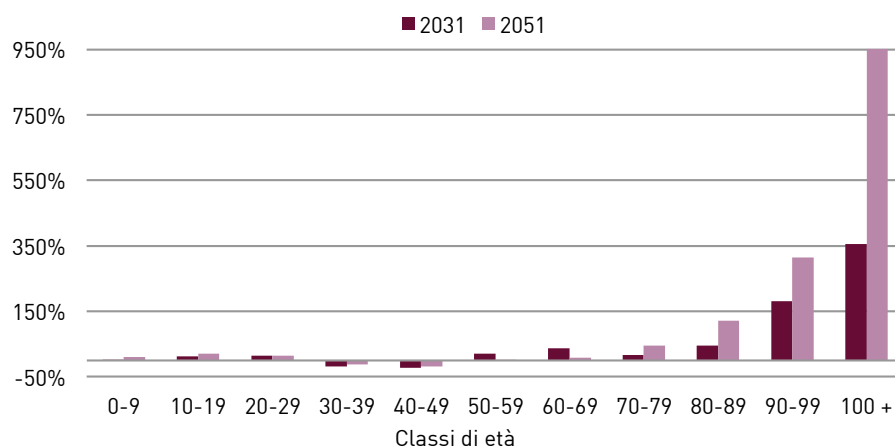
¹ Il Quaderno è stato curato da Fabrizio Giunco (Fondazione Don Carlo Gnocchi Onlus, Milano) con la collaborazione di Federica Sala (Società cooperativa sociale La Meridiana, Monza). Il lavoro raccoglie e integra i contributi di: Marco Predazzi (Fondazione il Melo Onlus, Gallarate); Giuliana Costa (Dipartimento di Architettura e Studi Urbani, Politecnico di Milano); Mariella Zanetti (Società cooperativa sociale La Meridiana, Monza); Giordana Ferri (Fondazione Housing Sociale, Milano); Antonio Sebastiano (Centro di Ricerca in Economia e Management in Sanità e nel Sociale, Università Carlo Cattaneo, Castellanza). Si ringraziano inoltre Roberta Conditì, Silvia Malavasi ed Elisabetta Pontello (Fondazione Housing Sociale, Milano).

² Il processo coinvolge soprattutto le classi di età più elevate: nel periodo 2011-2051 è atteso (ipotesi centrale Istat) un aumento del 120,7% della popolazione con età compresa fra 80 e 89 anni, del 315,5% di quella 90-99 e del 981,4% degli ultracentenari. In valore assoluto, gli ultra80enni aumenteranno da 557.822 a 1.402.880 unità, gli ultracentenari da 2.515 a 27.198.

categorizzazione. Al contrario, sono più informative la comprensione della sua storia naturale e l'analisi del funzionamento sociale. La maggior parte delle persone anziane è destinata a vivere la dimensione del limite nella propria esistenza in modo graduale e progressivo, interpretandola e sperimentandola in alcune transizioni inevitabili; ad esempio, il passaggio dalla vita indipendente a quella assistita. È un percorso personale, ma anche sociale: coinvolge le relazioni e responsabilizza le comunità.

Fino a oggi, è stata preferita un'offerta di cura centrata sul sistema ospedaliero e sulla diffusione di servizi specialistici, con una logica settoriale e sostitutiva, piuttosto che globale e sussidiaria. Sono state invece sottovalutate le modalità con le quali la vecchiaia si esprime all'interno del normale sviluppo dell'esistenza. La vecchiaia va compresa nella sua implicita naturalezza; non è un incidente, rappresenta l'evoluzione normale dello sviluppo della vita. Il primo "servizio" - se di nuovi modelli si vuole parlare - è semplicemente la forma dell'*habitat* in cui le persone vivono, si esprimono, muovono significati e relazioni. È quindi utile, come ricorda Luca Bressan Vicario episcopale per la Cultura, la Carità, la Missione e l'Azione Sociale della Diocesi di Milano: "... uscire dalla logica della risposta tecnica al bisogno singolo, in favore di una sua comprensione più sistemica; leggere il territorio, sviluppare la comprensione delle reti di relazioni che lo animano e solo all'interno di questa lettura evidenziare poi i singoli, le loro risorse, i loro bisogni" (Bressan, 2000). Anche per questo motivo, la dimensione dell'abitare riveste un valore decisivo nella progettazione delle nuove politiche sociali (WHO, 2007). La casa è uno degli elementi forti dell'esistere. Non è solo uno spazio fisico, ma anche "una costruzione sociale e uno spazio della mente" (Cooper, 2010). Garantisce alle persone "senso di benessere, di appartenenza e di coerenza" (Gilleard, 2007). Come sottolinea Renzo Scortegagna, sociologo e docente presso la Facoltà di Scienze Politiche dell'Università di Padova: "la casa è un luogo, l'abitare è un processo che ha a che vedere con socialità, significati e relazioni" (Scortegagna, 2013). Questo processo si sviluppa in territori, in un "intorno" che esprime facilitazioni o barriere alla piena espressione di sé (WHO, 2001).

Figura 1.1 - Lombardia. Variazione percentuale delle diverse classi di età negli intervalli 2011-2031 e 2011-2051 (tendenze Istat, ipotesi centrale)



Fonte: elaborazione degli autori su dati ISTAT (demo.istat.it)

1.2 Non solo servizi

In questo scenario, è necessario prestare la giusta attenzione alla proporzione relativa e alla specifica organizzazione delle risposte ai bisogni che persone e famiglie esprimono lungo l'intero arco di vita (OMS, 2012). Molti interventi tradizionali impongono ai più anziani fatica e grandi capacità di adattamento; proprio per questo motivo, possono favorire il precoce esaurimento delle riserve funzionali di persone già fragili. Una barriera, ad esempio, può essere la stessa logica dei servizi forniti, quando questa sia esautorante, in qualche modo non coerente con le aspettative e i desideri delle persone. Il concetto di fragilità rimanda implicitamente al punto di rottura di qualunque sistema – fisico o biologico – che sia portato al limite delle riserve strutturali e funzionali. Spesso, si fa riferimento al concetto opposto di flessibilità; alla capacità, cioè, di adattarsi “elasticamente” alle situazioni e alle contingenze della vita; questo, senza riflettere sul fatto che flettere implica uno sforzo, richiedendo l'utilizzo di energie; la flessione/adattamento si manterrà elasticamente solo fino a che questa energia sarà disponibile. Poi, tendenzialmente, tutto tornerà come prima e, se di una persona si tratta, essa potrà trovarsi nelle stesse condizioni iniziali e con meno risorse a disposizione, avendo utilizzato o consumato quelle necessarie a rispondere elasticamente alla sollecitazione ricevuta. Giuseppe Micheli, demografo presso il Dipartimento di Sociologia e Ricerca Sociale dell'Università di Milano Bicocca, sottolinea la priorità di modelli di azione utili a valorizzare la *plasticità* delle persone, intesa come “*capacità di riorganizzare diversamente la propria vita di fronte a un punto di crisi, di riadattarsi al mutare delle situazioni da fronteggiare*” (Micheli, 2004). Il concetto di plasticità ha a che vedere con le capacità di adattarsi in modo attivo e positivo – per questo motivo con un ridotto consumo di energie e minori o assenti tensioni – alle necessità della vita. Il punto di confine sembra essere determinato soprattutto dalla capacità della persona di percepire un intervento (o un servizio o una struttura) come coerente con i propri obiettivi e desideri più profondi. Se le soluzioni sono vicine ai personali progetti di vita, la fatica di adattamento sembra ridursi ed è più facile trovare un nuovo e meno faticoso punto di equilibrio. In qualche modo, la plasticità delle persone trova un favorevole riscontro nella corrispondente plasticità delle soluzioni di servizio possibili.

1.3 Il progetto Abitare Leggero

Il progetto di ricerca Abitare Leggero sintetizzato in questo contributo vuole riflettere sul tema dell'abitare. Abitare inteso in senso ampio, coinvolgendo dimensioni e spazi che oltrepassano le mura fisiche dell'abitazione (Maltais, 1989). Le riflessioni che seguono si propongono di analizzare quanto fino a oggi sperimentato per integrare la tradizionale logica specialistica e istituzionale dei più diffusi servizi per anziani, con soluzioni orientate verso gli spazi prossimi alle persone e più vicine ai loro desideri (WHO, 2007). Il progetto è stato realizzato con il contributo della Fondazione Cariplo e ha coinvolto - insieme agli enti gestori dei servizi che hanno accettato di partecipare al suo sviluppo - due organizzazioni partner: la Fondazione Housing Sociale di Milano e la Società Cooperativa Sociale La Meridiana di Monza. È stato progettato come ricerca partecipata e si è svolto fra il 2012 e il primo semestre 2013 (tabella 1.1). Nella sua fase iniziale sono state analizzate la letteratura e la modellistica internazionale, intervistati esperti, promossi *focus group* e *workshop* sui principali temi in gioco. È stato quindi costruito un *network* di servizi di residenzialità leggera

Tabella 1.1 - I numeri del progetto Abitare Leggero

1	rassegna della letteratura con contributi specifici di esperti
3	focus group con gestori
1	focus group fra esperti
1	workshop fra gestori e operatori del settore abitativo sociale
5	incontri plenari
52	servizi censiti
9	province rappresentate
89	modalità di accoglienza dichiarate (nelle diverse combinazioni possibili)
467	appartamenti (532 posti complessivi)
352	posti in residenzialità comunitaria
167	posti semiresidenziali integrati
52	risposte ai questionari sulle ipotesi di lavoro e sugli aspetti gestionali e organizzativi
45	risposte ai questionari sulla qualità architettonica
101	interviste sul campo e 302 valutazioni VAOR LTCF ad anziani residenti
12	valutazioni architettoniche sul campo
6	strutture analizzate dal punto di vista economico-gestionale

già attivi sul territorio lombardo, insieme ai cui gestori sono state sviluppate le successive fasi della ricerca. Le strutture analizzate appartengono a diverse forme di sostegno abitativo o di residenzialità comunitaria, orientate a favorire la vita indipendente o sostenere le prime esigenze di vita assistita in situazioni non istituzionali, amichevoli, ben integrati con i normali servizi di comunità.

Ai partecipanti alla ricerca sono state inizialmente proposte alcune ipotesi di lavoro, tratte dalla letteratura e dalla modellistica internazionale, dalle quali sono stati progettati gli approfondimenti successivi. Le strutture sono state analizzate rispetto a organizzazione, obiettivi, modelli di riferimento, servizi offerti, soluzioni architettoniche, popolazioni accolte, modelli organizzativi. Le conclusioni del progetto, condivise con i suoi attori, suggeriscono alcuni interventi possibili per lo sviluppo di nuovi modelli di accoglienza.

Nelle pagine che seguono, saranno descritti i risultati del progetto e, soprattutto, le sue conclusioni, alcune più solide, altre aperte a possibili sviluppi. Si tratta di un ambito di riflessione originale, che sposta i confini e rinnova le definizioni. Non deve meravigliare, quindi, che alcune delle analisi oggetto della ricerca restituiscano molte incertezze. L'esistente non è l'ottimale; sono emersi punti di forza ma anche molte criticità, probabilmente inevitabili alla luce del cambio di paradigma in corso nel panorama internazionale, oggetto di attenzione da parte di un mondo che appare in grado comunque di proporre soluzioni convincenti.



Abbeyfield (Liscate), foto FHS

2.1 Accompagnare la vecchiaia

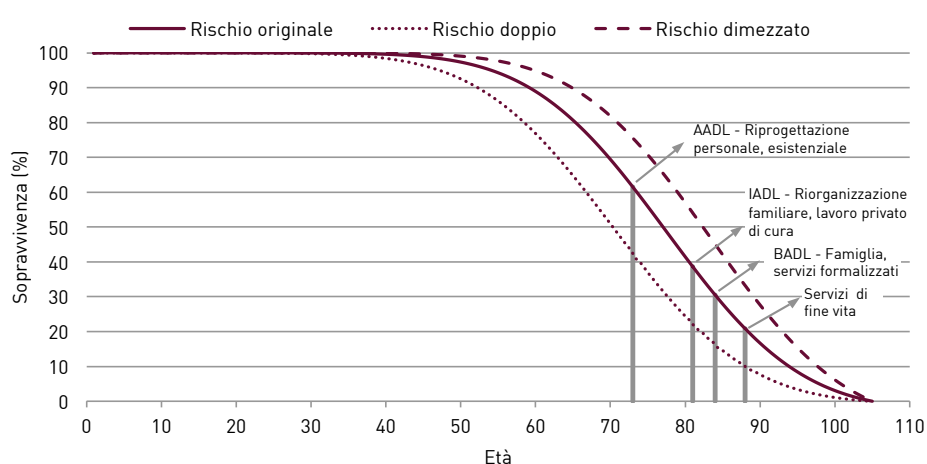
La rete lombarda dei servizi per anziani è particolarmente orientata verso le popolazioni più complesse; RSA e CDI si rivolgono soprattutto ad anziani con totale dipendenza, elevate comorbidità e indicatori prognostici compatibili con una ridotta speranza di vita; anche i servizi domiciliari, sia comunali (SAD) che ASL (ADI), intercettano anziani in età molto avanzata e profili di assistenza analoghi. In pratica, l'offerta di servizi formali inizia quando la persona ha già perso gran parte delle sue autonomie nelle funzioni di base. Prima di questa soglia, l'offerta è limitata alle tradizionali risposte sanitarie alla malattia e a quelle d'intervento sulla povertà. I nuovi modelli favoriscono un approccio diverso. Si propongono, infatti, di intercettare le difficoltà che ogni persona incontra lungo l'intero arco della vecchiaia, sostenendole in modo proporzionato e sussidiario alle sue autonomie e ai suoi desideri e dando valore all'insieme di determinanti e relazioni che appartengono alla dimensione globale dell'esistere. Questo modello presuppone una comprensione più ampia del processo d'invecchiamento e, soprattutto, dei rischi più frequenti cui la persona è esposta lungo il suo naturale sviluppo. Intervenire sui fattori di rischio, prima che sulle sole situazioni di disabilità conclamata, appartiene alla cultura della prevenzione e, come in altri ambiti, ha esiti positivi rispetto all'utilizzo appropriato dei servizi formalizzati. Nel caso specifico, non si tratta di prevenire la vecchiaia o la disabilità inevitabile delle ultime fasi della vita, quanto di intervenire sulle barriere e le facilitazioni che la vita quotidiana propone a persone con possibili limitazioni funzionali, favorendo la risoluzione autonoma dei problemi e una migliore qualità di vita anche in presenza di difficoltà. Quest'approccio – coerente con il modello ICF dell'OMS – prende in considerazione l'insieme delle variabili che appartengono alla vita di ogni persona, incluse quelle sociali, abitative e motivazionali. Intervenire sulle barriere e sulle facilitazioni, vuol dire favorire il progetto di vita personale. Molti fattori di rischio – di cadere, di perdersi, di trovarsi confinati nella propria abitazione senza possibilità di esprimere una richiesta di aiuto, di alimentarsi in modo inadeguato o scorretto per problemi di povertà o di semplice approvvigionamento logistico, il rischio di morte in solitudine, etc. – non sono determinati solo dalle limitazioni che li sostengono, ma anche dalla complessa interazione fra persona, ambiente e relazioni. L'ambiente, cioè, può condizionare l'esito di questa interazione: può "chiedere troppo" a persone con riserve funzionali già ridotte e può essere implicitamente disabilitante per la sua stessa struttura, amplificando l'effetto di limitazioni anche di ridotta entità.

Una visione moderna dei servizi alla vecchiaia, quindi, non può essere ridotta alla sola offerta di servizi di elevata complessità, ma trova il suo naturale completamento nei modelli oggetto di questo contributo.

2.2 Distribuire le risposte lungo l'intero percorso della vecchiaia

Solo in termini esemplificativi, la figura 2.1 sintetizza la relazione fra un'ipotetica curva di sopravvivenza e alcuni processi collegati naturalmente all'invecchiamento. Da un lato, la possibile evoluzione della disabilità; dall'altro i cambiamenti verso cui persona e famiglia sono in qualche modo provocati. L'esempio ha riferimenti di età diversi se si analizza la storia di vita di una singola persona o quella di una popolazione. Nel primo caso, l'età d'inizio del processo può variare in un *range* molto ampio; nel secondo può essere analizzata con riferimento a valori di prevalenza rilevati da studi specifici. Quanto alla disabilità, la persona anziana vi si avvicina più spesso per gradi, a partire dalla compromissione delle attività più importanti per la socialità o l'espressione di sé - descritte in modo non sempre soddisfacente dagli indicatori di *Advanced Activities of Daily Living* (AADL) - per incontrare poi crescenti difficoltà nelle attività strumentali che garantiscono la completa e autonoma gestione delle proprie esigenze, misurabili come *Instrumental Activities of Daily Living* (IADL). Infine, intercettano nella propria esistenza le limitazioni più sostanziali nella gestione quotidiana delle proprie necessità di base (*Basic Activities of Daily Living*, BADL). Anche nei tre ambiti descritti (AADL, IADL e BADL), il processo non è tutto o nulla.

Figura 2.1 - Curva di sopravvivenza, limitazioni della vita quotidiana, processi di cambiamento e intersezione con la rete dei servizi



Fonte: elaborazione degli autori. I dati d'intersezione fra età e processi di riduzione delle autonomie sono puramente indicativi, anche se riferiti ad alcune stime pubblicate

Esiste più spesso una gradualità, con la quale la persona e la sua famiglia interagiscono con diversa efficacia. In altre parole, la rete dei servizi incontra persone già impegnate in un cammino personale e familiare di adattamento a una vita più difficile, chiamata a confrontarsi con le proprie potenzialità e i propri limiti. Rispetto ai cambiamenti personali e familiari, questi coinvolgono inizial-

mente la persona, chiamata in diversi modi a riprogettare la propria esistenza mentre prende coscienza della presenza della vecchiaia nella propria vita. Poi, quando questo è possibile, è l'intera famiglia o sistema di relazioni della persona che attiva i cambiamenti necessari ad accompagnare l'invecchiamento del proprio familiare. In entrambi i casi, i processi possono determinare risultati più o meno favorevoli, oppure richiedere interventi accessori o anche totalmente sostitutivi. Si tratta di una relazione complessa, che coinvolge dimensioni anche profonde, come motivazioni e percezioni soggettive. Le due curve restituiscono anche un'immagine grafica della relazione fra invecchiamento e soluzioni possibili. Se l'età mediana d'intervento dei servizi formalizzati è oggi prossima o superiore agli 85 anni, in qualche modo si tratta d'interventi più vicini al tema della totale dipendenza e della fine della vita. Resta da chiedersi come si articola la domanda nelle età precedenti e quale consistenza numerica abbiano le popolazioni a maggior rischio e su cui è rilevante intervenire con risposte più mirate e incisive. In questa visione, la riflessione va orientata verso i sottogruppi chiamati a confrontarsi con variabili che possono influenzare negativamente il processo di adattamento personale e familiare alla vecchiaia o l'utilizzo inappropriato o intempestivo dei servizi.

2.3 Disabilità e fragilità

Declino funzionale, disabilità e fragilità appartengono al concetto di *sindromi geriatriche*. Rappresentano lo spettro di condizioni che esprimono una compromissione globale delle riserve funzionali fisiologiche della persona anziana e interferiscono con la sua qualità di vita. Disabilità e fragilità hanno alcune caratteristiche comuni: hanno una prevalenza che incrementa con l'età, una natura multifattoriale e i medesimi fattori di rischio. In termini generali, disabilità e fragilità esprimono concetti diversi ma interattivi. Il concetto di disabilità si riferisce a una riduzione delle capacità funzionali nelle attività quotidiane che sono necessarie per vivere in modo indipendente, inclusi ruoli o compiti necessari per la cura di sé e delle proprie cose, o altre attività importanti per la qualità di vita della persona. In circa la metà dei casi, l'esordio della disabilità e il suo avanzamento hanno un decorso lentamente progressivo e si associano a malattie croniche concomitanti e a fragilità; nella restante metà dei casi, l'esordio è brusco e successivo a eventi clinici acuti (Gill, 2006). A volte, è la ricorrenza di eventi clinici acuti e brevi a condurre lentamente verso una disabilità cronica. La dinamica di evoluzione della disabilità riflette la complessità del processo e la correlazione reciproca tra eventi precipitanti (cadute, ospedalizzazione, cambiamenti nel nucleo familiare) e fattori di rischio.

La definizione di fragilità è più difficile, ancora incerta e filosofica, ma utile per identificare i soggetti più bisognosi di assistenza geriatrica e per orientare in modo efficace le strategie dell'intervento assistenziale. In generale, s'intende per fragilità una condizione di ridotta riserva fisiologico-funzionale che comporta un aumentato rischio di eventi avversi, quali disabilità, ospedalizzazione, istituzionalizzazione e decesso. La fragilità fa parte delle sindromi geriatriche e non coincide quindi, necessariamente, con il normale invecchiamento; in quanto sindrome, la fragilità può essere qualificata attraverso segni e sintomi che vanno a definirne il profilo, tracciando il fenotipo della fragilità (Fried, 2001). La maggior parte delle ricerche si è concentrata sul fenotipo fisico della fragilità, ma un crescente numero di definizioni prende in considerazione anche

aspetti cognitivi, funzionali e sociali³. La definizione operativa di fragilità proposta da Fried (2004), identifica la fragilità come riduzione delle riserve funzionali responsabili della capacità di adattamento (resilienza) agli *stressor* interni o ambientali. A questa definizione, intesa come evento biologico, contribuiscono in modo rilevante fattori di natura cognitiva, sensoriale, psicologica e sociale. Nel *Cardiovascular Health Study* (CHS), Linda Fried, geriatra e epidemiologa della Columbia University Mailman School of Public Health, analizza la sovrapposizione tra comorbidità, disabilità e fragilità, variabili correlate ma distinte, con differente esito prognostico e con diverse implicazioni sulla salute dell'anziano. In particolare, Fried ritiene che la disabilità sia al tempo stesso causa ed effetto della fragilità (Fried, 2004). Secondo altri autori (Campbell, 1997), la disabilità indica la perdita di una funzione, mentre la fragilità rappresenta uno stato d'instabilità e di rischio di perdita o di riduzione funzionale; questo rischio esprime in modo fenotipico il numero di sistemi fisiologici vicini o oltre la soglia di compenso omeostatico. Ne deriva che la persona fragile mostra un aumentato rischio di disabilità e di morte in conseguenza di eventi stressanti anche di minima entità.

A prescindere dalla definizione, resta che il concetto di fragilità è molto utilizzato dalla maggior parte delle professioni socio-sanitarie (medici, infermieri, psicologi, servizi sociali); ha avuto il merito di contribuire, tra l'altro, a spostare l'ottica da un approccio centrato sulla malattia o sull'organo a un approccio integrato, centrato sulla salute in senso ampio. La valutazione della fragilità non ha quindi un carattere certificativo ma, piuttosto, un significato di prevenzione e sviluppo della qualità della vita e anche di precisa identificazione del bisogno sul quale impostare un piano di assistenza congruo. Ciò si traduce in una definizione più operativa della fragilità, che ne riconosce la dinamicità e assume di volta in volta una forma diversa a seconda del *setting* e dell'obiettivo che si propone. In altre parole, una persona definibile fragile in un contesto, può esserlo meno o con rischi meno evidenti in un altro, più idoneo.

2.4 Stime di prevalenza dei sottogruppi a maggior rischio

La stima di prevalenza della disabilità risente delle differenze nei criteri utilizzati per la sua definizione; nell'ambito di una popolazione con età media supe-

³ Linda Fried, nello *Women's Health and Aging Study I*, considera la fragilità come una sindrome provocata dal declino cumulativo di più sistemi fisiologici (Guralnik, 1995). Secondo Fried, questa sindrome è riconoscibile attraverso la presenza di almeno tre delle seguenti caratteristiche: perdita di peso (4,5 Kg. nell'ultimo anno); affaticabilità (fatica in almeno 3 giorni/settimana); riduzione della forza muscolare: *hand-grip* < 5,85 (M) e 3,37 Kg. (F); ridotta attività fisica; riduzione della velocità del cammino (> 7 secondi per percorrere 5 m su percorso noto). A questa definizione di fragilità, intesa come evento biologico, contribuiscono in modo rilevante anche fattori di natura cognitiva, sensoriale, psicologica e sociale. Il concetto di fragilità è stato analizzato anche da Rockwood e colleghi attraverso l'identificazione del *Frailty Index* (FI) (Rockwood, 2006), costruito contando il numero di deficit accumulati nel tempo, tra cui disabilità, malattie, deficit fisici e cognitivi, fattori di rischio psicosociali e sindromi geriatriche. Il FI viene costruito raggruppando le informazioni ricavate da più di 70 domini: cognitività, umore, motivazione, comunicazione, mobilità, equilibrio, ADL, continenza sfinterica, nutrizione, comorbidità e risorse sociali, altro. In base al FI è stata creata una scala di fragilità a sette punti, predittiva di mortalità e istituzionalizzazione. Rispetto al fenotipo identificato dalla Fried, il FI canadese sembra più complesso sia nella rilevazione che nell'interpretazione, a causa dell'eterogeneità dei fattori analizzati.



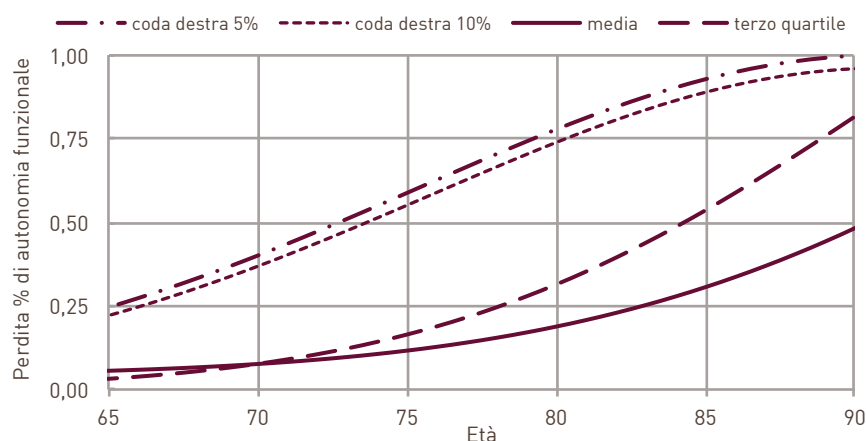
Oasi San Gerardo (Monza), foto FHS

riore ai 70 anni si assesta in media intorno al 20-30% (Gill, 2010). Il *Medical Research Council Cognitive Function and Aging Study* (Brayne, 2006) conferma che la disabilità non è un fenomeno *tutto o nulla*⁴. Mentre le politiche socio-economiche tendono a classificare le persone anziane come autonome o dipendenti, lo spettro della disabilità va da un grado molto lieve a uno molto severo. L'assenza di una soglia sicura di discriminazione fra persone che richiedono o meno assistenza, rende difficile definire criteri operativi di accesso ai servizi di *long-term care*, ma pone l'accento sulla necessità di diffondere servizi non limitati alle situazioni più gravi ma anche, o soprattutto, indirizzati verso le persone con disabilità da lieve a moderata. Lo stesso studio mostra come i soggetti istituzionalizzati siano soprattutto ultra85enni nei quali si combinano la limitazione nelle attività della vita quotidiana e la compromissione cognitiva. Di tutti i soggetti disabili, il 49% si avvale di servizi di *home care*. Nelle situazioni analizzate, questi comprendono pasti al domicilio, lavanderia e aiuto domestico prima ancora che servizi formalizzati orientati verso le necessità sanitarie o assistenziali di maggiore entità (Brayne, 2006).

Per gli scopi di questo contributo, le limitazioni funzionali che meritano maggiore attenzione sono quelle nelle IADL; compaiono più precocemente e interferiscono per più tempo con la vita in comunità. Giuseppe Micheli ha condotto un'interessante analisi su chi invecchia a Milano e nel Nord-Ovest d'Italia. Analizzando la figura 2.2, l'autore riferisce che: *"Il limite superiore della norma, partendo da un tasso di perdita di autonomia del 40% intorno ai 70 anni, cresce fino a raggiungere il 100% in vicinanza dei 90 anni. Intersecando le curve con le due linee divisorie orizzontali poste al 75% (tasso di perdita corrispondente grossomodo alla definizione di "non autonomia parziale") e al 90% (corrispondente alla definizione di "non autonomia totale"), è possibile affermare che la condizione di non autonomia parziale "diventa norma" già qualche anno prima degli 80, mentre a 85 anni "diventa norma" la condizione di non autosufficienza totale"* (Micheli, 2004).

⁴ Secondo i dati del campione inglese, sono le donne anziane i soggetti maggiormente disabili (72% del campione); nel 40.6% coesiste un decadimento cognitivo da lieve a grave. Gli ultra85enni, rappresentano il 37.6% di tutti i soggetti disabili.

Figura 2.2 - Perdita percentuale di autonomia funzionale (IADL) per età. Interpolante logistica delle medie vincolate per età, del terzo quartile e del limite della regione di rifiuto al 5% e al 10%



Fonte: Micheli, 2004

Rispetto alla fragilità, le stime sono più difficili. I sistemi di misurazione e i dati concernenti la sua prevalenza variano, infatti, secondo le definizioni utilizzate nei diversi studi. Si tratta di definizioni più incerte o in evoluzione, che descrivono uno stato biologico età-dipendente, caratterizzato da una ridotta resistenza agli stress e correlato a comorbidità, disabilità, rischio d'istituzionalizzazione e mortalità (Fried, 2004). In ogni caso, la sua prevalenza incrementa con l'avanzare dell'età⁵. I fattori più frequentemente associati alla fragilità - comorbidità, ridotta capacità funzionale, disabilità e disagio socio-economico (isolamento, povertà) - divengono, infatti, più frequenti sopra i 75 anni, così come l'incidenza di alcune malattie. La relazione tra fragilità e poli patologia non è comunque univoca⁶. La prevalenza della fragilità mostra anche differenze di genere⁷. Questo dato concorda con il fatto che le donne, rispetto agli uomini, hanno meno forza e meno massa magra, vivono più spesso da sole e sono per questo più esposte a un impoverimento della dieta. Altre ragioni che possono motivare questa relazione, riguardano le differenze nell'attività fisica e nelle performance. Tendenzialmente, gli uomini anziani mostrano un maggior tasso di mortalità rispetto alle donne, che manifestano invece un mag-

5 Nella popolazione del Cardiovascular Health Study (CHS) [5.317 ultra65enni residenti a domicilio] è stata identificata una prevalenza di fragilità del 7% negli ultra65enni (F 7,3%, M 4,9%) e del 30% negli ultra80enni (Fried, 2001). In due studi condotti in Spagna (Jurschik-Gimenez, 2001; Avilla-Funes, 2008) che utilizzano criteri analoghi per definire la fragilità si riscontrano prevalenze dell'8,5% e del 10,5% rispettivamente negli ultra65enni e negli ultra 75enni.

6 Il crescere dell'età è correlato alla possibilità di avere contemporaneamente una o più patologie con conseguente maggior rischio anche di disabilità o compromissione fisica, ma solo una minoranza delle persone con comorbidità è fragile (solo il 9,7% nel CHS), mentre il 67,7% dei fragili presenta una multi-morbidità. Questi risultati suggeriscono che la fragilità potrebbe non essere causata dagli stessi meccanismi alla base delle malattie croniche; oppure, potrebbe esserne influenzata solo quando queste hanno raggiunto uno stadio avanzato (Gill, 2008).

7 Nello studio britannico condotto sul campione dell'Hertfordshire Cohort Study, la prevalenza di fragilità nella fascia d'età 64-74 anni è risultata dell'8,5% per le donne e del 4,1% negli uomini (Patel, 2010).

gior tasso di morbidità e disabilità. Prendendo in considerazione il totale degli ultra65enni, il dato di prevalenza per la fragilità è del 7% in uno studio condotto in tre città francesi (*Three-City Study*, 6.078 ultra65enni) (Avila-Funes, 2008) e dell'8,8% nello studio condotto sul campione italiano InCHIANTI (Cesari, 2006). Una prevalenza superiore emerge dallo studio europeo SHARE (Santos-Eggimann, 2009): la prevalenza globale registrata nei dieci paesi europei è del 17,0%, con notevoli differenze tra i paesi del Nord rispetto a quelli del Sud (si va da un minimo del 5,8% in Svizzera al 27% in Spagna). Lo studio BiSS (Agenzia Regionale di Sanità della Toscana, 2009), condotto in Toscana, ha adottato un criterio diverso, stimando la fragilità negli ultra65enni, rispetto alla compresenza di 3 (alto) o 4 (altissimo) fattori di rischio per la perdita dell'autonomia⁸. Tra gli ultra65enni, secondo questo criterio, la prevalenza di anziani ad alto rischio è del 33,8%, quella di anziani ad altissimo rischio del 14,4%. La durata della fragilità intesa come sindrome è inferiore a quella di altre patologie: nello studio di Gill (Gill, 2010) si è riscontrato che in un anno e mezzo i soggetti definiti fragili secondo i criteri della Fried, tornano nel 23% dei casi a uno stadio di pre-fragilità, a fronte di un 13% di soggetti che muoiono. Se il tempo di osservazione è esteso a quattro anni, la situazione s'inverte: la percentuale di soggetti che migliorano la propria condizione scende al 12,9%, mentre sale al 20,1% la percentuale di persone che muoiono. La fragilità rappresenta quindi, come la disabilità, un processo dinamico. Inteso in questo senso, consente di individuare dei "periodi finestra" nei quali agire attraverso interventi di prevenzione o di sostegno adattativo, in particolare nelle fasi di pre-fragilità.

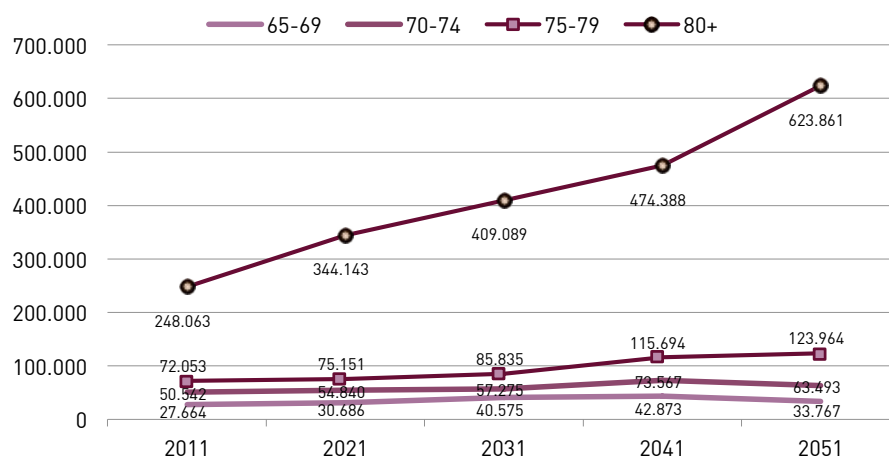
2.5 Quanti sono gli anziani fragili o disabili in Lombardia?

Le indicazioni dei paragrafi precedenti permettono di derivare alcune stime sulla consistenza numerica dei sottogruppi di popolazione che possono rappresentare il riferimento per i modelli oggetto di questo contributo. La figura 2.3 descrive i numeri assoluti che si ricavano applicando le stime Istat sulla prevalenza di disabilità dichiarata alla popolazione lombarda ultra65enne, lungo l'intervallo temporale 2011-2051; si tratta di poco più di 500.000 persone - destinate a diventare 700.000 entro i prossimi vent'anni. La crescita più consistente riguarda, ovviamente, soprattutto la popolazione ultra 80enne. Le analisi Istat si basano sulle dichiarazioni delle persone piuttosto che su valutazioni standardizzate; inoltre, entrano solo parzialmente nello specifico di quali autonomie siano limitate, di che entità siano le limitazioni e di quali strategie adottino persone e famiglie per affrontarle lungo il loro graduale sviluppo.

⁸ La predittività di questo metodo di valutazione è basata sui dati raccolti dallo studio InCHIANTI, valutando lo stato funzionale al *follow-up* (dopo 3 anni) dei soggetti portatori delle caratteristiche indagate dal questionario autosufficienti alla *baseline*.



Figura 2.3 - Lombardia. Stima della popolazione disabile ultra65enne ed evoluzione 2011-2051



Fonte: elaborazione degli autori su dati Istat (Indagine multiscopo sulle condizioni di salute della popolazione anziana 2004-2005 e demo.istat.it)

È utile, quindi, utilizzare stime più dettagliate e basate su misurazioni dirette, oltre che sostenute da criteri utili a prefigurare interventi di sostegno più mirati sui principali determinanti. Applicando alla popolazione lombarda le stime dello studio di Gill (Gill, 2010), ad esempio, si deriverebbe una consistenza di 350-530.000 ultra 70enni (popolazione stimata al 2021), stima comunque non lontana da quella dell'Istat.

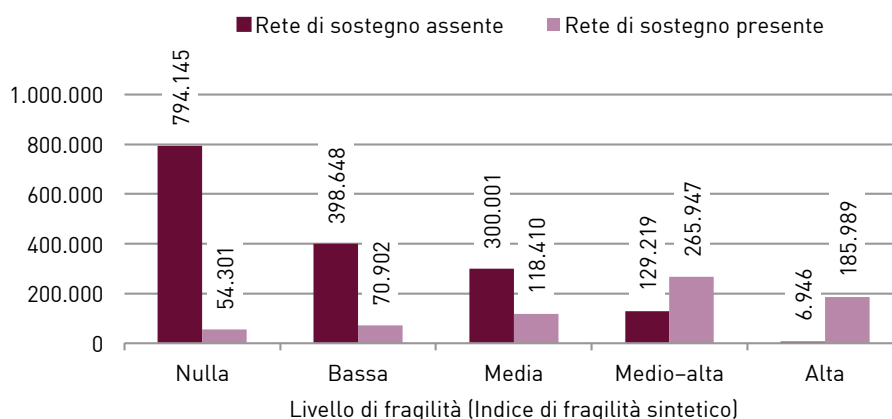
Per quanto già descritto nelle pagine precedenti, la disabilità nelle funzioni IADL, è più informativa rispetto agli obiettivi dei modelli di residenzialità leggera, soprattutto abitativa. Applicando le proporzioni suggerite da Micheli alla popolazione lombarda, si possono stimare non meno di 700.000 ultra70enni con limitazioni nelle IADL. Oltre gli 85 anni, i 400.000 anziani con totale dipendenza nella stessa area stimati dall'autore, si sovrappongono più probabilmente a quelli con parziale o totale dipendenza nelle BADL, confluyendo quindi nei sottogruppi che più utilizzano i servizi a maggiore complessità sanitarie e assistenziale.

Secondo lo studio SHARE (Santos-Eggimann, 2009), la prevalenza in Italia di anziani fragili è - escludendo i disabili dal calcolo - del 14,3% della popolazione ultra65enne. I pre-fragili rappresentano il 48,8%⁹. Applicando queste stime alla popolazione lombarda al 2021, è possibile ipotizzare circa 325.000 anziani fragili e circa 1.100.000 pre-fragili. Nei successivi trent'anni questi numeri cresceranno rispettivamente fino 470.000 e a 1,6 milioni. Secondo lo stesso studio, gli ultra65enni fragili con disabilità (8,3%) sarebbero 232.000. La relazione tra fragilità e consistenza delle reti di sostegno è stata indagata dall'IRER in un'analisi condotta su 3.000 anziani lombardi (Guaita, 2000). La figura 2.4 descrive

⁹ Per gli obiettivi dello studio, si intendono come fragili gli anziani che presentino almeno 3 fattori di rischio secondo i criteri di Fried e come pre-fragili quelli con 1 o 2 fattori di rischio.

la relazione fra l'indicatore di fragilità sintetico adottato nella ricerca e la consistenza delle reti. Secondo questa rilevazione, potrebbero essere almeno 140.000 gli anziani con fragilità elevata o medio-elevata privi di reti di sostegno.

Figura 2.4 - Fragilità e reti di sostegno (dati 2000 proiettati sulla popolazione lombarda al 2021)



Fonte: elaborazione degli autori su dati IRER, 2000. Dati di popolazione da demo.istat.it

Si tracciano così alcuni profili quantitativi della popolazione anziana che, pur non presentando necessariamente limitazioni nelle BADL e non rientrando a pieno titolo nell'area della totale dipendenza, possono esprimere difficoltà rilevanti – fragilità, fragilità con disabilità, assenza di reti di sostegno, limitazioni o dipendenza nelle IADL – che amplificano i rischi nei contesti di vita reali e possono interagire in modo significativo con il mantenimento di una qualità di vita accettabile. Ovviamente, le conseguenze della fragilità e delle limitazioni IADL si manifestano anche prima che si arrivi ai fenotipi più gravi, così come l'assenza di reti di sostegno mostra solo una delle dimensioni più critiche della vita quotidiana. Sembra quindi utile intervenire nei “periodi finestra” con interventi di prevenzione o di sostegno adattativo, in particolare orientati verso le fasi di pre-fragilità. Anche le famiglie presenti ma deboli o in difficoltà rappresentano un possibile destinatario di servizi più prossimi e leggeri di quelli tradizionalmente disponibili per l'età anziana. Le numerosità in gioco sono sufficienti a rilevare l'urgenza di adottare strumenti più idonei all'evoluzione dello scenario demografico e della struttura sociale e familiare.

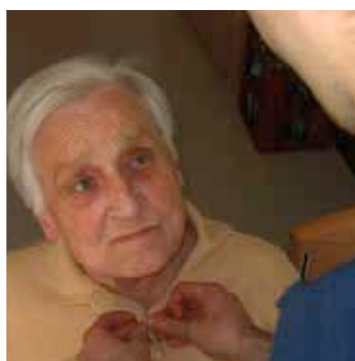
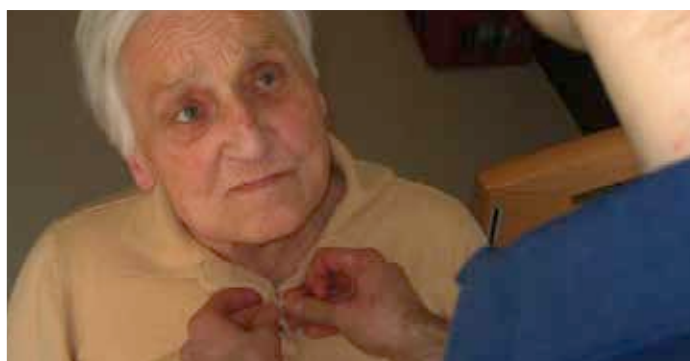


Foto Geralt, Pixabay

3.1 Linee di ricerca e descrittori bibliografici

Nei paesi a economia avanzata sono stati sperimentati e implementati molti modelli di sostegno. Per gli scopi di questo contributo, sono interessanti soprattutto quelli orientati a ripensare o arricchire il concetto di abitare e la relazione fra anziani e organizzazione urbana. È un mondo fluido e in divenire, che va dall'*housing* sociale in senso stretto a forme meno convenzionali di residenzialità di piccolo gruppo a maggiore o minore protezione, fino alle nuove modalità di sostegno domiciliare e di prossimità (consegne a domicilio, servizi di assicurazione e monitoraggio e di accompagnamento e trasporto). L'obiettivo comune è favorire la permanenza della persona anziana nella propria casa o nella propria comunità anche durante il naturale processo d'invecchiamento e per il maggior tempo possibile (*Aging in place*). Le parole chiave sono quelle di *independent living* e di *assisted living*, cui fanno riferimento le soluzioni e i servizi analizzati dal progetto Abitare Leggero.

Si tratta di un ambito osservato con interesse dalla letteratura più attuale, ma che fatica a trovare spazio nei tradizionali criteri di analisi. La terminologia è confusa, i confini dei diversi servizi labili, i tentativi di classificazione si sovrappongono, i modelli non sono sempre confrontabili. Nella fase preliminare della ricerca, è stata prestata particolare attenzione al tema della terminologia. Anche per questo motivo, sono stati analizzati in dettaglio i criteri d'indicizzazione adottati dalla *National Library of Medicine*, raccolti nel data base MeSH (*Medical Subject Headings*)¹⁰. Ogni nuova definizione riflette la diffusione nella letteratura di temi e parole chiave originali, per cui le definizioni precedenti non sono più sufficienti o vanno meglio articolate. La ramificazione dell'albero d'indicizzazione e la data d'introduzione di nuove definizioni, rispecchiano quindi l'evoluzione dei modelli e sottintendono la comparsa di nuove generazioni di servizi e linee di ricerca.

Per le soluzioni residenziali, la definizione più generica, quella da cui origina la ramificazione discendente delle ricerche successive, fa riferimento alla prima definizione di *Residential Facilities* (RF), introdotta nel 1968. Con RF s'intendono le "strutture di cura di lungo periodo, che garantiscono supervisione e assistenza nelle attività della vita quotidiana, fornendo anche, quando necessario, servizi medici e di assistenza infermieristica". Da questa definizione, discendono le ramificazioni successive dell'albero di ricerca bibliografica, descritte di seguito e ordinate per anno d'introduzione:

- [1965, aggiornata nel 1967] *Halfway Houses* (Case intermedie o Residenze intermedie): residenze specializzate per persone che non richiedono una piena ospedalizzazione, ma che non presentano esigenze di salute tali da permettere, in assenza di supervisione professionale, protezione e supporto, una funzionalità completa in comunità.
- [1966] *Homes for the Aged* (Case o Abitazioni per anziani, Residenze per anziani): residenze geriatriche di lungo periodo che forniscono supervi-

¹⁰ Si tratta dei criteri di indicizzazione per la ricerca bibliografica adottati dalla National Library of Medicine. Sono basati su definizioni riassuntive periodicamente aggiornate e organizzate secondo alberi di ricerca; questi, sono strutturati in modo discendente, dalle definizioni più ampie e comprensive a quelle più precise e circoscritte (www.ncbi.nlm.nih.gov/mesh).

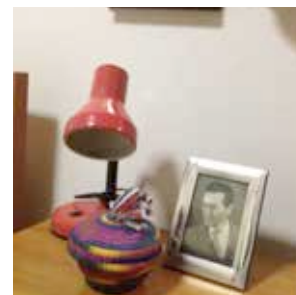
sione e assistenza nelle attività della vita quotidiana e, se necessario, servizi medici e infermieristici.

- (1979) *Nursing Homes* (Residenze assistenziali): strutture che forniscono supervisione infermieristica e cure mediche limitate a persone che non richiedono l'ospedalizzazione.
- (1979) *Skilled Nursing Homes* (Residenze assistenziali specializzate): strutture di cure estensive che forniscono, in forma residenziale o diurna, assistenza infermieristica specializzata e servizi riabilitativi.
- (1991) *Nursing Homes, Intermediate Care Facilities* (Strutture di cura intermedie): istituzioni che forniscono cure e servizi a valenza sanitaria a persone che non richiedono il livello di cure proprio di un ospedale o di una struttura assistenziale specializzata, ma che per le loro condizioni fisiche o mentali richiedono cure e servizi non solo alberghieri.
- (1991) *Group Homes* (Residenze comunitarie): abitazioni per gruppi di pazienti, bambini o altri sottogruppi di popolazione, che richiedano o desiderino supporto emotivo o fisico. Le persone risiedono di solito in singole unità abitative, nelle quali sono garantiti i servizi di governo e pulizia domestica. Le unità sono inserite in ambienti residenziali che forniscono assistenza e supervisione. I servizi sono rivolti a piccoli gruppi di residenti, che, anche in assenza di vincoli di parentela, vivono insieme come in una famiglia.
- (2003) *Assisted Living Facilities* (Residenze assistite o Residenze di vita assistita): abitazioni con servizi sanitari integrati che combinano indipendenza e cure personali. Forniscono un insieme di servizi - abitativi, di supporto personalizzato e di assistenza sanitaria - progettati per rispondere ai bisogni, programmati e non programmati, di persone che richiedono aiuto nell'attività della vita quotidiana.

Queste definizioni devono essere integrate con quelle dipendenti da due altri alberi di ricerca:

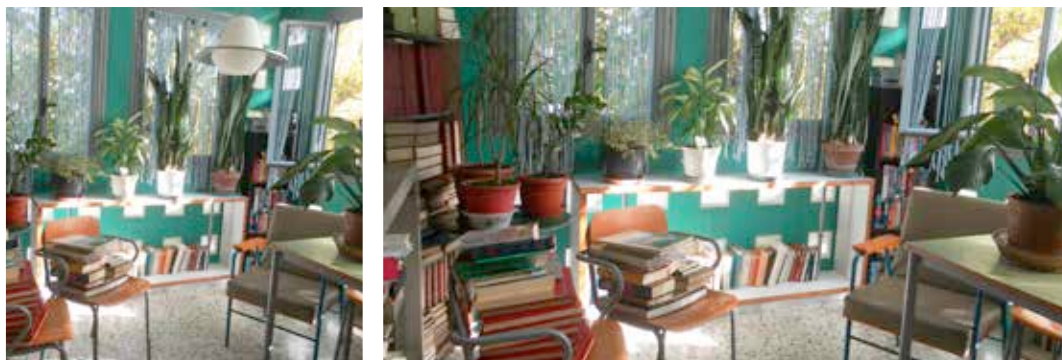
- (1992) *Housing for the Elderly* (Abitazioni o Residenze per anziani): abitazioni per anziani o adulti attempati, orientate a favorire la vita indipendente. Le strutture possono essere organizzate come abitazioni di gruppo o come piccoli appartamenti. Sono accessibili ad anziani economicamente autosufficienti; la tipologia include anche abitazioni per anziani con qualche limitazione fisica. Questa tipologia andrebbe differenziata da quella delle Abitazioni o Residenze per anziani ("*Homes for the aged*"), definizione che va riservata in senso stretto a strutture geriatriche di lunga durata che forniscono cure mediche e infermieristiche;
- (2010) *Independent Living* (Vita Indipendente): una sistemazione abitativa o comunitaria che ottimizza indipendenza e autodeterminazione. Le ricerche bibliografiche possono far riferimento anche alla definizione di *Independent Living Facilities* (strutture di vita indipendente).

Va rilevato come la definizione di *Housing for the Elderly* (1992) discenda sia dall'albero di ricerca *Housing* (Abitare) sia da quella di *Residence Characteristics* (1968)¹¹. Entrambe hanno come altra ramificazione il concetto di *Public Housing* (Edilizia Pubblica). Da *Residence Characteristics* derivano – oltre alle definizioni



Comunità alloggio L'approdo (Milano), foto FHS

¹¹ Con *Residence Characteristics* si intendono: "Gli elementi abitativi che caratterizzano una popolazione. Possono essere applicabili nel determinare le necessità di servizi sanitari o del loro utilizzo".



Monolocali di Via Turati (Bollate), foto FHS

di *Housing for the Elderly* e di *Public Housing* - anche quella di *Independent Living*, la più recente in assoluto.

3.2 Dalla bibliografia ai modelli possibili. Una ricerca in evoluzione

L'analisi dei criteri d'indicizzazione MeSH fornisce informazioni interessanti. Fino agli anni '70, il dibattito scientifico analizzava soprattutto il confine fra gli interventi sanitari e ospedalieri in senso stretto e la necessità di servizi e strutture utili per affrontare le esigenze di persone portatrici di necessità comunque sanitarie - quindi destinatarie d'interventi medici e infermieristici geriatrici - ma di entità tale da non richiedere il ricovero ospedaliero. Le definizioni di *Halfway Houses*, *Homes for the Aged* e di *Residential Facilities* riflettono quindi, un mondo dei servizi sostanzialmente bipolare, centrato da un lato sui servizi ospedalieri e, dall'altro, su residenze specializzate e di lungo periodo dotate di servizi sanitari. Sotto molti aspetti, si tratta della visione ancora prevalente in Italia. L'evoluzione fra il primo modello (*Halfway Houses*) e quello delle *Residential Facilities*, si gioca sui termini di "specializzazione" (presente all'inizio e poi eliminato) e nell'attenuazione del ruolo dei servizi medici e infermieristici, chiamati a intervenire "se necessario" nei modelli più recenti; cambia anche la definizione abitativa; da casa o residenza a struttura residenziale. La riflessione culturale dei dieci anni successivi porta alla codificazione definitiva - si tratta di una definizione vicina a quelle delle nostre RSA - delle *Nursing Homes* e delle *Skilled Nursing Homes*. S'individua l'esigenza di un modello in grado di fornire servizi infermieristici, riabilitativi e cure mediche di minore intensità rispetto ai contesti ospedalieri, sostenuti e integrati da supervisione e assistenza alla vita quotidiana. Si tratta di servizi ancora vicini al modello ospedaliero, dal quale derivano e con cui si confrontano. La popolazione di riferimento è contigua ai due sistemi, nel senso che si mette a fuoco soprattutto la maggiore o minore necessità d'interventi sanitari e professionali su variabili comuni e prevalentemente cliniche. In altre parole, l'attenzione è più centrata sul tema della malattia piuttosto che su quello della vita quotidiana, dando in qualche modo come assunto che le esigenze della vita ordinaria dei più anziani siano affrontate da altri e in altri luoghi e senza richiamare (o facendolo in modo meno specifico) l'attenzione della letteratura scientifica.

Negli anni '80 questa tendenza si modifica, determinando l'aggiornamento conseguente dei descrittori bibliografici. S'introduce la definizione di *Group Homes*; la lente d'ingrandimento della letteratura focalizza il tema dei bisogni fisici, ma anche emotivi, delle persone; i servizi sono di tipo domestico - pulizia degli ambienti e governo della casa - e forniti in unità abitative e contesti residenziali in grado di fornire assistenza e supervisione alla normale vita quotidiana. Compare anche il tema di chi è solo e, in qualche modo, ricostruisce legami - "come in una famiglia" - anche in situazioni di vita comunitaria condivise con altri anziani. La letteratura entra quindi in modo sensibile in ambiti diversi da quelli della malattia in senso stretto - è il prodotto della migliore cultura geriatrica e gerontologica dell'approccio globale - per rilevare la rilevanza del benessere personale e delle necessità di persone povere di relazioni e con risorse personali limitate o critiche. Agli stessi anni risale un'ulteriore ramificazione della definizione di *Nursing Homes*, le *Intermediate Care Facilities*: si tratta di *Nursing Homes* che forniscono cure e servizi a valenza sanitaria - ma di livello inferiore a quelli ospedalieri e delle *Skilled Nursing Homes* - a persone le cui condizioni fisiche e mentali impongano servizi superiori al solo sostegno alle esigenze alberghiere e di cure personali. In altre parole, all'inizio degli anni '90, l'immagine che deriva dalla letteratura è di anziani di cui sono focalizzati sia specifiche necessità di salute sia più ampi problemi della vita domestica. Le esigenze sanitarie mantengono come ambito elettivo i servizi ospedalieri e geriatrici, integrati dal sistema delle *Nursing Homes* e delle loro possibili articolazioni: strutture specializzate e intermedie. Le esigenze di vita quotidiana più ampie e di difficoltà familiari e abitative hanno, fino a questa data, il riferimento alternativo delle *Group Homes*, che si affianca e avvicina al tema dell'abitare in senso ampio (*Housing*). Nel 1992 sono definite le *Housing for the Elderly* ed è rilevata l'importanza della vita indipendente e delle cure personali; queste ultime - intese come supporto personalizzato al tema delle possibili limitazioni fisiche della vecchiaia - sono in qualche modo subordinate all'indipendenza. In altre parole, il modello si propone di favorire in modo primario la vita indipendente; i servizi di sostegno - anche di eventuale assistenza sanitaria - sono interpretati come supporto in qualche modo sussidiario a questa esigenza.

Il dibattito successivo consolida questa realtà. Non ci sono aggiornamenti rispetto al tema delle NH intermedie o specializzate, ma si sviluppa ulteriormente la letteratura sulla vita indipendente e assistita, alimentata dalla diffusione di nuovi modelli di servizio. Nel 2003 è introdotta - sull'onda della crescita esponenziale di queste unità d'offerta, soprattutto negli Stati Uniti - la definizione di *Assisted Living Facilities*. Si tratta di abitazioni e residenze di varia configurazione, che possono anche integrare servizi sanitari, ma che hanno come obiettivo primario quello di presidiare il delicato confine fra indipendenza e cure personali. Questo confine è tutelato combinando interventi abitativi e alberghieri, con livelli molto personalizzabili di assistenza personale e sanitaria. Il *focus* è sulla vita quotidiana e il *target* è di anziani completamente o parzialmente indipendenti, che per mantenere questa indipendenza possono aver bisogno di aiuto proporzionato nelle tre dimensioni più consolidate: organizzazione di vita, supervisione, assistenza limitata. Negli stessi anni diventa più solida la letteratura, sociale e sanitaria, sulla differenza fra i due livelli di vita indipendente e di vita assistita, tradotta nell'introduzione nel 2010 delle definizioni di *Independent Living* e di *Independent Living Facilities*. Esse fanno riferimento alle sistemazioni di tipo abitativo o comunitario orientate a valorizzare indipendenza e autodeterminazione. Questo qualificatore bibliografico

MeSH, è collegato ulteriormente ai temi delle *Residence Characteristics*, delle *Housing for the Elderly* e del *Public Housing*.

3.3 Possibili applicazioni al contesto italiano

La riflessione descritta nel paragrafo precedente rimanda ad alcune caratteristiche del sistema italiano. I modelli d'intervento più diffusi nel nostro paese, infatti, sembrano sotto molti aspetti datati. Nelle diverse regioni – non è il tema di questa riflessione, si rinvia al proposito ai contributi di altri autori, fra cui AUSER (2012), NNA (2011), SIGG (2005), Guaita (2005, 2010, 2011), Guerrini (2010), Pesaresi (2003, 2009, 2013), Brizioli (2013) – lo scenario dei servizi sembra essersi arrestato agli anni '80 o, nei casi più avanzati, ai primi anni '90. Gli assetti normativi nazionali e regionali dedicano ampio spazio alla residenzialità e alla sua articolazione per livelli d'intensità (tabella 3.1). Tutte le regioni adottano criteri diversi per la classificazione dei servizi residenziali, con evidenti difficoltà nel confronto fra indicatori di attività e popolazioni accolte, sia a livello nazionale che internazionale. Le differenze principali riguardano la tipologia di anziani accolti (non autosufficienti, con limitazioni solo parziali delle autonomie o autonomi) e l'offerta di servizi prevista dalle normative per l'autorizzazione o l'accreditamento istituzionale. In linea di massima le RSA (Residenze Sanitarie Assistenziali) – introdotte dalla Legge 833/1978 – dovrebbero essere quelle a maggiore intensità assistenziale, orientate ad accogliere solo persone totalmente non autosufficienti e in grado di offrire anche servizi sanitari e riabilitativi; il modello adottato dalla Lombardia è però diverso da quello della Toscana, delle Marche, dell'Umbria o dell'Emilia Romagna. In alcune di queste regioni le RSA sono poche e organizzate per offrire soprattutto prestazioni temporanee e riabilitative, mentre in Lombardia sono definite RSA tutte le strutture residenziali accreditate socio-sanitarie per anziani, senza altre differenziazioni. Sempre in Lombardia, le RSA garantiscono anche assistenza medica con professionisti propri, mentre in Emilia Romagna e Toscana le persone restano a carico dei medici di medicina generale. Ancora più varie sono le tipologie di servizio raccolte sotto le definizioni di residenze assistenziali o socio-sanitarie; queste dovrebbero accogliere anziani meno complessi delle RSA e con autonomie conservate o solo parzialmente ridotte, senza garantire servizi sanitari, che restano a carico dei sistemi di comunità (medicina generale, continuità assistenziale, rete ospedaliera, servizi specialistici e di diagnostica ambulatoriali). Anche per ovviare a queste difficoltà d'interpretazione e confronto, il sottogruppo Mattone 12 del Progetto Mattoni SSN del Ministero della Salute, ha proposto nel 2007 un nuovo schema di classificazione delle strutture residenziali, basato sulle caratteristiche tecnico-organizzative e professionali delle strutture erogatrici e rese coerenti da un codice nazionale di classificazione: R1 per le prestazioni rese in nuclei specializzati ad alto grado di intensità assistenziale (stati vegetativi, pazienti terminali, nutrizione artificiale o ossigenoterapia continua, ventilazione meccanica), R2 per quelle rese in nuclei specializzati a persone non autosufficienti con elevata necessità di tutela sanitaria, R2D per quelle rivolte a persona con demenza con associati disturbi del comportamento (Nuclei Alzheimer) e R3 per le prestazioni erogate a persone non autosufficienti con bassa necessità di tutela sanitaria (Ministero della Salute, 2007). In questo scenario, già complesso, solo poche regioni o provincie autonome regolano con modalità altrettanto variabili il settore della residenzialità non istituzionale (abitazioni protette, case famiglia, comunità alloggio, altro). Regole sulle abitazioni protette, ad esempio, esistono in Trentino Alto

Tabella 3.1 - Anziani ospitati nelle strutture residenziali, anno 2005

Regioni	RSA	Residenze socio-sanitarie	Residenze assistenziali	Altre residenze di tipo assistenziale	Totale anziani ricoverati	Anziani ricoverati/1.000 ab.
Piemonte	5.947	14.154	28.867	1.234	50.199	51,6
Valle d'Aosta	157	1.070	76	44	1.347	53,8
Lombardia	63.392	3.326	2.203	1.607	70.528	38,4
Bolzano	688	3.771	0	5	4.464	55,7
Trento	6.107	0	22	298	6.427	65,2
Veneto	5.572	29.327	5.978	1.388	42.266	46,5
Friuli-VG	8.406	9.138	2.677	623	20.842	76,3
Liguria	7.457	12.832	851	1.008	22.179	52
E. Romagna	7.498	23.624	10.273	228	41.624	43,8
Toscana	13.418	1.343	4.042	696	19.499	23,2
Umbria	703	1.562	747	174	3.186	15,7
Marche	3.217	2.355	5.024	89	10.684	30,9
Lazio	4.526	861	7.539	1.461	14.387	14,2
Abruzzo	1.769	1.813	1.252	422	5.255	18,9
Molise	52	1.124	349	212	1.736	24,6
Campania	755	550	3.312	571	5.189	5,9
Puglia	159	2.927	3.784	994	7.864	11,2
Basilicata	0	186	309	226	720	6,1
Calabria	587	834	550	252	2.224	6,1
Sicilia	771	3.036	4.790	1.010	9.606	10,6
Sardegna	875	398	1.396	2.229	4.898	16,8
ITALIA	132.052	114.229	84.040	14.771	345.093	29,8
%	38,3	33,1	24,3	4,3	100	

Nota: Il numero degli anziani ospitati dalle strutture residenziali è dato dal numero di anziani presenti al 1° gennaio di ogni anno più gli anziani accolti durante lo stesso anno.

Fonte: Pesaresi, 2009

Adige, nelle Province di Trento e di Bolzano, in Lombardia, in Friuli Venezia-Giulia. Anche in questo ambito, i modelli di riferimento sono più spesso assimilabili alle definizioni MeSH più remote (1991-1992); in ogni caso, si tratta di esperienze che riguardano poche regioni italiane e con un impatto complessivo ridotto sulla cultura dei servizi. A questo proposito, sono opportune alcune sottolineature:

- nella letteratura e nella modellistica internazionali la tradizionale articolazione in livelli di diversa intensità assistenziale delle strutture residenziali istituzionali è oggetto di una profonda revisione critica. Un sistema residenziale istituzionale organizzato per livelli crescenti d'intensità sanitaria o assistenziale implica, infatti, la necessità per gli anziani accolti di cambiare struttura una o più volte negli ultimi anni della loro esistenza. È una soluzione non gradita alle persone, fonte di rottura della continuità di relazioni e cure e fonte di possibili inefficienze di sistema. Piuttosto, viene valoriz-

zata la limitazione dell'offerta più complessa (RSA, Nursing Homes, Skilled Nursing Homes) verso popolazioni delimitate (fine della vita, necessità riabilitative o di riadattamento alla vita quotidiana, popolazioni speciali ad alta intensità assistenziale), che richiedono assistenza specialistica;

- l'ambito specifico d'intervento delle RSA è oggi quello del sostegno agli ultimi anni di vita delle persone più anziane. Nel 1997 il 28% dei cittadini statunitensi trovava il suo luogo finale di vita nelle NH; nel 2020 saranno il 40% (Parker-Oliver, 2002, 2003), (Mitchell, 2006). Dati simili si ritrovano anche nei diversi contesti europei (Houttekier, 2010). Il profilo delle persone accolte in RSA/NH è ormai ben codificato; si tratta soprattutto di persone con demenza grave, totale dipendenza nelle BADL, elevate comorbidità, frequente instabilità e indicatori di speranza di vita ridotta (Mitchell, 2005) (Lopez, 2009). In particolare, nelle persone residenti in RSA oggi, la prevalenza della diagnosi di demenza può raggiungere il 90% e coincide con una dipendenza pressoché totale (Lobo, 2000). La speranza di vita media delle persone già accolte in RSA/NH è, in USA ed Europa, sempre più vicina ai due anni (Parker-Oliver, 2002, 2003). Questi dati coincidono con quelli di studi italiani e lombardi (Di Giulio, 2008) (Bagarolo, 2007). In altre parole, le RSA sembrano avere oggi un ruolo ben definito all'interno della rete dei servizi, che propone scenari di confine fra la geriatria e le cure palliative (EAPC, 2013) e che le distanzia nettamente dai temi affrontati in questo contributo;
- per lo stesso motivo, letteratura e buone pratiche considerano raramente le soluzioni abitative e di residenzialità leggera come possibile alternativa alle RSA/NH; al massimo, può essere ipotizzabile un loro ruolo – transitorio – per ridurre il ricorso intempestivo o inappropriato a esse quando l'evoluzione dei sistemi locali o possibili distorsioni legate a fattori diversi, possano aver favorito l'utilizzo dei servizi più complessi da parte di popolazioni con necessità di minore intensità. Al contrario, i modelli più recenti pongono l'accento sul ruolo delle soluzioni di residenzialità leggera come naturale integrazione dei sistemi di domiciliarità di nuova generazione;
- infine, è necessario puntualizzare il significato di cure intermedie. I servizi per post-acuti o di riabilitazione leggera introdotti recentemente nel sistema lombardo, fanno riferimento al modello di *Intermediate care* proposto nel 1991 come estensione di minore intensità delle cure ospedaliere. Il territorio intermedio presidiato, quindi, è quello fra ospedale e casa o fra ospedale e servizi di comunità. Il tempo di utilizzo è necessariamente breve e i modelli organizzativi sono necessariamente orientati in senso sanitario. Anche in questo caso, non si tratta a rigore di servizi alternativi alle RSA, quanto di una loro possibile diversa articolazione. Il territorio intermedio che è oggetto di questo contributo, è invece quello fra casa e RSA, prossimo all'abitazione naturale delle persone e con obiettivi prevalenti di sostegno abitativo, sociale, familiare.



Viviendas dotacionales (Barcelona), foto FHS

4.1 Arco di vita e Habitat in Europa. Realtà, tendenze e ipotesi progettuali

Le indicazioni culturali proposte dall'ONU in occasione dell'Anno internazionale delle persone anziane (ONU, 1999a, 1999b), hanno segnato il traguardo della cultura dell'arco di vita, rilanciandone le potenzialità propositive e progettuali come rinnovato punto di partenza per la gerontologia sociale. La cultura dell'arco di vita (Predazzi, 2002) esprime una visione globalista e integrata delle dinamiche generazionali. In ambito gerontologico un tema ha da sempre dominato la scena, diventando negli anni lo specchio fedele di visioni culturali e di metodologie operative, una sorta di cartina al tornasole rivelatrice di concezioni ideologiche, contesti storici, situazioni demografiche, scelte di politica sociale e sanitaria: l'*habitat*. Intorno alle scelte sull'*habitat* - termine mutuato dall'etologia per le sue connotazioni non solo strettamente abitative, ma più in generale connesse con l'ambiente di vita e le relazioni sociali - possono essere decodificate le concezioni culturali e le politiche sociali succedutesi nel tempo e nelle diverse realtà socio-economiche del nostro continente. Dall'autarchia auto-assistenziale della famiglia multi-generazionale contadina di fine Ottocento, agli ospizi-caserma delle società industriali inurbate tra le due guerre; dall'evoluzione sanitarizzata delle case di riposo degli anni Sessanta alla rigorosa e rigida codificazione degli *standard* strutturali e assistenziali degli anni Ottanta. Sotto quest'aspetto, ogni scelta e tipologia operativa in materia di *habitat* per l'invecchiamento si mostra figlia e partecipe delle visioni culturali del proprio tempo.

L'elaborazione sperimentale del concetto dell'arco di vita rimanda a tre linee-guida per i servizi di nuova generazione:

- *Variabilità*: gli Anziani non sono una categoria, una coorte d'individui omogenea dai bisogni omologati; piuttosto rappresentano un intero mondo di variabili biografiche che richiede scelte altrettanto diverse e articolate su cui fondare un'autentica e adeguata libertà di scelta;
- *Plasticità*: soprattutto evolutiva, perché l'invecchiamento è un percorso e non uno stato; è un evento dinamico e in progressione, che richiede strategie e soluzioni di supporto perennemente adattabili, capaci di accompagnare le varie fasi dell'età in modo armonico e protesico, mai costrittivo o prevaricante dell'evoluzione individuale dell'iter esistenziale;
- *Intergenerazionalità*: la soluzione dei problemi della vecchiaia non può prescindere da una strategia di coinvolgimento globale della società nel mettere in campo le risorse della rete delle relazioni informali e di prossimità, la valorizzazione del *care-giving* familiare, le sinergie delle nuove professioni di cura domestica, le politiche economiche e previdenziali; il tutto all'interno di una progettazione che contempli la multigenerazionalità come risorsa e non come ostacolo.

Questi tre concetti-chiave hanno trovato accoglienza, con diverso grado di penetrazione, nelle più recenti esperienze e sperimentazioni nei diversi Paesi dell'UE. Sembra utile, quindi, partire da una panoramica generale di tipo classificatorio, per poi arrivare ad alcuni concetti-chiave, strategicamente rilevanti, più evidenti nei migliori modelli di buone prassi.

4.2 Categorie e tipologie delle soluzioni residenziali per anziani

Le politiche per l'*habitat* gerontologico adottate nei diversi Paesi europei possono essere tassonomicamente ricondotte ad alcune macro aree: singoli alloggi, di edilizia pubblica o privata, divenuti oggetto di specifici interventi di adeguamento; appartamenti sempre di tipo individuale, che per scelta funzionale o per motivazioni sociali si presentano accorpati in soluzioni residenziali di prossimità più complesse e organizzate; soluzioni abitative con servizi di protezione a vario livello realizzate sulla base di strategie operative diverse e con diversa intensità assistenziale; micro comunità organizzate su principi di *co-housing* su base motivazionale o assistenziale; residenze comunitarie di media e grande dimensione a vario grado di sanitarizzazione (tabella 4.1).

Tabella 4.1 - Categorie e tipologie delle soluzioni residenziali europee

Macro-categoria	Tipologie
Alloggi singoli	privati-adattati pubblici-agevolati
Alloggi accorpati	mono-generazionali multi-generazionali
Alloggi protetti	servizi di prossimità centro servizi comunitario contratto canguro servizi domiciliari di supporto servizi sanitari di base a richiesta alta intensità sanitaria al bisogno
Microcomunità	case-famiglia tipologia Abbeyfield Cantous
Residenze	case albergo
Residenze comunitarie	supporti assistenziali socio-sanitarie di base media-alta intensità sanitaria hospice

Fonte: Predazzi, 2013

4.2.1 Un alloggio “resistente” all’invecchiamento

Se si considera che, secondo l'Osservatorio Europeo del *Social Housing* (Censis, 2008), solo l'1% degli alloggi in Europa è adeguato alle esigenze degli anziani, si può comprendere come l'attenzione posta da alcune politiche nazionali al luogo fisico dell'abitare civile, privato o pubblico che sia, appare di grande rilevanza strategica. Sono in questo senso emblematiche scelte come l'istituzione del *Senior citizen label* (OECD, 2003) nei Paesi Bassi, certificazione pubblica d'idoneità residenziale per alloggi destinati agli anziani perché siano *life-resistant* (centoventimila alloggi a oggi certificati); i programmi di riqualificazione gerontologica dell'edilizia popolare per persone anziane adottati in Svezia (Karnekull, 2009); le agenzie francesi per l'*Habitat réamenagé* (France Bleu, 2014), che assistono gli utenti anziani in tutte le fasi dell'adattamento



Viviendas dotacionales (Barcellona), foto FHS

logistico degli alloggi esistenti, dal progetto, alle pratiche edilizie e finanziarie, fino alla realizzazione delle opere. Anche la tecnologia gioca un ruolo sempre maggiore nelle facilitazioni e protezioni dell'abitare. Un'esperienza esemplare è l'olandese *VieDome*, cioè "rimanere a casa senza problemi"; si tratta di un progetto di messa in rete informatica di alloggi con accessibilità a servizi esterni di quartiere tramite un terminale domestico a banda larga. Accanto alle grandi politiche pubbliche, nell'ambito delle iniziative informali, si segnalano per la loro originalità esperienze rappresentative d'iniziativa familiare e solidale come i *Granny-annexe*, minialloggi familiari strutturalmente annessi all'abitazione della famiglia; oppure, la rete *Ensemble 2 Générations*, alloggi di anziani che ospitano studenti universitari con forme contrattualizzate di auto-aiuto alla pari. Si tratta di tipologie abitative intergenerazionali entrambe diffuse sul territorio francese.

4.2.2 Alloggi autonomi ma con sinergie di prossimità monogenerazionali

Il desiderio di coniugare *privacy* con un giusto grado di socialità ha indotto alla creazione di diverse tipologie abitative accorpate in blocchi residenziali integrati, diffusi nei paesi dell'UE con vari nomi e con diverse identificazioni sociali: *Logement-Foyer* nell'area francofona, la rete *Samyres Residences* in Spagna, le *Case Protette* svedesi; queste ultime sono scelte espressamente dai residenti per rispondere alle personali esigenze di socializzazione, prima che a quelle funzionali e di sicurezza.

4.2.3 Alloggi individuali in ambienti multigenerazionali

La frontiera avanzata dell'abitare anziano in autonomia e sicurezza trova completo riscontro in alcune realizzazioni molto rappresentative. Sul piano dell'importanza progettuale e dell'imponenza del progetto urbanistico va rilevato il massiccio intervento di ristrutturazione urbana avvenuto a Barcellona con le *Viviendas dotacionales* (Cocco, Pibiri, 2011), insediamenti multigenerazionali in aree cittadine a diversa tipologia sociale e logistica, in cui gli appartamenti per anziani sono inseriti in ambiti residenziali caratterizzati da uno straordinario corredo di servizi sociali e comunitari di quartiere: uno spazio abitativo privato ridotto alle esigenze essenziali che all'apertura della porta di casa si dilata all'integrazione in un quartiere residenziale ricreato *ad hoc*, presidiato da servizi, facilitazioni e opportunità e contraddistinto da una ricca rete di sup-

porti sociali e di vicinato. In chiave più mitteleuropea, ma egualmente dinamico e promettente, è il progetto di *Quartiere Solidale* della *Pro-Senectute* elvetica (Consiglio Federale Confederazione Elvetica, 2007), che sempre in tema di multigenerazionalità prevede la realizzazione di alloggi per anziani all'interno di un progetto abitativo sperimentale di quartiere multigenerazionale integrato. Sul piano concettuale è impossibile non citare *Le Balloir* di Liegi, residenza multigenerazionale con sinergie virtuose di auto-aiuto tra residenti anziani, madri in difficoltà, bambini e giovani socialmente "fragili". Un'altra esperienza che è ancora un'icona della solidarietà tra le generazioni, è rappresentata dalla coraggiosa scelta del *Centro Residenziale Assistito St. Joseph di Hilversum* in Olanda, di riconvertire una grande struttura di ricovero in un centro multi residenziale, con servizi di ogni tipo, realizzando un vero e proprio "quartiere nel quartiere" nel cuore della città.

4.2.4 *Sheltered Houses*: gli alloggi "protetti"

Contrariamente a certe interpretazioni riduttive ed estemporanee italiane, dove l'unica "protezione" sembra essere fornita dalle dimensioni ridotte e da qualche accesso dei servizi di assistenza domiciliare comunali, la reale, intensiva protezione dell'alloggio ha rappresentato in molti paesi dell'UE lo scheletro portante delle politiche per l'invecchiamento, con investimenti economici importanti e significativi sforzi concettuali e organizzativi. Limitando per ora l'attenzione all'analisi tipologica, è possibile identificare alcune forme organizzative che orientano le strategie necessarie ad attingere protezione dall'abitare.

La prima strategia, la più semplice, è rappresentata dalle scelte di prossimità: gli appartamenti satellite delle *Maison de Retraite* francesi e le *Sheltered Houses* svedesi sono collocate nelle immediate vicinanze di servizi civici e ospedalieri da cui attingere sicurezza e servizi. Una tipologia più diffusa di protezione abitativa nasce sulla scia delle *Residences-Services* francofone, residenze con unità abitative singole, integrate con un Centro Comunitario erogatore di servizi e sicurezza; oppure, con lo stile di un club, l'*Altenwohnheim in Residence* tedesca e i *Care Center Residences* su cui gravitano buona parte degli alloggi certificati dal *Seniorcitizen Label* olandesi. Una modalità a se stante di protezione abitativa è invece tipica dalle abitazioni-canguro - *Maison Kangourou* in Belgio e *Kangaroo House* in Danimarca - costituite da bi-appartamenti con alloggi comunicanti per un anziano residente e una famiglia caregiver contrattualizzata.

Sul piano dei servizi domiciliari di supporto all'abitare, la progressione dell'intensità assistenziale *on demand*, sulla base dell'evoluzione dei processi d'invecchiamento, rappresenta la scelta strategica di sistema dei paesi che hanno deciso d'investire seriamente sull'*home-care*. Le migliori strutture organizzative prevedono una serie progressiva di supporti domestici, forniti da operatori pubblici o pattanti, che spazia dai servizi più elementari alla vera e propria ospedalizzazione a domicilio. Il servizio *Invecchiamento in casa* propone in Olanda offerte progressive di supporto domiciliare: base, extra-custodia, *care-center* residenziale; *Extra-care housing* nel Regno Unito offre pacchetti assistenziali graduabili fino a intensità assistenziali pari a quelle dei servizi istituzionali; le *Nursing Dwellings* danesi prevedono abitazioni con assistenza, telesoccorso e presa in carico sociosanitaria attivabile all'occorrenza; *Home Care* nei Paesi Scandinavi, permette l'attivazione di servizi di sanitarizzazione

domiciliare integrata che arrivano a fornire più accessi giornalieri – anche notturni – nell'arco delle ventiquattro ore.

4.2.5 Microcomunità: il fenomeno “co-housing”

Il riferimento storico, per anzianità e per diffusione, è la tipologia proposta, con variazioni e adattamenti nazionali, da *Abbeyfield International*, la rete mondiale che ha fatto la storia della coabitazione e oggi è attiva, non solo in Europa, con le sue residenze classiche con camere singole e zone-giorno condivise o con le più moderne integrazioni di minialloggi autonomi con spazi comunitari. Si tratta di un modello che ha ispirato le più recenti esperienze di *co-housing* in Germania (Rothgang, 2003). Simile per dimensioni ma con altre finalità e tipologia organizzativa, è il *Cantou* francese, che permette la coabitazione di 8-10 persone anziane in una sorta di famiglia allargata, con obiettivi di custodia e supporto indirizzati a persone con autonomia ridotta o con demenza iniziale. In questo caso, il sistema non è fondato sull'auto-aiuto, quanto su un preciso supporto operativo assistenziale esterno garantito da operatori stanziali.

4.2.6 Le grandi residenze comunitarie

Nel mare terminologico delle definizioni linguistiche delle strutture che rappresentano il versante più tradizionale e istituzionale dell'abitare in età avanzata, è difficile cogliere segnali di grandi rivoluzioni culturali e organizzative. Fanno eccezione la grande varietà e progressività delle proposte residenziali che spaziano dagli *Hotel Care* olandesi, case albergo attrezzate per fasi convalescenziali o riabilitative, alle *Residential Care Houses* inglesi a bassa intensità sanitaria, all'*Etablissement d'Hébergement Personnes Agées Dépendantes (EHPAD)* e alle *Residential Care with Care-Nursing Houses*, sostanzialmente assimilabili alle RSA italiane, fino agli Hospices, *Centre de Soins Palliatifs*. Non mancano naturalmente, in questo campo, realtà vivaci sul piano dell'animazione intergenerazionale (*La Grande Chêne*, *Casa Anna Haag*) o tentativi radicali di evoluzione strutturale. Notevole, ad esempio, il *concept* architettonico sperimentale per cellule abitative integrate della Casa di Riposo *Alcacer do Sal* in Portogallo (Rapp, 2011). L'impressione generale, però, è che il sistema delle grandi comunità assistenziali, quando non sia inserito organicamente nella rete territoriale dei servizi, rappresenti ancora un'enclave in attesa di essere liberata dalla propria autoreferenzialità, per essere rilanciata verso un'integrazione territoriale e generazionale che si fatica ancora a intravedere.

4.2.7 Buone prassi europee: gli elementi qualificanti

L'analisi delle politiche europee per l'*habitat* gerontologico conferma una buona penetrazione dei concetti-chiave della visione meta-generazionale auspicata dall'ONU nel 1999, oltre che una serie di azioni strategiche e di buone pratiche da cui trarre importanti indicazioni di metodo. Molteplicità e libertà di scelta, plasticità e adattabilità dinamica, intergenerazionalità nella progettazione, si ritrovano applicate efficacemente nelle migliori esperienze europee, offrendo un panorama culturale e operativo da cui è possibile derivare un ulteriore contributo metodologico.

Il primo, in tema di possibilità di scelta e di libertà individuale, è il concetto di *ventaglio*, (*l'éventail*), parola d'ordine del Congresso di Nantes del 1999 (Pre-



Foto Sordevolo, Flickr

dazzi, 2000): “à *chacun sa vieillesse*”. Si tratta di garantire alla popolazione senescente la scelta tipologica più ampia tra soluzioni abitative e opzioni di protezione, in armonia con le caratteristiche psicologiche, sociali e culturali individuali. Sotto questo profilo l'apparentemente caotico panorama europeo, esprime in realtà un patrimonio straordinario di creatività operativa e di adattabilità all'ambiente e alle culture locali. È un quadro che disorienta tassonomisti e amministratori, ma che rappresenta il contraltare fedele della biodiversità dei sistemi sociali umani.

Il secondo elemento – più evidente nelle politiche sociali dei Paesi del Nord Europa – è quello che si potrebbe definire *habitat-pad*; utilizzare l'*habitat* come piattaforma per il buon esito delle diverse forme e strategie di *home care*. La loro efficacia sembra, infatti, molto correlata con l'esistenza di uno scheletro strutturale e abitativo cui appoggiare i progetti di *home-care*, necessario a fare da supporto alle azioni più propriamente assistenziali e di protezione.

Il terzo concetto rappresenta l'interpretazione operativa di una concezione *life-span*: adeguare alloggi e supporti socio-sanitari alla persona nella sua abitazione, invece di costringerla a migrazioni forzate attraverso strutture a diversa intensità assistenziale. In altre parole, l'auspicata plasticità evolutiva tradotta in sistema. Basta confrontare l'adattabilità e dinamicità di questo principio in opera nel modello olandese e scandinavo, con la rigidità più fiscale delle classificazioni autorizzative italiane, per avere l'immagine di quanto questo principio, di per sé semplice e condivisibile, rappresenti una vera e propria rivoluzione metodologica del sistema di *welfare*, deformalizzato e affidato alle comunità locali in quei sistemi, ipercodificato e centralizzato nelle applicazioni italiane più diffuse.

Un ulteriore elemento è l'affermarsi progressivo di quella che potrebbe essere definita *architettura globale*. Si tratta dell'adozione di un orizzonte multigenerazionale nella progettazione abitativa sociale, non più semplicemente circoscritta all'emergenza abitativa e alla realizzazione di *case popolari* o limitata alla realizzazione di generici mini-alloggi per anziani. Il nucleo portante della nuova architettura, è rappresentato dalla progettazione globale di spazi di socialità e servizi, entro i cui confini multi-generazionalità e integrazione urbana rappresentano elementi fondanti.

Un ultimo punto fermo strategico delle migliori pratiche europee è il *network operativo*, il lavoro in rete applicato sul campo e non semplicemente enunciato come principio. L'integrazione delle reti informali e delle risorse strutturali, la convergenza sull'obiettivo delle competenze pubbliche, *nonprofit* e private, le sinergie di prossimità e le economie di scala nelle politiche sociali di successo sono tutti elementi coesi in un *continuum* che è il vero segreto dell'efficacia operativa e della sostenibilità economica dei sistemi più evoluti.

4.3 Il trend europeo: verso una domiciliarità globale

Il quadro programmatico delle politiche nazionali appare soggetto a notevoli variazioni nei diversi paesi, collegato al diverso peso degli investimenti economici - che variano dallo 0,09% del PIL greco al 2,33% del PIL svedese - e alla rilevanza data alle soluzioni di ricovero istituzionale piuttosto che alle strategie di *Home Care* (Council of the European Union, 2009). L'analisi della ripartizione tra queste modalità d'intervento mostra un'immagine solo apparentemente contraddittoria. Paradossalmente, la più alta percentuale di persone assistite in residenze istituzionali vive proprio nei paesi che garantiscono il più alto investimento sui sistemi di *home-care*. Questo dato, che sembrerebbe rappresentare il fallimento del ruolo preventivo dell'istituzionalizzazione da parte dei servizi domiciliari, appare più comprensibile alla luce del fatto che, nella maggior parte delle realtà nazionali, le residenze semplicemente socio-assistenziali superano per posti-letto le istituzioni di ricovero sanitarizzate; quindi, ancora una volta, le soluzioni abitative leggere giocano un ruolo importante nello spazio intermedio di protezione tra domicilio privato e residenze propriamente a carattere sanitario e destinate eminentemente ai percorsi di fine vita.

Come si è già avuto modo di osservare, le residenze protette intermedie e l'area dell'*home-care* non devono essere intesi come domini contrapposti, ma piuttosto come supporti sinergici per la realizzazione di un sistema integrato il più possibile adattabile alla complessità e variabilità delle domande. La percentuale di persone ultra 65enni che ricevono cure domiciliari di lungo termine traccia una chiara linea di separazione tra il Nord dell'Europa - con punte oltre il 20% della popolazione anziana in Danimarca, Olanda, Islanda e i paesi nordici in generale sopra il 10% - e il Sud, sotto la media europea del 7-8% nel 2009, con un dato italiano stimato intorno al 3% (Council of the European Union, 2009). Questa differenza corrisponde alla reale demarcazione tra le politiche di medio-lungo termine adottate da paesi che hanno da tempo individuato linee-guida progettuali strategiche per l'invecchiamento demografico e nazioni con sistemi legati alla risposta immediata all'emergenza e senza un'elaborazione prospettica per il prossimo futuro del loro *welfare*. In questo modo la Finlandia, mantenendo e potenziando i propri servizi di *home-care* - attestati intorno al 10,7% di una popolazione anziana sempre in crescita - ha ridotto l'istituzionalizzazione degli anziani dal 6,2% del 1995 al 2,5% del 2010; meglio ha fatto la Danimarca, che dal 1987 al 2006 ha ridotto i posti letto istituzionali da 50.000 a 26.000 unità, a fronte di una residenzialità sociale passata a 53.000 unità. Questo, mentre in Italia l'*home-care* (1999-2009) passava dal 3 al 3,2% e i ricoveri in istituto dal 2,7 al 3%. Un'analisi più circoscritta della realtà belga, mostra un piccolo ma indicativo dato sulle potenzialità di queste politiche di protezione territoriale: nella regione fiamminga, dove la funzione dei servizi di supporto domiciliare raggiunge quote del 30%, il ricorso a cure mediche è stimato intorno all'8%, contro il 17% dell'area di Bruxelles, dove l'*home-care* non supera il 13%.



Foto TangOblivion, Flickr

Se dunque esiste in Europa un *trend* virtuoso da considerare come riferimento positivo per le necessarie politiche del futuro è quello dell'investimento sulla *domiciliarità globale*, un termine che nelle realtà evolute non comprende solo servizi, ma sostanziose politiche di *housing sociale* e reti operative a forte integrazione di competenze.

5.1 Cenni storici e definizioni

Dai primi anni '90, negli Stati Uniti si sono diffusi molti nuovi modelli di residenzialità non istituzionale. I modelli sperimentati sono e sono stati numerosi. La tabella 5.1 ne descrive solo alcuni, a riprova del fatto che – negli USA come in Europa – esiste un terreno di riflessione che alimenta ipotesi, tentativi, soluzioni.

Tabella 5.1 - Alcune definizioni collegate ai servizi abitativi o di residenzialità leggera negli Stati Uniti

Personal care homes	Senior living residence
Eldercare facilities	Adult Foster Care
Domiciliary care	Sheltered housing
Board and care	Community residence
Memory care facilities	Group homes
Residential care facilities	Adult Family Homes
Community-based retirement facilities	Adult living facilities

Una delle modalità più attuali di riclassificazione di questi servizi, collega l'offerta al livello di funzionalità delle persone. Per informazioni più dettagliate è possibile consultare i siti internet delle organizzazioni di molti enti erogatori o di associazioni di *caregiver*, come la *Paiyng for senior care* o la *National Caregiver Library*, citati in bibliografia:

1. *Independent Living Facilities (Independent Living Communities, Retirement Communities, Group Homes)*: accolgono persone che mantengono il pieno controllo di tutti gli aspetti della propria vita e conservano autonomia decisionale. Sono indipendenti in tutte le funzioni quotidiane di base (lavarsi, vestirsi, fare il bagno, continenza, deambulazione). Il servizio fornisce un ambiente di vita adatto a persone anziane, che può essere organizzato in modi diversi: villette unifamiliari, case a due piani, *campus*, condomini, grattacieli, case-mobili. Le unità abitative possono essere affittate o acquistate. I servizi offerti sono di solito di ridotta entità: sicurezza, controllo degli accessi, attività sociali e ricreative. Il governo della casa o la preparazione dei pasti può essere offerto a richiesta e con tariffa integrativa. Alcuni servizi di vita indipendente sono organizzati come *Group Homes*, all'interno delle quali più anziani sono comproprietari o affittuari di unità abitative che condividono alcuni spazi comuni.
2. *Assisted Living Facilities*: sono previste per anziani autonomi o che richiedono aiuto limitato nelle attività quotidiane. Ogni anziano vive nel proprio appartamento, spesso equipaggiato con dispositivi di comunicazione di emergenza. I residenti dispongono di spazi condivisi, che includono salotti, soggiorni, sale da pranzo, locale lavanderia. I servizi garantiti comprendono attività sociali e ricreative, governo della casa, ricambio delle lenzuola e degli asciugamani, trasporti, alcuni servizi assistenziali (igiene, bagno, aiuto nell'utilizzo dei servizi igienici) e sanitari di base: ad esempio, l'aiuto nella somministrazione delle terapie o la gestione di medicazioni semplici. Inoltre, può essere garantita la preparazione dei pasti, che possono essere consumati in comune.
3. *Continuing Care Retirement Communities*: residenze per persone indipendenti, ma che possono integrare l'intero spettro dei servizi di *long-term care*. Sono progettate per permettere ad anziani in buone condizioni di

salute di vivere la propria vecchiaia in un luogo piacevole, ben strutturato e con tranquillità, sicuri che il complesso farà fronte a tutti i loro possibili bisogni futuri. In queste comunità, che possono essere organizzate in modo variabile sotto il piano costruttivo (complessi condominiali, aggregazioni di palazzine, *campus* con cottage, villette e palazzine), le persone sono incoraggiate a rimanere indipendenti, ma quando iniziano a non esserlo più possono trovare tutta l'assistenza necessaria, sia domiciliare sia in servizi di vita assistita e in *nursing home* integrate nel complesso. Le CCRC sono in genere più costose e possono prevedere il versamento preliminare di una tariffa d'ingresso non sempre rimborsabile.

La tabella 5.2 riassume e confronta alcune caratteristiche organizzative di questi modelli. Le definizioni vanno considerate come indicative, data la loro variabilità, anche locale, e la costante evoluzione delle prassi e dei riferimenti normativi.

5.2 Le Assisted Living Facilities (ALF)

Le ALF fanno parte del più ampio capitolo delle *Residential Facilities* (RF). La definizione di ALF è traducibile come Residenza assistita o come Residenza di vita assistita. Si tratta di un modello non coincidente con la tradizionale tipologia della Residenza assistenziale, che rappresenta più spesso una struttura di grandi dimensioni e con modelli di cura orientati in senso istituzionale. Anche negli USA, la terminologia fatica a rappresentare in modo univoco la molteplicità dei servizi esistenti¹². Il rapporto Genworth 2013 ha raccolto 70 denominazioni diverse per le strutture registrate o accreditate come servizi per la vita assistita¹³.

La necessità di unificare o semplificare la terminologia è avvertita anche negli USA, soprattutto per facilitare l'azione programmatica e quella di regolazione statale e federale (Mollica, 2009). 43 stati su 50 hanno adottato il termine di *Assisted living* (AL) come riferimento per quest'intera area di servizio (U.S. Department of Health and Human Services, 2007). Altri stati comprendono,

12 "The widespread use of the term assisted living and the considerable state variability in its definition continues to fuel debate about what assisted living is and should be, how it should be regulated, particularly as the number of residents with higher levels of need increases, and whether facilities that do not support key assisted living principles should use the term. States historically have licensed two general types of residential care: (1) AFC or family care, which typically serves five or fewer residents in a provider's home although several states use a lower threshold; and (2) group residential care that typically serves six or more residents in a range of settings (from large residential homes to settings that look like commercial apartment buildings or nursing homes). States have used many names for these larger group residential care settings, including: board and care homes, rest homes, adult care homes, domiciliary care homes, PCHs, CBRFs, and assisted living. Until the mid-1990s, the most frequently used term was board and care. Today all types of group residential care are generally referred to as assisted living". Estratto da: U.S. Department of Health and Human Services, 2007.

13 Solo metà di esse usa, in effetti, la denominazione di ALF, almeno come parte della propria denominazione formale o per il rilascio della licenza di attività. Altre strutture preferiscono utilizzare il più generico termine di *Residential care facilities*.

Tabella 5.2 - Caratteristiche organizzative dei principali modelli di assistenza residenziale negli Stati Uniti

	Residence Type			
	Independent Living	Assisted Living Communities	Nursing Homes	Continuing Care Retirement Communities
Description	Single family homes or townhomes for self-sufficient seniors that offer the security and social activities of a community living environment.	Communities, typically of 23 story apartments, that provide 24 hr assistance with activities of daily living such as eating, bathing, and using the bathroom but not 24 hr offer medical services.	Communities, typically apartments, which provides 24 hr assistance with activities of daily living and medical care by nurses and therapists.	Campuslike communities that provides a continuum of care, from private residences to assisted living and skilled nursing care; designed for individuals with declining conditions and those that want to remain in a single location.
Services	- Laundry / linen service - Meals - Transportation - Social activities Note there are more expensive communities that have all the luxuries of country clubs.	- Laundry / linen service - Meals - Transportation - Social activities - Bathing / Dressing - Toileting - Housekeeping - Medication assistance - Security and emergency calls	- Laundry / linen service - Meals - Transportation - Social activities - Bathing / Dressing - Toileting - Housekeeping - Medication assistance - Security and emergency calls 24 hr nursing care - Condition specific care - Hospice / end of life services - Doctors on call	- Laundry / linen service - Meals - Transportation - Social activities - Bathing / Dressing - Toileting - Housekeeping - Medication assistance - Security and emergency calls 24 hr nursing care - Condition specific care - Hospice / end of life services - Doctors on call
Regulation	Not Regulated	State Regulations	State & Federal Regulations	Some State Regulations

segue...

nella definizione di AL, anche servizi più specifici, come il *Board-and-care*¹⁴, le abitazioni per anziani, le abitazioni in condivisione e, in alcuni casi, anche servizi per adulti, famiglie e di affido. Per l'esercizio di quest'attività può essere

¹⁴ Con *Board-and-care* s'intendono abitazioni di gruppo per anziani e disabili che offrono, in un ambiente domestico, anche servizi di preparazione dei pasti, governo della casa o della camera, controllo e aiuto nella somministrazione delle terapie e cure personali. A differenza delle ALF, i servizi di B&C accolgono più spesso le persone in una camera privata. I pasti sono consumati in gruppo, il personale può aiutare la persona nel bagno, durante il pasto e nell'igiene personale. Non sono garantite cure infermieristiche e mediche, ma l'intensità dei servizi assistenziali alla persona è superiore a quella delle normali abitazioni assistite. www.sfgetcare.com.

Tabella 5.2 - (Continua) Caratteristiche organizzative dei principali modelli di assistenza residenziale negli Stati Uniti

	Residence Type			
	Independent Living	Assisted Living Communities	Nursing Homes	Continuing Care Retirement Communities
Also Known As	- Retirement Communities - Retirement Homes - Senior Apartments - Senior Housing	- Assisted Living Facilities - Personal care homes - Eldercare facilities - Domiciliary care - Board and Care - Residential Care Facilities - Community Based Retirement Facilities, - Adult Living Facilities - Adult Foster Care - Sheltered housing - Community residences - Group Homes - Adult Family Homes	- Skilled Nursing Facilities - SNF - Nursing Home - Care and Rehabilitation - Convalescent hospital - Rest Home	- CCRCS - Continuing Care Retirement Facilities - Life Care Facilities - Life Care Communities
Approximate Costs	Market rate to rent or buy a home plus community fees from \$200 – \$2,000 / month.	\$1,800 to \$4,000 / month	\$4,000 \$12,000 / month	Varies with breadth of services required.

Fonte: www.payingforseniorcare.com

prevista una licenza specifica, rilasciata all'unità d'offerta o al gestore del servizio; in quest'ultimo caso, il gestore accreditato svolge la sua azione in più strutture analoghe. La legislazione è in piena evoluzione; la tabella 5.3 descrive alcuni dei criteri di regolazione adottati.

Le ALF hanno cominciato a diffondersi alla fine degli anni '70 a causa della crescente avversione delle persone verso le *Nursing Homes* (NH). Il loro ulteriore sviluppo, dai primi anni '90, è stato favorito dall'incontro fra le esigenze dei consumatori, dei gestori e delle agenzie governative. Nella percezione comune, si tratta, infatti, di strutture più gradite, più facili e più economiche da gestire (Wilson, 2007). La crescita delle ALF negli Stati Uniti è stata la più consistente

Tabella 5.3 - Possibili criteri di licenza/autorizzazione/accreditamento e di regolazione statale per i servizi di vita assistita negli Stati Uniti

Model	State Licensing and Regulatory Approaches
Institutional	This model has minimum building and unit requirements; typically, multiple occupancy bedrooms without attached baths, and shared toilets, lavatories, and tub/shower areas. Generally, states permit these facilities to serve people who need assistance with activities of daily living (ADLs). But they either do not allow nursing home eligible residents to be admitted or do not allow facilities to provide nursing services. Historically, this model did not allow residents who met the criteria for placement in a nursing home to be served. However, as residents have aged in place, some states have made their rules more flexible to allow a higher level of service. For example, some states allow skilled nursing services to be provided in residential care settings for limited periods by a certified home health agency. North Carolina is one of the states using this approach.
Housing and service	This model licenses or certifies facilities to provide a broad range of long-term care services in apartment settings to persons with varying service needs, some of whom may be nursing home eligible. The state allows providers to offer relatively high levels of care, although licensed facilities may set their own admission/retention policies within state parameters and may choose to limit the acuity of its residents. Depending on the state, some or all of the needs met in a nursing home may also be met in residential care settings. By creating a separate licensing category for this model and retaining other categories, states distinguish these facilities from board and care facilities. Vermont is one of the states using this approach.
Service	This model licenses the service provider, whether it is the residence itself or an outside agency, and allows existing building codes and requirements -- rather than new licensing standards -- to address the housing structure. This model simplifies the regulatory environment by focusing on the services delivered rather than the physical structure. Approaches for regulating services may also specify the type of buildings, apartment or living space that can qualify as assisted living. Minnesota is one of the states using this approach.
Umbrella	This model uses one set of regulations to cover two or more types of housing and services arrangements: residential care facilities, congregate housing, multi-unit or conventional elderly housing, adult family care, and assisted living. Maine is one of the states using this approach.
Multiple level of licensing for a single category	Some states set different licensing requirements for facilities in a single category, based on the extent of the assistance the facility provides or arranges and on the type of residents served. For example, Maryland licenses facilities based on the characteristics of residents they serve. The state categorizes low, moderate, and high-need residents based on criteria for health and wellness, functional status, medication and treatment, behavior, psychological health, and social/recreational needs. The state may grant a limited number of waivers to facilities allowing them to serve residents who develop needs that exceed the facility's licensing level.

NB: Alcune definizioni non sono mutualmente escludenti

Fonte: US Department of Health and Human Services, 2007



Casa Viva gli anziani (Milano), foto FHS

fra le unità d'offerta e servizi per anziani (Unwin, 2010). La *National Survey of Residential Care Facilities*¹⁵ ha censito, nel 2010, 31.100 ALF registrate, autorizzate o accreditate, in grado di accogliere poco meno di 1 milione di anziani (Park-Lee, 2011). Questo, a fronte di 1,5 milioni di anziani accolti nelle 16.100 NH (Jones, 2009). La differenza sostanziale rispetto alle NH sta nelle ridotte dimensioni, nella *mission* e nella filosofia operativa, più orientate a favorire l'indipendenza che a offrire cure sanitarie e infermieristiche di maggior impegno professionale. Anche per questo motivo, gli obblighi normativi sono inferiori e la maggior parte dei servizi prevede che i residenti siano contrattualmente obbligati a trasferirsi in un'altra struttura se i servizi richiesti eccedono quelli dichiarati nel contratto di accoglienza. Il trasferimento non è necessariamente verso una NH; può essere anche verso un'ALF più organizzata. In questo settore, infatti, troviamo servizi a diversa configurazione, che vanno dalle residenze più semplici, che offrono solo vitto e alloggio, a modelli abitativi molto più articolati e complessi¹⁶; inoltre, gli anziani statunitensi possono usufruire di altri servizi erogati da *Medicare*¹⁷ o da assicurazioni private, che integrano l'assistenza offerta ai residenti delle diverse forme di residenzialità leggera.

5.2.1 La popolazione accolta nelle ALF e i servizi garantiti

Le ALF combinano il concetto di abitazione con l'offerta di supporto, cure personali e, se necessario, cure mediche (Assisted Living Federation of America, 2014). L'accoglienza abitativa si basa normalmente su appartamenti, più spesso individuali. Metà di esse non supera i 4-10 posti, ma altre possono offrire fino a 100 appartamenti (Park-Lee, 2011). L'82% di queste strutture - soprattutto quelle di dimensioni più contenute - è gestito da organizzazioni *for profit*, mentre l'81% è collocato entro o nei pressi di un'area metropolitana. Nelle regioni occidentali le ALF superano in numero le NH, che restano l'offerta residenziale più diffusa nelle altre regioni (Park-Lee, 2011).

¹⁵ Si tratta di un'indagine nazionale promossa dai *Center of Disease Control* e dal *Prevention's National Center for Health Statistics*.

¹⁶ Ad esempio: *subsidized senior housing, board and care homes, continuing care retirement communities* (Unwin BK).

¹⁷ E' possibile citare il *Program of All-Inclusive Care for the Elderly* o il *Social Managed Care Plan*. Una lista più completa di queste possibilità è reperibile sul sito governativo federale www.eldercare.gov.

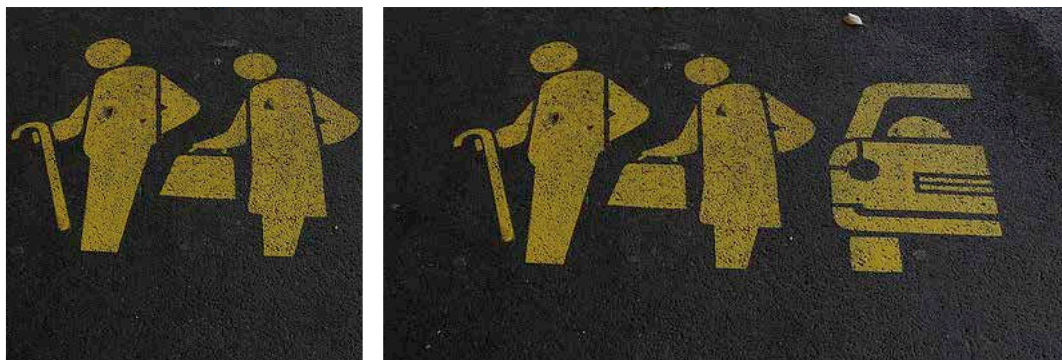


Foto Ruth Elliso, Flickr

Nel complesso, si tratta di strutture destinate ad anziani con iniziali limitazioni della vita quotidiana e nelle BADL, ma che accolgono anche soggetti autonomi o con minime esigenze di supervisione abitativa o di organizzazione di vita. L'età media dei residenti nelle ALF è elevata, intorno agli 86 anni (mediana 87)¹⁸. Tre quarti dei residenti è di sesso femminile, il 10% è sposato, il 72% vedovo o vedova. La proporzione di persone con diploma superiore o laurea è pari al 23%, più elevato (39%) se l'ALF è inclusa in una CCRC (si veda più avanti il dettaglio di questa configurazione). Il numero di figli è di 2,5 per anziano. L'80% degli anziani accolti nelle ALF richiede aiuto nelle ADL e dal 23 al 42% mostra livelli misurabili di deterioramento cognitivo (Unwin, 2010). In particolare, presentano limitazioni in tre o più ADL il 37% dei residenti mentre il 42% ha una diagnosi di malattia di Alzheimer o di demenza di altro tipo (Polzer, 2013). Anche per questo motivo, alcune ALF hanno acquisito una particolare specializzazione in questo senso, proponendo *Memory Care Units* di minore complessità rispetto alle *Special Care Units* - equivalenti ai Nuclei Alzheimer delle RSA lombarde - integrate nelle NH.

Il 96% delle ALF fornisce servizi sanitari di base, il 93% cure per l'incontinenza, il 99% servizi ricreativi e di socializzazione, il 99% servizi di lavanderia e il 93% può gestire diete speciali. Altri servizi offerti sono i servizi sociali e di *counseling* (24%), i servizi di *case-management* (51%) e quelli di trasporto per visite mediche e cure odontoiatriche (Park-Lee, 2011). *Case-management* e trasporto sono offerti più spesso nelle strutture di piccole dimensioni e caratterizzano in modo particolare le ALF, rispetto al tradizionale modello di lavoro delle NH. Le cure sono, per definizione, molto personalizzate; è normale una valutazione iniziale della persona e la condivisione di un piano di servizi individuale. Le regole locali - le ALF sono diversamente regolate nei 50 stati federati - possono definire servizi e professionalità garantite, con particolare riferimento alla possibilità di offrire anche servizi sanitari (Polzer, 2013).

Nel complesso, le ALF incontrano il crescente favore delle persone, che ricercano sicurezza quotidiana e cure personali in un ambiente meno restrittivo e più domestico delle NH e percepito come più orientato verso l'indipendenza,

18 I dati derivano dal *Resident Financial Survey*, che ha analizzato, nel 2011, un campione di 2.617 residenti in ALF (Coe, 2012a).

la *privacy* e il rispetto della dignità (Spitzer, 2004). Più di recente, sono aumentate le preoccupazioni del regolatore pubblico rispetto all'effettiva qualità dei servizi erogati, anche per la crescita di gestori a maggiore impronta commerciale. È quindi in corso un generale ripensamento degli *standard* organizzativi e professionali, oggi più dettagliati e rigorosi (Sloane, 2004) (Young, 2008) (Mitty, 2010). La letteratura non ha però dimostrato limiti sostanziali di queste strutture nella capacità di accogliere e gestire persone con esigenze maggiori (demenza, problemi comportamentali di livello moderato, disabilità, malattie di lunga durata, fine della vita) (Gruber-Baldini, 2004) (Kang, 2010) (Sloane, 2009), pur rilevando l'attenzione alla qualità dei servizi erogati. Piuttosto, è segnalata l'importanza della qualità della relazione, anche affettiva, fra operatori, famiglie e anziani residenti (Kemp, 2009) e del rispetto di radici e motivazioni delle persone accolte (King, 2009), nel complesso meglio tutelate nelle ALF rispetto alle NH. Le persone giudicano in modo diffusamente positivo i servizi ricevuti e ritengono le tariffe adeguate rispetto alla loro qualità.

5.2.2 Le tariffe delle ALF

Il sistema tariffario delle ALF è normalmente di tipo *fee-for-service*. Esiste, cioè, una retta giornaliera che include tutti i servizi previsti dall'unità d'offerta o che può prevedere pacchetti di servizi di base e a richiesta. Le tariffe giornaliere delle ALF sono analizzate annualmente dal rapporto Genworth (Genworth, 2013). La mediana è di poco inferiore a €90 (€87,25/giorno), con un minimo di €18,1 e un massimo di €240¹⁹. La tabella 5.4 confronta questi costi con quelli delle altre unità d'offerta. Esiste una notevole variabilità locale e tra stati; la costa orientale è mediamente più cara delle restanti regioni del paese. La *Residential Facility Survey* descrive costi medi mensili che vanno da \$3.200 a \$3.700 cui si aggiungono, per il 13% dei residenti, da \$1.300 a \$2.100 per prestazioni integrative: assistente personale, cure personalizzate, assistenza nelle terapie. Molte organizzazioni richiedono un deposito d'ingresso (*community-fee* o *entrance-fee*); nel 42% dei casi si tratta di un deposito non rimborsabile (Genworth, 2013). Nel particolare sistema statunitense, la persona è cliente di servizi, che possono rientrare in specifiche coperture assicurative, private o diversamente collegate ai sistemi di tutela federali e statali (*Medicare* e *Medicaid*)²⁰. Le coperture assicurative, sanitarie o di *long-term care* possono aiutare la persona a pagare i servizi richiesti da un'ampia gamma di unità d'offerta, domiciliari, di comunità o residenziali. Molti stati partecipano con risorse proprie al *Long-Term Care Insurance Partnership Program* (AATLCI, 2008). Si tratta di accordi fra stati e compagnie di assicurazione, orientati a favorire la diffusione di polizze per i rischi di *long-term care*, che possano coprire alcune spese altrimenti di competenza dei programmi federali. L'obiettivo pubblico è ridurre l'utilizzo delle risorse limitate del sistema pubblico. Secondo le regole

¹⁹ I costi s'intendono come tariffe per i servizi base e per la sistemazione in camera/appartamento singolo. Il rapporto Genworth ha analizzato circa 15.000 erogatori che operano nel settore delle long-term care nei 50 stati federati. In particolare, sono stati censiti non meno del 15% dei gestori accreditati di ALF nei diversi stati, per un totale di 6.200 strutture analizzate.

²⁰ *Medicaid* (*Medi-Cal* in California) è un sistema federale di tutela delle persone con problemi economici. Copre o rimborsa alcuni servizi sanitari e le cure residenziali per persone con risorse limitate. Rimborsa o paga anche alcuni servizi domiciliari o in comunità residenziali. Esistono limiti nelle risorse che possono essere messe a disposizione di ogni persona e criteri di esclusione collegati al reddito precedente. I criteri di ammissione ai programmi di tutela e i servizi coperti sono diversi da stato a stato.

di ogni stato, le persone possono stipulare polizze che – a parità di tariffe – garantiscono una copertura più ampia o rispondono a criteri di qualità più elevati e condivisi fra autorità statali e compagnie assicurative.

Tabella 5.4 - Stati Uniti. Sintesi delle tariffe applicate nei servizi di Long-Term Care

		Distribuzione delle tariffe			Valore mediano su base annua	Tasso di crescita annuale in 5 anni
		Minima	Mediana	Massima		
Servizi domiciliari	Collaborazione domestica (Operatori con qualifica professionale) Tariffa oraria	\$10	\$18	\$36	\$41.456	1%
	Servizi alla persona (Operatori con qualifica professionale) Tariffa oraria	\$10	\$19	\$37	\$44.479	1%
Servizi di comunità	Centri diurni socio-sanitari Tariffa giornaliera	\$15	\$65	\$210	\$16.900	2%
Assistenza in struttura residenziale	Servizi di vita assistita (Camera singola) Tariffa mensile	\$718	\$3.450	\$9.500	\$41.400	4%
	RSA (Camera singola) Tariffa giornaliera	\$85	\$207	\$948	\$75.405	4%

Fonte: Genworth, 2012

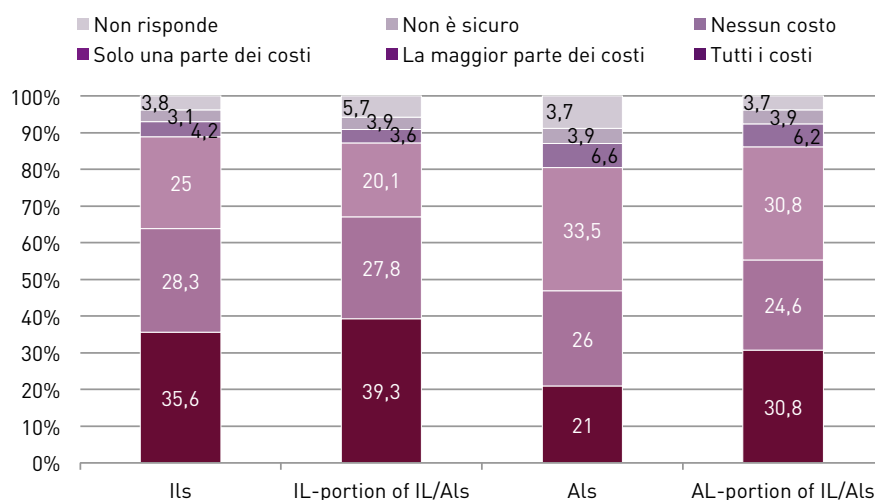
Analizzato nel suo insieme, quello statunitense è un sistema complesso, che richiede consumatori culturalmente attrezzati, informati e consapevoli. Tutti i siti specializzati – assicurativi, di gestori o delle associazioni di consumatori e famiglie – garantiscono ampio spazio a informazioni e consigli, generali o localizzati per la singola regione o stato.

5.2.3 Quali anziani utilizzano le ALF e con quali risorse economiche?

In termini di politiche commerciali, le ALF sono proposte come soluzioni “utili a persone che non richiedono i servizi completi di una NH e come alternativa meno costosa ai servizi di supporto domiciliare” (Elderpoint, Senior Living Solutions, 2014). La stessa fonte ricorda come questa soluzione possa essere utile anche per risparmiare sulle spese di vita quotidiana proprie e più conveniente dell’acquisto e del mantenimento nel tempo di una casa tradizionale. In altre parole, la proposta di mercato – in termini di *marketing* e di comunicazione – è orientata a rimarcare come la vita indipendente abbia dei costi anche rilevanti per un anziano e che questi siano destinati ad aumentare nel tempo in relazione alla prevedibile graduale crescita delle necessità di assistenza. Le persone accolte nelle ALF appartengono in generale al ceto medio o medio-elevato e dispongono di rendite fisse annuali: sicurezza sociale, altre pensioni o risorse da altre fonti private (rendite finanziarie, risparmi, affitti) (tabella 5.5) (Coe, 2012b). L’84% dei residenti dichiara di pagare da solo le tariffe richieste, utilizzando le proprie entrate correnti, i propri risparmi e il frutto di eventuali

investimenti. Solo nel 5% dei casi la retta è pagata in misura completa o prevalente dalla famiglia. Nelle strutture di vita indipendente il 68% dei residenti è in grado di coprire con le proprie entrate correnti tutte o quasi tutte le uscite collegate al servizio richiesto. Nelle ALF e nelle CCRC le tariffe sono più elevate e questa proporzione scende al 47%, richiedendo quindi entrate aggiuntive provenienti da altre fonti (figura 5.1); chi non ha entrate, utilizza i propri risparmi o ricorre – anche in questo caso in misura ridotta – all’aiuto dei propri familiari. Le assicurazioni intervengono in circa un terzo del campione, ma si tratta di un dato sottostimato; molte persone intervistate equiparano – o confondono – i rimborsi assicurativi con le entrate correnti da fonte propria, come la pensione. Dopo quattro o più anni di permanenza nella comunità, aumenta la proporzione di persone che dichiarano di pagare più di quanto possano permettersi; se le rette sono superiori alle entrate correnti e i risparmi accumulati negli anni precedenti sono in via di esaurimento, si riducono le sicurezze per il futuro.

Figura 5.1 - Stati Uniti. IL e AL: proporzione delle spese di accoglienza coperte dalle entrate correnti dei residenti



Legenda: ILs: Independent Living Facilities (strutture per la vita indipendente); ALs: Assisted Living Facilities (strutture per la vita assistita); IL-portion of IL/ALs: ILs integrate in complessi misti IL/AL; AL-portion of IL/ALs: ALs integrate in complessi misti IL/AL

Fonte: Coe, 2012

Complessivamente, più del 70% dei residenti in ALF si dichiara preoccupato o molto preoccupato dell’entità della retta e di come potrà sostenerla nel tempo. Appaiono in maggiore difficoltà le donne e le persone sposate rispetto ai *single*, ma anche le persone residenti nelle ALF di maggiore qualità: sono molto soddisfatte dai servizi ricevuti ma anche più preoccupate della propria tenuta economica. Queste dinamiche sono in parte correlate con l’evoluzione dei mercati finanziari e della perdurante crisi economica. Ad esempio, le difficoltà del mercato azionario, la riduzione del valore o delle rendite collegate, le difficoltà di vendere o affittare appartamenti o terreni di proprietà, il ridotto adeguamento delle pensioni in una fase d’inflazione ridotta o di franca deflazione, hanno avuto immediate ricadute su questi processi, in assenza di altre forme di protezione sociale. Tutto ciò mentre i costi sanitari sono aumentati del 6,3%

Tabella 5.5 - Distribuzione percentuale di reddito, fonti di reddito e patrimonio netto dei residenti per tipologia di struttura

Reddito medio mensile (\$)	Servizi di vita indipendente (%)		Servizi di vita assistita (%)	
	Autonomi ¹	Integrati ²	Autonomi ¹	Integrati ²
<850	2,3	0,7	4,3	3,9
850-1200	6,7	3,2	9,1	7,4
1200-1500	7,1	5,2	10,2	8,1
1500-2000	13,2	9,1	12,2	11,3
1500-2500	13,8	11,4	11,6	8,9
2500-3000	12,6	10,9	10,5	7,1
3000-3500	9,0	13,0	9,1	9,1
>3500	26,6	34,1	22,8	34,0
Non è sicuro	1,3	2,5	1,5	2,2
Non risponde	7,3	10,1	8,8	7,9
Fonti di reddito (risposte multiple)				
Sicurezza sociale	98,0	97,8	97,2	96,7
Pensione o rendita	66,9	68,6	58,7	61,5
Interessi da conti bancari	46,0	55,2	44,2	47,3
Interessi da titoli o azioni	43,5	56,2	33,3	44,1
Entrate da affitti di immobili	7,0	7,7	6,2	8,4
Attività produttive o agricole	2,5	2,2	1,3	3,6
Fondi fiduciari	4,3	7,0	3,4	7,1
Reverse Mortgages	0,2	0,3	3,6	0,5
Medicaid	4,2	1,6	8,5	8,2
SSI ³	0,9	0,0	3,5	1,8
Buoni alimentari sociali (Food stamps)	1,5	0,1	0,2	2,6
HUD Rental assistance ⁴	2,2	0,3	0,0	0,5
Altre fonti	0,6	0,1	0,0	0,5
Patrimonio netto (migliaia \$)				
<50	32,7	17,7	28,6	26,9
50-100	11,5	10,5	11,4	13,6
100-300	17,2	16,6	18,4	17,5
300-500	7,1	12,7	9,9	8,9
500-750	6,9	9,5	6,3	7,6
750-1000	5,7	8,3	4,6	3,7
1000-2000	5,5	6,4	3,6	5,7
2000+	1,9	4,5	2,3	3,5
Non risponde	11,5	13,8	15,0	12,8

Note: (1) Gestiti come unità di offerta autonoma (Freestanding). (2) Unità di offerta integrata con altri servizi (Combined), di tipo residenziale o semi-residenziale. (3) SSI: programma di sostegno economico (Supplemental Security Income) rivolto a bambini o disabili adulti o anziani. (4) HUD Rental Assistance: interventi economici dell'US Department of Housing and Urban Development (HUD). L'HUD garantisce sostegno economico diretto o indiretto alle esigenze abitative di poveri, anziani e disabili.

Fonte: Coe, 2012

e in misura simile i costi dell'assistenza e le tariffe delle strutture (+4% fra il 2012 e il 2013) (Genworth, 2013).

Per concludere, si tratta di un ambito fonte d'incertezza per i cittadini statunitensi. Il 64% dei residenti con età superiore a 45 anni, è oggi francamente preoccupato rispetto alla possibilità di non poter sostenere in futuro le spese collegate ai servizi di lunga durata (KRC Research, 2008). La crisi economica sta creando le premesse per una crisi di lungo periodo. Il sistema di servizi si basa in gran parte – per proporre tariffe remunerative – sulla pensione che i potenziali clienti hanno maturato durante la fase lavorativa, oltre che in misura considerevole su quelle eccedenze reddituali che permettono di accumulare risparmi, investire nel mercato azionario o immobiliare. Le difficoltà occupazionali attuali, in altre parole, potrebbero ridurre in futuro lo spazio di mercato o la sostenibilità dei servizi privati. Il dato è ancora più critico se si considera che queste difficoltà riguardano soprattutto le classi medie ed elevate, mentre le classi sociali più basse vivono già da tempo le conseguenze della progressiva riduzione delle risorse economiche destinate ai servizi federali e locali di protezione sociale e sanitaria. Se dovesse ampliarsi ulteriormente la platea di chi non potrà accedere a questi servizi con risorse proprie, il problema delle cure di lunga durata ai più anziani potrebbe – anche negli Stati Uniti – imporre ai cittadini e alle autorità pubbliche difficoltà di non facile soluzione.

5.3 Le Continuing Care Retirement Communities (CCRC)

Negli USA operano da molti anni anche le CCRC, caratterizzate da una specifica e originale offerta di servizi e da particolari modalità di relazione con i clienti. Queste strutture rappresentano l'evoluzione di realtà esistenti anche da più di un secolo, che hanno mantenuto fede all'impostazione originaria o hanno preferito modificare la propria attività, ad esempio trasformando la propria realtà in una NH. Attualmente, si registrano negli USA circa 1.900 CCRC (Ziegler, 2009), distribuite in 48 stati, che accolgono poco meno di 750.000 persone (Leading Age, 2010). Al contrario delle altre RF/ALF, le CCRC sono gestite soprattutto da organizzazioni *nonprofit* (82%): enti religiosi (che rappresentano circa metà degli *sponsor* o enti gestori), associazioni o organizzazioni di categoria (università, militari e veterani, fraternità, fondazioni) o semplici gruppi di cittadini, che si organizzano autonomamente per realizzare o abitare una CCRC. Molte di queste realtà sono collegate a organismi caritativi e religiosi e l'impostazione complessiva privilegia gli aspetti abitativi e di solidarietà.

Le CCRC offrono abitazioni integrate in un sistema più ampio e coordinato, in grado di garantire servizi sia per la vita indipendente sia per quella assistita, fino al sostegno delle esigenze più complesse delle fasi avanzate della vita. La persona ha a disposizione un appartamento o *cottage* che garantisce le esigenze della vita indipendente; nello stesso complesso o *campus* – oppure nelle immediate vicinanze – sono attive una o più ALF per le possibili necessità di vita assistita e una *skilled* NH. Tutti i servizi sono governati dalla direzione della CCRC in modo omogeneo, dalla condivisione con le persone residenti di quei cambiamenti di salute o autonomia che possano consigliare l'attivazione di servizi integrativi o il trasferimento verso le unità d'offerta a maggiore intensità assistenziale o sanitaria.

Le abitazioni per la vita indipendente possono essere variamente configurate: villette, ville, appartamenti in complessi più o meno estesi e su uno o più piani. La tariffa mensile può includere pasti, lavanderia, governo della casa, piccola manutenzione e servizi accessori come il trasporto verso eventi esterni, l'utilizzo di palestre, piscine e altre soluzioni per il tempo libero. Le necessità più rilevanti di vita assistita – quelle più leggere possono essere sostenute con servizi aggiuntivi nella propria abitazione – prevedono il trasferimento in servizi interni al complesso o *campus*, che hanno le caratteristiche di un'ALF; anche queste sono più spesso strutturate come appartamenti a una camera con angolo cucina (o con cucina di dimensioni ridotte) e con bagno personale. I residenti nelle ALF possono mangiare da soli o in comune e usufruiscono di servizi di assistenza domestica e di trasporto e di cure personali: vestizione, bagno, alimentazione, somministrazione dei farmaci, igiene personale. È sempre attiva un'assistenza di emergenza e le persone sono incoraggiate a partecipare alle attività sociali e ricreative. L'assistenza sanitaria garantisce il controllo o supervisione delle terapie e le prestazioni infermieristiche di base. I servizi eventualmente necessari di *skilled-NH* sono analoghi a quelli delle strutture simili, ma inclusi nello stesso complesso o nelle immediate vicinanze e collegati funzionalmente alla vita della CCRC.

I servizi garantiti dalle CCRC possono inoltre essere arricchiti da servizi di supporto a persone con demenza e da servizi assistenziali e sanitari professionali domiciliari. Le persone possono quindi ricevere interventi nei diversi scenari descritti – domiciliari o residenziali – di sollievo, di tipo *hospice*, di supporto sociale e di *counselling*. In altre parole, le CCRC possono garantire ai propri residenti l'intero spettro dei servizi di supporto all'età anziana, in un ambiente generalmente piacevole, anche sotto il profilo delle relazioni sociali e delle occasioni di divertimento o di utilizzo soddisfacente del tempo libero.

Una tipica CCRC ha meno di 300 appartamenti, ma un terzo delle strutture garantisce un'offerta superiore, anche fino a 500 e più appartamenti (Ziegler, 2009). Al momento dell'accoglienza l'età media è di circa 81 anni; il sesso maschile rappresenta un terzo della popolazione complessiva, ma poco meno della metà di quella con ultra88enne. Il 54% è vedovo o vedova, il 35% sposato; i restanti si dividono fra divorziati (6%), celibi/nubili (4%) e separati (1%). Il 45% ha un diploma superiore o una laurea, con una proporzione più che doppia rispetto alla media della popolazione statunitense; il dato diventa ancora più evidente se si considera chi vive in CCRC avendo pagato una quota d'ingresso (*entrance-fee*), rispetto a chi utilizza il solo contratto di affitto. Solo una quota residuale, di gran lunga inferiore alla media nazionale, appartiene ai livelli di scolarità più bassa²¹.

In termini di comunicazione commerciale le CCRC sono proposte ad anziani, singoli o in coppia, attivi e in buona salute, che vogliano anticipare e gestire in modo consapevole le scelte della vecchiaia, prevedendo anche la possibilità futura di veder ridotta la propria autonomia e di aver bisogno di cure sanitarie e assistenziali più elevate. Oppure, che non possano o non vogliano continuare a mantenere una propria abitazione, scegliendo di vivere con altri anziani e ricercando la sicurezza e i servizi di una residenza specializzata.

21 Tutti i dati citati provengono da ASHA, 2009.



Viviendas dotacionales (Barcellona), foto FHS

La proposta al centro della transazione fra gestore e potenziale cliente, è centrata sull'offerta di una soluzione abitativa; i canali di pubblicizzazione sono spesso simili a quelle della normale offerta immobiliare. Alle persone è quindi offerta una casa, ma integrata da servizi che possono arricchire la fase attiva della vecchiaia. Nelle presentazioni pubblicitarie si dà ampio spazio alle possibilità di socializzazione, divertimento e utilizzo del tempo libero (palestre, piscine, eventi, campi da golf) e a un modello d'intervento che garantisce ai residenti la sicurezza di poter ricevere, in caso di necessità, tutti i servizi previsti nel complesso o *campus*. Le persone sono rassicurate rispetto al fatto che non dovranno più muoversi dall'ambiente del *campus* o del complesso e che potranno sempre fare riferimento a operatori professionali con cui costruire una relazione destinata a durare nel tempo.

Si tratta, quindi, di una proposta globale per la vecchiaia, che risponde ad alcune delle principali motivazioni che possono suggerire a una persona anziana o a una coppia di coniugi anziani di progettare il trasferimento dalla propria residenza. Diverse rilevazioni segnalano come si tratti di una formula molto gradita soprattutto alle nuove generazioni (Mather LifeWays Institute on Aging, 2011), e che, in qualche modo, favorisce la percezione soggettiva di benessere e di buona salute rispetto alle normali ALF (Gaines, 2011). Inoltre, l'ingresso in una CCRC sembra prolungare la durata di vita indipendente, soprattutto nelle strutture che integrano un completo servizio di cure primarie (Bynum, 2011). I risultati migliori sono ottenuti dai residenti che beneficiano di un programma *all-inclusive* (Young, 2010). Altri studi segnalano la possibile riduzione della durata dell'accoglienza nelle NH inserite in una CCRC, collegata alla maggior durata della permanenza in ALF. Si tratta di un risultato centrale sotto due punti di vista: la transizione verso le NH è sempre vissuta negativamente dai residenti, mentre la riduzione dell'utilizzo delle costose NH è considerata un obiettivo di rilievo anche per le politiche nazionali USA (Young, 2009). Si stima che un aumento del 10% dei posti in servizi di vita assistita (ALF o CCRC) determinerebbe una riduzione dell'1,4% dell'occupazione delle NH (Grabowski, 2012).

5.3.1 Le diverse forme contrattuali delle CCRC

La particolarità delle CCRC giustifica l'originalità delle relative formule contrattuali, che vanno via via estendendosi all'intero comparto delle RF/ALF. Le



BIRD (Brescia), foto FHS

persone possono entrare in una CCRC in virtù di un contratto che può prevedere una quota d'ingresso (*entrance-fee contract*) oppure di un più tradizionale contratto di affitto. Più raramente, è possibile esercitare un'opzione di acquisto per la sistemazione selezionata. Il contratto di tipo *entrance-fee* garantisce ai residenti servizi estensivi con pacchetti che possono arrivare a coprire tutte le esigenze che dovessero presentarsi nel corso della vita futura; in particolare, non sarà necessario sostenere esborsi aggiuntivi per utilizzare i servizi delle ALF o NH o quelli domiciliari o gli stessi saranno fruibili con tariffe agevolate. Il deposito d'ingresso può essere parzialmente rimborsato – la percentuale è definita nel contratto iniziale – alla persona o ai suoi eredi al termine della vita o in caso di trasferimento presso un'altra residenza. I contratti *entrance-fee* sono di tre tipologie (Leading Age, 2010):

- Contratto a vita, estensivo (*Life-care contract, Type A*): globale, *full-service*. Permette alla persona (o alla coppia) di pagare una quota d'ingresso e, in seguito, una tariffa mensile fissa. Tutto ciò in cambio della sistemazione abitativa, dei servizi collegati di tipo sociale e ricreativo e della possibilità di accedere, in caso di necessità, al livello appropriato di cure, senza costi aggiuntivi e per un tempo illimitato. Nel contratto di tipo A, è l'ente gestore che sostiene la maggioranza dei costi collegati con le maggiori cure di lungo periodo dei residenti e si fa carico del relativo rischio.
- Contratto modificato (*Modified contract, Type B*): le persone pagano sempre una quota d'ingresso e una tariffa mensile, che garantiscono il diritto ad abitare in un appartamento di vita indipendente, ricevere alcuni servizi e usufruire di alcune offerte sociali e ricreative. La CCRC garantisce inoltre alla persona i servizi appropriati di vita assistita, fino alla NH, per un tempo massimo prefissato e senza ulteriori oneri, oppure con tariffe agevolate rispetto a quelle normalmente praticate ai non-residenti. La durata e l'eventuale percentuale di sconto varia da servizio a servizio. Nel contratto di tipo B, la CCRC sostiene i costi collegati con le cure di lungo periodo per il solo tempo previsto dal contratto; successivamente, la responsabilità economica torna ai residenti, che dovranno pagare le normali tariffe giornaliere dell'ALF o NH previste anche per i clienti esterni. Nel contratto di tipo B, i rischi sono quindi distribuiti in modo variabile fra persona ed ente gestore.
- Contratto a prestazione (*Fee-for-service, Type C*): in questo caso, la persona paga la quota d'ingresso e la tariffa mensile, che non coprono eventuali servizi sanitari o di vita assistita. I residenti beneficiano della garanzia di accesso ai servizi ALF e NH integrati nel complesso e della priorità in

eventuali liste di attesa. Dovranno però sostenere integralmente le normali tariffe del servizio. Con questo contratto, inizialmente meno costoso, è il residente che sostiene il peso economico – e i rischi collegati – dei servizi che potranno diventare indispensabili in caso di peggioramento dell'autonomia e della salute.

Un quarto modello di contratto (*Rental contract o Type D*; contratto d'affitto) non prevede in genere una tariffa d'ingresso; è collegato in modo diretto alle dimensioni dell'unità abitativa e a servizi e cure concordati fra cliente e gestore, senza altri *forfait* o agevolazioni.

5.3.2 Le tariffe delle CCRC

I valori economici delle quote d'ingresso e delle tariffe giornaliere variano in modo considerevole, tra gli stati e le organizzazioni: da \$20.000 a cifre molto più elevate (fino a \$1 milione) (tabella 5.6). Nel 2010, la media nazionale dell'*entrance-fee* era di \$248.000 (Leading Age, 2010). Le variabili che possono influenzare queste tariffe sono rappresentate dalle dimensioni e dalle caratteristiche di qualità dell'unità abitativa, dai servizi aggiuntivi selezionati, dal numero di persone coinvolte (anziano o coppia), dal tipo di contratto e dall'eventuale rimborsabilità (se prevista) del deposito d'ingresso. La negoziazione fra gestori e possibili clienti prende in considerazione le condizioni di salute della persona, la sua storia precedente e la probabilità di rappresentare in futuro un grande utilizzatore dei servizi sanitari. Quota d'ingresso e tariffa mensile non determinano la proprietà dell'abitazione, ma solo il suo uso potenziale *life-time*, fatta salva la possibilità – prevista solo in alcune strutture – di acquistare la residenza.

Tabella 5.6 - Tariffe minime e massime delle CCRC per tipo di contratto (\$)

	Life care	Modified	Fee for service	Rental
Quota di ingresso	160.000-600.000	80.000-750.000	100.000-500.000	1.800-30.000
Independent-living (retta mensile)	2.500-5.400	1.500-2.500	1.300-4.300	900-2.700
Assisted-living (retta mensile)	2.500-5.400	1.500-2.500	3.700-5.800	4.700-6.500
Nursing-care (retta mensile)	2.500-5.400	1.500-2.500	8.100-10.000	8.100-10.700

Fonte: GAO, US Government Accountability Office, 2010

La letteratura e le informazioni reperibili sui siti specializzati – governativi, assicurativi, o curati da associazioni di gestori, famiglie e anziani – segnalano come la maggior parte delle persone sceglie il contratto solo dopo un attento bilancio delle proprie risorse patrimoniali (Mwangi, 2011). Sotto il piano reddituale, i residenti nelle CRC appartengono al ceto medio o elevato, con redditi annuali compresi fra \$10.000 e \$200.000; un terzo dei residenti ha un reddito compreso fra i \$50.000 e \$99.000 (Leading Age, 2010). Rispetto a chi vive in CCRC pagando il solo affitto (contratto di tipo D), gli utenti con contratto *entrance-fee* hanno un reddito più alto, nel 63% dei casi superiore a \$50.000.

Il 66% dei nuovi residenti ha venduto la propria abitazione prima dell'ingresso in CCRC, nel 48% dei casi ricavandone fra i \$100.000 e \$299.000 (tabella 5.7). Il prezzo di vendita della propria abitazione è correlato positivamente al reddito dichiarato ed è in genere superiore per chi può permettersi i più garantiti contratti *entrance-fee*.

Tabella 5.7 - Distribuzione (%) dei neo residenti nelle CCRC per classe di ricavo dalla vendita dell'abitazione e per tipologia di sistemazione

Prezzo di vendita della propria casa	Valore delle tariffe e tipologia di comunità			
	Quota di ingresso (CCRC)	Affitto (CCRC)	IL/AL integrate	IL o AL autonome
< 100.000	3,1	16,8	22,6	30,8
100.000-199.000	20,0	41,0	22,0	42,0
200.000-299.000	23,4	13,5	24,7	15,8
300.000-499.000	33,3	16,9	21,8	5,6
> 500.000	20,2	11,8	8,9	5,8
Totale	100,0	100,0	100,0	100,0

Nota: Le quattro colonne descrivono la distribuzione della popolazione rispetto al prezzo di vendita della propria abitazione primaria e alle modalità di contratto o di servizio in essere. Le prime due colonne riguardano le CCRC: i contratti con quota di ingresso (*Entrance-Fee*) sono quelli più completi rispetto ai servizi che la persona potrà ricevere lungo l'arco completo della sua vita, mentre quelli che prevedono la sola quota di affitto o la tariffa di utilizzo dell'abitazione (*Rental*) offrono meno garanzie e servizi. La terza colonna descrive i servizi di vita indipendente e di vita assistita integrati in un unico complesso (*Combined*), senza offrire l'articolazione dei servizi tipica delle CCRC. L'ultima colonna descrive i servizi di vita indipendente e di vita assistita che operano come unità autonome (*Freestanding*).

Fonte: *The Independent Living Report*. ASHA, 2009

5.3.3 Alcune criticità delle CCRC. Le preoccupazioni dei gestori e dei residenti

Lo scenario complessivo delle CCRC, convincente sul piano della filosofia abitativa e di cura, è più problematico su quello economico e gestionale. La solidità economica delle organizzazioni che gestiscono le CCRC non è tranquillizzante. L'impatto della crisi, con particolare riferimento alla stasi del mercato immobiliare, ha determinato ricadute dirette su un sistema che dovrebbe operare con logiche di analisi del rischio e che dovrebbe adottare strumenti di analisi simili a quelle delle compagnie assicurative o dei sistemi bancari. La realtà è diversa e non tutte le organizzazioni erogatrici di questi servizi sono in grado di mantenere sotto controllo le molte variabili che possono influenzare nel tempo i propri bilanci e la relazione fra costi e ricavi. Si tratta anche di un sistema col-

legato, come le altre ALF, all'efficacia del processo di liquidazione delle risorse immobilizzate da parte di ciascun potenziale utente²².

Un ampio rapporto dell'*US Government Accountability Office* (GAO, 2010) sottolinea la complessità gestionale di queste strutture. Il rapporto è stato ripreso da Kelly Greene sul *The Wall Street Journal* (Greene, 2010). L'articolo – ispirato da alcuni recenti fallimenti di enti gestori di CCRC – richiama le attenzioni che ogni potenziale cliente deve prestare prima di scegliere una o l'altra CCRC²³. Sia il GAO, sia le organizzazioni di categoria (Leading Age, 2010) fanno notare il forte rischio di fallimento di questi modelli di gestione e dell'eventuale ricorso alle procedure formali di bancarotta. Il rischio è più elevato nelle fasi di *start-up*, per via dei tempi necessari per raggiungere tassi di occupazione adeguati. Sono quindi suggerite idonee strategie finanziarie e di controllo di gestione. Kelly Greene pone l'accento sui possibili problemi per i clienti²⁴. Agli enti governativi locali, il GAO consiglia una particolare attenzione nella concessione di licenze di attività e norme a tutela della quota rimborsabile dei depositi dei residenti, perché non siano pignorabili o coinvolgibili in processi fallimentari che riguardino il gestore. Anche le associazioni di utenti consigliano alle famiglie di raccogliere molte informazioni sulle organizzazioni, sui contratti, sulle relazioni con il sistema bancario del gestore e sulle sezioni del proprio con-

22 Né i gestori né le persone, conoscono all'inizio quale sarà il costo effettivo *life-time* e quale sarà la durata e l'intensità delle prestazioni di vita assistita e di accoglienza in ALF e NH. Le variabili di cui tenere conto sono molte e impongono capacità previsionali di durata anche decennale o pluridecennale. Si tratta sia di variabili di mercato – solidità del mercato immobiliare, rapporti col sistema bancario, oscillazioni finanziarie e remunerazione degli investimenti, costo del lavoro e delle forniture – che di variabili individuali: speranza di vita, rischi di salute, durata dei periodi che richiederanno cure ad alto costo sanitario e assistenziale. Le une e le altre sono difficili da prevedere e non direttamente controllabili dagli attori in gioco.

23 Molti anziani considerano questi servizi più come un investimento finanziario che un luogo in cui vivere, sottovalutando spesso i rischi impliciti nelle operazioni finanziarie. Sperano anche, attraverso le diverse operazioni collegate (vendita o affitto di case, rendite finanziarie, utilizzo oculato dei risparmi), di risolvere i propri personali problemi abitativi e di assistenza, senza dover gravare sui figli e lasciando a essi una porzione ragionevole dei proventi di queste operazioni. In questo processo, ad esempio, molte persone preferiscono accedere a contratti che prevedono il rimborso di una proporzione concordata del deposito iniziale ai propri eredi successivamente alla fine della propria vita o alla cessazione per altri motivi del rapporto con la CCRC.

24 Le persone entrano in queste strutture avendo impegnato una quota consistente del proprio patrimonio, una proporzione rilevante del quale in modo *cash* al momento dell'ingresso. La restituzione citata del deposito iniziale ai propri eredi è collegata all'effettiva nuova occupazione dell'appartamento da parte di un nuovo residente, il cui deposito servirà a rimborsare gli eredi del precedente abitante. L'intervallo fra la messa sul mercato dell'abitazione e la sua effettiva occupazione dal nuovo residente può essere incerta e durare anche più di un anno. Questi depositi, inoltre, possono rientrare in eventuali procedure di bancarotta ed essere restituite solo in parte o solo al termine di lunghi processi amministrativi o di contenzioni civili e penali. Le procedure fallimentari sono sempre rischiose e implicano numerose incognite, anche per i residenti, non ultima quella di non poter più concretamente disporre di un'abitazione, se al gestore fallito non subentra un nuovo ente o se i rapporti contrattuali sono tali che i depositi precedenti non siano trasferibili al nuovo gestore; con quest'ultimo potrebbe essere necessario – in pratica – attivare un nuovo rapporto e versare una nuova *entrance-fee*, ipotesi che potrebbe risultare insostenibile economicamente per molti. Non ultimo, proprio le fasi di rischio finanziario collegate all'instabilità e alla crisi economica, possono ridurre i proventi di eventuali investimenti finanziari delle persone residenti (con i quali alcuni pagano una quota della tariffa giornaliera eccedente le proprie entrate correnti) o imporre ai gestori aumenti tariffari o integrazioni della tariffe che le persone possono non aver previsto nella loro pianificazione precedente e che potrebbero non essere più in grado di sostenere.

tratto che implicino l'apertura di linee di finanziamento personali. Un'attenzione particolare deve essere dedicata nel momento in cui si attivino contratti con gestori che dichiarano importanti entrate da *fund raising* e da donazioni; queste potrebbero mascherare una gestione corrente più fragile e un maggior rischio di *default*²⁵.

In altre parole, si tratta di un mondo interessante ma impegnativo per i gestori e con molte incognite per anziani in cerca di sicurezza e poco propensi a immaginare o prevedere rischi simili a quelli di un investimento finanziario. Si tratta quindi di un ambito che, ancora più che nelle RF/ALF, richiede utenti solidi, informati, consapevoli e culturalmente attrezzati; al contrario, poco adatto a persone e famiglie più deboli.

25 Altre precauzioni da assumere al momento del contratto, riguardano la contrattazione della proporzione - non dovrebbe superare il 35% - fra l'entità del deposito iniziale e la stima dei costi complessivi prevedibili per la copertura delle proprie esigenze; oppure la conoscenza della posizione del gestore nella classifica nazionale di qualità - periodicamente pubblicata da enti certificatori - e delle norme di rescissione dal contratto in caso di insoddisfazione. In questo caso diventa critica la stima della quota che resterà a disposizione del deposito iniziale, necessaria per poter davvero trasferirsi verso nuova realtà.



BIRD (Brescia), foto FHS

6.1 Le strutture analizzate

Nel corso del progetto Abitare Leggero è stato esplorato un campione di realtà abitative e di servizi residenziali non istituzionali attivi in Lombardia. Sono state selezionate *soluzioni abitative di edilizia pubblica o privata* indirizzate esplicitamente a persone anziane, *soluzioni abitative integrate da servizi accessori*, *strutture di residenzialità comunitaria sociale*, di breve o lungo periodo, anche integrate in *complessi polifunzionali*. Sono state escluse le strutture prive di un progetto specifico di accompagnamento a persone anziane e quelle ancora in fase di realizzazione. Nel complesso, sono state intercettate 61 strutture, 52 delle quali hanno partecipato a tutte le fasi di ricerca e sono state incluse nel campione conclusivo. Si tratta di strutture distribuite in nove province (tabella 6.1), gestite per lo più da cooperative sociali, comuni o associazioni di volontariato (tabella 6.2) e realizzate soprattutto negli ultimi dieci anni.

Tabella 6.1 - Ubicazione delle strutture

Provincia	N.	%
Brescia	18	34,6
Milano	13	25,0
Monza e Brianza	5	9,6
Cremona	4	7,7
Varese	4	7,7
Lecco	3	5,8
Pavia	3	5,8
Bergamo	1	1,9
Sondrio	1	1,9
Totale	52	100

Fonte: Ricerca Abitare Leggero, 2013

Tabella 6.2 - Tipologia degli enti gestori

	N.	%
Cooperativa sociale	16	30,8
Comune	13	25,0
Associazione di volontariato	10	19,2
Fondazione	8	15,4
Società a Responsabilità Limitata (SRL)	3	5,8
Azienda Speciale Servizi alla Persona (ASP)	1	1,9
Azienda Speciale Comunale (ASC)	1	1,9
Totale	52	100

Fonte: Ricerca Abitare Leggero, 2013

È un mondo che fa riferimento a tipologie di servizio articolate e non sempre coerenti con quelle più diffuse nella modellistica o negli atti normativi. La tabella 6.3 descrive la tipologia di servizio che si ricava dalla denominazione

ufficiale della struttura, quella indicata nel materiale informativo, nei documenti istituzionali (contratti, convenzioni) o nella Carta dei Servizi.

Tabella 6.3 - Denominazione ufficiale della struttura

Tipologia	N.	%
Abitazione protetta	1	1,9
Alloggio	2	3,8
Alloggio protetto	1	1,9
Altro	2	3,8
Appartamento in condivisione	3	5,8
Campus	1	1,9
Cantous	1	1,9
Casa	3	5,8
Casa di accoglienza	2	3,8
Casa di accoglienza temporanea	1	1,9
Casa famiglia	4	7,7
Centro polifunzionale	3	5,8
Centro socio-residenziale	1	1,9
Complesso residenziale	1	1,9
Comunità alloggio	4	7,7
Istituto	1	1,9
Mini-alloggi protetti	12	23,1
Mini-alloggi	1	1,9
Mini-residence	2	3,8
Mono-locali	1	1,9
Residence	1	1,9
Residenza	1	1,9
Residenza per anziani	1	1,9
Residenza protetta	1	1,9
Centro socio-residenziale	1	1,9
Totale	52	100,0

Nota: La tipologia descritta nella tabella è quella indicata nella denominazione ufficiale della struttura, presente nei documenti istituzionali o nelle Carte dei Servizi

Fonte: Ricerca Abitare Leggero, 2013

La tabella 6.4 descrive invece le tipologie di offerta dichiarate dai referenti dei diversi servizi rispondendo al questionario proposto nella fase iniziale della ricerca. Nel questionario erano proposte le denominazioni e le forme di accoglienza che erano state discusse nei focus group fra i diversi gestori, integrate da quelle presenti nei modelli nazionali e internazionali o nei documenti normativi, anche di altre regioni. I gestori potevano scegliere una o più fra le tipologie indicate, indicando quelle che descrivevano al meglio la propria offerta di servizi. Erano possibili risposte multiple e anche integrazioni libere nei campi aperti. Dal questionario si ricavano 96 diverse tipologie di offerta, da una a cinque per struttura. Il dato è legato al fatto che molti servizi propongono più possibilità di accoglienza o forme di intervento - diurna e notturna, solo diurna

o solo notturna, vita indipendente e vita assistita, altro - che integrano quella principale. Soprattutto le strutture più recenti sono esplicitamente orientate verso la proposta di sistemi polifunzionali, che associano servizi accreditati o abilitati (come i Centri diurni integrati, i servizi ADI o gli appartamenti protetti) con tipologie comunitarie anche non presenti nel sistema regionale certificato (centri di aggregazione, comunità alloggio o case-famiglia, appartamenti in condivisione). Sono invece rari o assenti, nel campione analizzato, i riferimenti a modelli attivi in altri paesi (*Campus, Cantous, Abbeyfield, co-housing*). Sotto il piano istituzionale, solo undici delle strutture analizzate dispongono dell'accreditamento sociale previsto dalla DGR 11497/2010²⁶ per gli appartamenti protetti. Da rilevare che, di queste, solo tre sono strutture abitative in senso stretto, le altre sono soluzioni comunitarie e di supporto alla vita assistita che, a rigore, non rientrerebbero nei criteri della delibera.

Tabella 6.4 - Tipologia dei servizi offerti dalle diverse strutture (risposte multiple)

	N.	%
Alloggi protetti	27	28,1
Abitazioni per anziani con servizi accessori	19	19,8
Comunità alloggio	11	11,5
Centro diurno integrato (CDI)	7	7,3
Casa famiglia	7	7,3
Residenza assistita	7	7,3
Appartamenti in condivisione	3	3,1
Residenza sociale	3	3,1
Centro diurno (CD)	2	2,1
Casa albergo	2	2,1
Housing sociale	2	2,1
Alloggio in convivenza	1	1
Centro di aggregazione per anziani	1	1
Consultorio familiare	1	1
Casa di accoglienza temporanea	1	1
Residenza temporanea per anziani	1	1
Condominio solidale	1	1
Co-housing	0	0
Abitazioni per anziani senza servizi accessori	0	0
Albergo	0	0
Totale	96	100

Fonte: Ricerca Abitare Leggero, 2013

Insieme ai gestori, il modello residenziale dichiarato è stato sottoposto a revisione rispetto alle modalità organizzative effettivamente adottate; questo, per dare coerenza all'analisi delle popolazioni accolte e rendere i dati confrontabili con quelli della letteratura. Molte strutture nate esplicitamente come soluzioni

²⁶ Regione Lombardia. Direzione generale Famiglia. DGR 11497 del 17-3-2010. Definizione dei requisiti minimi di esercizio dell'unità di offerta sociale "Alloggio Protetto per Anziani". (Prosecuzione del procedimento per decorrenza dei termini per l'espressione del parere da parte della competente commissione consiliare, ai sensi dell'art. 1, commi 24 e 26 della LR 3/2001).



Casa di accoglienza Achille Papa (Brescia), foto FHS

abitative, infatti, sono state poi gestite con modalità comunitarie, a volte ai limiti dell'impostazione istituzionale: appartamenti utilizzati come camere a più letti piuttosto che come veri appartamenti a disposizione di un singolo residente, condivisione degli spazi personali con persone estranee selezionate dall'organizzazione, modelli di gestione del tempo libero a prevalente caratterizzazione collettiva, ridotta o assente presenza di spazi privati (fra cui il bagno).

La revisione delle tipologie residenziali è stata attuata verificando la coerenza del modello applicato con le definizioni adottate dal gruppo di lavoro – descritte nella tabella 6.5 – rispettivamente per le *strutture abitative (Ab)* e per quelle di *residenzialità comunitaria (Rc)*, a loro volta più vicine ai due modelli di letteratura adottati come riferimento, quello delle *soluzioni per la vita indipendente* e quello delle *soluzioni per la vita assistita*. Sono stati salvaguardati singoli modelli – come *Abbeyfield* o gli appartamenti in condivisione – che, in modo progettato, coniugano aspetti abitativi e comunitari, garantendo però le esigenze di personali d'indipendenza e riservatezza: spazi privati, bagno personale, possibilità di preparazione autonoma del cibo. In ugual modo, è stata riconosciuta esplicita funzione abitativa agli appartamenti in condivisione del Comune di Milano, riservati a persone senza fissa dimora entro uno specifico percorso di riadattamento alla vita in abitazione.

Tabella 6.5 - Tipologia di accoglienza prevalente

	N.	%
Vita indipendente (Ab)	25	48,1
Vita assistita (Rc)	27	51,9
Totale	52	100

Fonte: Ricerca Abitare Leggero, 2013

La tabella 6.6 descrive la distribuzione finale delle strutture secondo le diverse modalità di accoglienza. Le dimensioni (numero di appartamenti offerti o numero di posti letto) sono molto variabili (figura 6.1 e figura 6.2). Per le Ab la mediana è di 9 appartamenti (moda 5), per le Rc di 10 posti letto (moda 7). Complessivamente, l'85% delle Rc ha meno di 20 posti mentre il 60% delle Ab meno

di 10 appartamenti; le restanti Ab sono distribuite fra i 20 e i 50 appartamenti. Rispetto al tempo di accoglienza, la maggior parte delle strutture garantisce accoglienze sia di breve sia di lungo periodo, fatte salve singole realtà nelle quali esistono criteri regolamentati rispetto alla durata massima dell'accoglienza (in genere 30, 90 o 120 giorni).

Le tabelle 6.7, 6.8 e 6.9, descrivono i servizi offerti dalle diverse strutture, divisi nei tre ambiti dei servizi accessori, di sostegno alla vita quotidiana e alla persona. Alcuni servizi accessori sono più tipici delle Ab (portineria sociale, telesoccorso, teleassistenza, reperibilità e pronto intervento sulle 24 ore, trasporto e accompagnamento), mentre la maggior parte dei servizi alla persona è garantito nelle Rc. Altri servizi, come il bagno assistito, sono offerti da entrambe le tipologie; in quelle Ab sono in genere garantiti dai SAD comunali.

Tabella 6.6 - Criteri adottati per l'attribuzione dei modelli alla tipologia abitativa o comunitaria

Soluzioni abitative per la vita indipendente (Ab)

Sono basate su un appartamento chiaramente identificabile come tale, indipendentemente dalle dimensioni: cucina autonoma, bagno, spazio di soggiorno/stanza da letto. Nel caso di monolocali, lo spazio di soggiorno integra un angolo di cottura e un divano letto o letto estraibile. La persona può preparare e consumare i pasti in autonomia. L'appartamento è personalizzabile con arredi e complementi e resta in uso alla persona residente. Inoltre: chiavi a disposizione della persona, campanello o dispositivi di controllo degli ingressi (citofono, videocitofono), nome della persona sui luoghi d'identificazione; è presente una cassetta delle lettere personale o la posta è distribuita dal servizio di portineria. Gli operatori possono accedere agli appartamenti solo con il permesso della persona, oppure in caso di urgenza. Di norma, l'appartamento è affidato attraverso un contratto di locazione. Sono possibili forme diverse di assegnazione e di tariffazione coerenti con le scelte dell'ente di riferimento. L'unità abitativa può essere condivisa con il coniuge o altre persone che intrattengano con l'ospite relazioni preesistenti o significative. Gli spazi comuni sono utilizzabili a discrezione della persona. Esistono servizi centralizzati: portineria/reception, selezione e controllo degli ingressi, allarme e telesoccorso, pronta reperibilità h 24. Gli interventi di aggregazione sono frequentabili a discrezione della persona. In assenza di altri accordi, la pulizia e il riordino dell'appartamento sono gestiti autonomamente dal residente o con operatori propri; quella degli spazi comuni è affidata all'organizzazione. La persona può entrare e uscire liberamente dal proprio appartamento senza che siano previste autorizzazioni. I controlli degli accessi hanno l'obiettivo di proteggere i residenti dall'accesso di terzi estranei. In termini generali, le soluzioni abitative si rifanno al modello delle *Independent living facilities*, soluzioni e modelli orientati a sostenere il bisogno di autonomia e indipendenza degli anziani intercettati, mantenendo sotto controllo con diverse forme di monitoraggio leggero eventuali cambiamenti.

Soluzioni residenziali per la vita assistita (Residenze comunitarie, Rc)

Le residenze comunitarie mettono a disposizione dei residenti una camera con o senza bagno autonomo. Non è in genere previsto un angolo cottura. La camera è disponibile al libero accesso degli operatori anche per esigenze di servizio non urgenti e può essere condivisa con estranei selezionati dall'ente gestore; sono anche possibili cambiamenti successivi all'ingresso motivati da esigenze organizzative. La denominazione della camera può essere di fantasia e non riportare il nome della persona cui è assegnata. I pasti sono in genere preparati dalla struttura o forniti da un servizio esterno e sono consumati in comune. La persona può aver bisogno di una qualche forma di autorizzazione per uscire dalla struttura. I servizi assistenziali sono garantiti dal personale della struttura, quelli sanitari possono essere forniti da servizi formalizzati di comunità. La persona mantiene l'iscrizione al proprio Medico di famiglia. Il modello di riferimento è quello delle *Assisted living facilities*, che prevede l'offerta, accanto alla tutela dell'autonomia e dell'indipendenza, anche di funzioni di sostegno a possibili limitazioni funzionali.

Figura 6.1 - Distribuzione del numero di appartamenti nelle strutture di vita indipendente

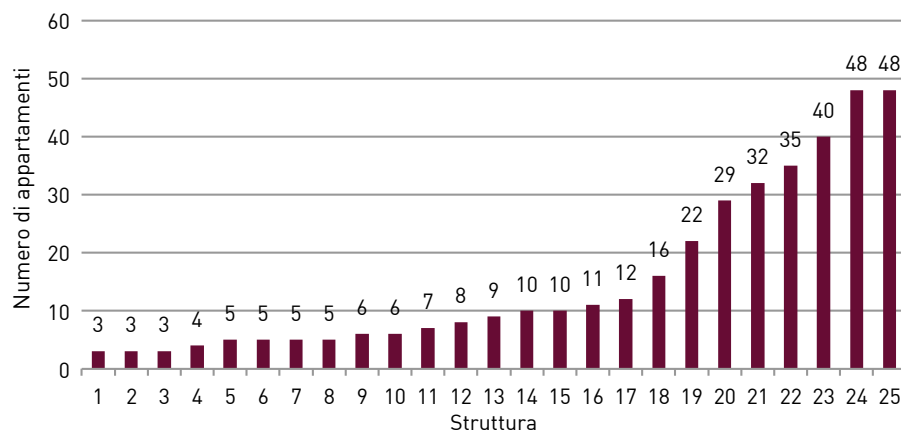
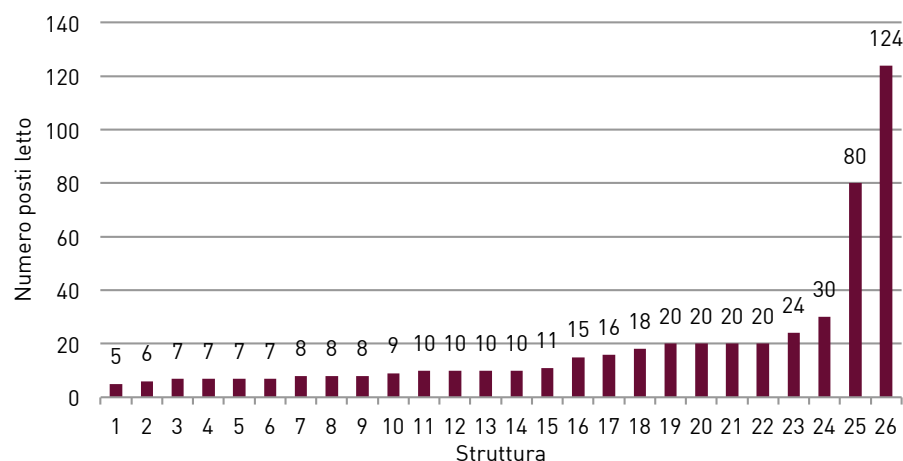


Figura 6.2 - Distribuzione del numero di posti letto nelle strutture di vita assistita



Anche i servizi a più elevato contenuto professionale (prestazioni infermieristiche maggiori, riabilitazione) sono più spesso offerti da operatori privati o dai servizi ADI. Altre funzioni sanitarie più semplici (preparazione e aiuto nella somministrazione delle terapie orali, terapia intramuscolo, attività fisica assistita, rilevazioni delle variabili fisiologiche, misurazione della glicemia, insulino-terapia) sono più spesso interne alle Rc, gestite con personale proprio o garantite dal personale professionale dei CDI annessi ad alcune strutture. Va rilevata la diffusione dei servizi di *case-management*, di mediazione di rete, di ascolto e di monitoraggio, importanti per strutture che operano nella comunità e che mantengono un buon collegamento con i servizi dei territori di riferimento.

Tabella 6.7 - Servizi accessori

Servizi accessori	Base	A richiesta	Totale
Servizi di mediazione di rete	41	3	44
Servizi di monitoraggio	44	0	44
Ascolto e servizio sociale	40	3	43
Sostegno all'attività del medico di famiglia	37	1	38
Piccola manutenzione	36	2	38
Case-management e care-management	28	5	33
Primo intervento h24	33	0	33
Numero telefonico di riferimento h24	30	1	31
Portineria sociale	20	0	20
Telesoccorso	16	2	18
Teleassistenza	13	2	15

Fonte: Ricerca Abitare Leggero, 2013

Tabella 6.8 - Servizi di sostegno alla vita quotidiana

	Base	A richiesta	Totale
Pulizia e controllo degli spazi comuni	43	0	43
Lavanderia	32	10	42
Animazione e attività di socializzazione	40	2	42
Assistenza alla pulizia	38	3	41
Servizi di trasporto e accompagnamento	26	11	37
Parrucchiere	21	16	37
Podologo	17	19	36
Iniziative culturali	26	1	27
Collaborazione domestica	19	4	23
Consegna pasti	3	18	21
Consegna spesa	5	6	11
Consegna farmaci	5	6	11
Offerta di assistenti familiari/badanti	4	4	8

Fonte: Ricerca Abitare Leggero, 2013

6.2 Realizzazione architettonica e organizzazione degli spazi

Rispetto agli aspetti costruttivi, è stata condotta una prima condivisione con i 52 gestori, fondata su un questionario di indagine - a domande chiuse e aperte - i cui risultati sono stati integrati con quelli di *workshop* e *focus group*. 12 strutture - 6 abitative e 6 di vita assistita - sono state quindi selezionate per un'analisi più approfondita della qualità architettonica e dell'analisi prossemica, attraverso sopralluoghi e valutazioni dirette. In questo processo sono stati presi in consi-

Tabella 6.9 - Servizi alla persona

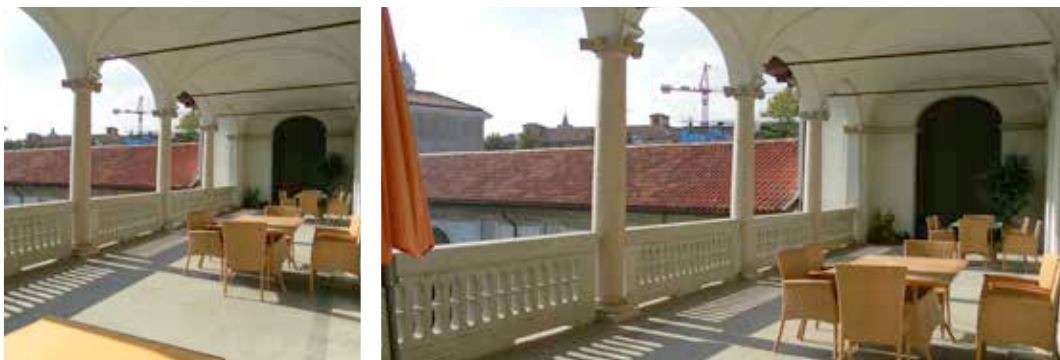
	Base	A richiesta	Totale
Bagno assistito	35	8	43
Aiuto nell'igiene personale	34	8	42
Assistenza all'assunzione terapie per via orale	36	6	42
Preparazione pasti	30	12	42
Rilevazione variabili fisiologiche	35	6	41
Assistenza infermieristica	26	13	39
Aiuto nell'utilizzo dei servizi igienici	31	6	37
Trasferimenti letto-sedia	30	7	37
Sostegno alla deambulazione	31	6	37
Insulino-terapia e monitoraggio glicemia	28	9	37
Sostegno alla continenza	30	6	36
Sostegno alla nutrizione	29	7	36
Terapie intramuscolo	28	7	35
Tenuta di un diario clinico	27	8	35
Attività fisica	28	7	35
Riabilitazione	8	27	35
Servizio mensa	20	3	23
Assistenza medica	12	9	21

Fonte: Ricerca Abitare Leggero, 2013

derazione i punti di vista, gli orientamenti e le applicazioni dirette rispetto a 5 ambiti principali:

1. Senso di appartenenza: cosa fa sentire la persona anziana a casa?
2. Indipendenza: come stimolare la partecipazione attiva degli anziani residenti?
3. Socialità: come realizzare una residenzialità differenziata?
4. Riconoscibilità: principi progettuali di macro e micro-livello
5. Aspetti tecnici: progettare per le necessità degli anziani

Da questa valutazione sono emerse tendenze interessanti, ma anche alcune difficoltà ricorrenti, spesso dipendenti da fattori esterni alle strutture e ai desideri progettuali. Le difficoltà più frequenti sono di tre tipi: la preesistenza della struttura all'insediamento del gestore, il titolo sulla base del quale è utilizzato l'edificio in cui è inserita la realtà e la presenza di alcuni vincoli normativi. Con alcune eccezioni, le strutture che hanno partecipato alla ricerca sono più spesso collocate all'interno di edifici preesistenti, che non sono stati oggetto di una progettazione originale specifica; in particolare, non sempre la destinazione d'uso precedente dell'immobile era di tipo residenziale e l'avvio dell'esperienza ha richiesto la riconversione di stabili destinati a usi diversi. Gli investimenti necessari per implementare gli obiettivi progettuali specifici hanno così dovuto confrontarsi con difficoltà strutturali o economiche. Ad esempio, la ripartizione interna degli spazi poteva non essere modificabile, oppure esserlo solo con interventi di costo elevato. Anche il titolo sulla base del quale l'edifi-



Oasi San Gerardo (Monza), foto FHS

cio è occupato pone dei vincoli frequenti agli interventi strutturali; nel caso in cui l'edificio non sia di proprietà, ma in locazione o in comodato (si tratta delle due modalità più frequenti), ogni cambiamento deve essere approvato dalla proprietà e può comportare costi aggiuntivi al momento della riconsegna del bene immobile. Oppure, gli investimenti iniziali possono essere poco sostenibili, a fronte dell'incertezza sulla durata del contratto di locazione o di quella implicita nella formula stessa del comodato gratuito, rescindibile in qualsiasi momento.

Per questi e altri motivi, i sopralluoghi alle strutture hanno fatto emergere linee di pensiero chiare rispetto agli obiettivi del progetto e alle sue necessità infrastrutturali, ma anche una mancata traduzione e incompletezza nelle risposte formali e nella distribuzione spaziale. Le ipotesi di lavoro della ricerca hanno trovato molte conferme, ma è emersa anche la necessità di ulteriori approfondimenti sulle soluzioni più utili per progettare spazi adeguati ad accompagnare il processo di cambiamento dei residenti.

Il risultato di quest'analisi, pur riflettendo il mondo composito delle strutture che hanno partecipato alla ricerca, ha permesso di far emergere gli elementi qualitativi che giocano un ruolo chiave nella progettazione degli spazi, favorendo il senso di familiarità senza per questo diminuire l'efficienza dei servizi prestati. Rispetto al tema della personalizzazione, oltre l'80% delle strutture analizzate, la permette e la promuove. Gli interventi riguardano soprattutto gli spazi privati, ma anche le aree di accesso e alcuni spazi comuni. La personalizzazione è più facile nelle soluzioni abitative e riguarda le singole unità a disposizione degli anziani. Anche nelle residenze comunitarie gli spazi comuni sono spesso arricchiti da mobili portati agli stessi utenti. Sempre nell'ambito della caratterizzazione domestica, circa il 50% delle strutture ha un'organizzazione degli spazi interni basata sui canoni di una casa tradizionale, con la presenza di elementi archetipici atti a suscitare la memoria storica, quali un salotto organizzato intorno a un tavolo o a un camino. Il tema dell'indipendenza è più legato all'accessibilità e alla fruibilità degli spazi, non solo di quelli personali ma anche dell'intera struttura e dei servizi circostanti; implica quindi l'eliminazione di barriere architettoniche e la corretta ubicazione in un ambiente urbano. Quest'ultimo aspetto sembra oggi difficilmente realizzabile quando si tratta di strutture nuove, che sono costruite prevalentemente in ambiti periferici. La socialità è promossa attraverso varie attività: soprattutto le strutture

residenziali comunitarie privilegiano quindi la presenza di spazi polifunzionali. Circa la metà delle strutture analizzate, inserite in appartamenti o edifici di dimensioni ridotte, non può però disporre della complessità di spazi per ospitare funzioni di tipo sociale e comunitario, che sono di conseguenza offerte attraverso diversi compromessi. L'accesso a spazi esterni curati e sicuri è un elemento di attenzione prioritario e condiviso da una rilevante maggioranza delle strutture. La possibilità di prendersi cura di piante e animali, nonostante sia considerata positivamente, non sempre è realizzabile per problemi igienici reali o presunti, a loro volta meritevoli di riflessioni ulteriori o di una più mirata diffusione informativa. L'orientamento e la riconoscibilità degli spazi derivano dall'organizzazione gerarchica e dalla loro progettazione, attraverso la realizzazione di spazi intermedi di relazione tra quelli che si aprono all'esterno e quelli privati; anche questa soluzione non è sempre concretamente applicabile, soprattutto in quelle situazioni, dove il gestore non può intervenire nemmeno con l'aiuto dei colori. Infine gli aspetti tecnici delle strutture, come la flessibilità delle pareti e l'inserimento della domotica, più importanti quando si offrono soluzioni di medio e lungo periodo, sono quasi del tutto assenti nelle strutture prese in esame, eccetto rari casi dove il progetto di accoglienza, sin dall'inizio ha previsto l'utilizzo di soluzioni tecnologiche a supporto dell'autonomia abitativa. Per quanto concerne la flessibilità degli impianti, solo una bassissima percentuale - inferiore al 15% - ha progettato sistemi tecnologici aperti, ossia che permettono di incrementare la dotazione di presidi tecnologici medici o domotici all'aggravarsi delle condizioni dell'ospite. Quello della dotazione domotica rimane un tema ancora poco maturo, ai gestori non è ancora chiaro quale può essere un equipaggiamento sufficiente e contemporaneamente sostenibile economicamente. Sono più diffusi i sistemi di comunicazione telefonica o, più raramente, di telesoccorso, mentre rari o assenti i sistemi di videosorveglianza o di comunicazione audio-video bidirezionale.

Nel complesso, il tema delle barriere architettoniche merita una maggiore attenzione da parte dei progettisti. Sono diffuse, soprattutto nelle realizzazioni più recenti, le attenzioni regolate da specifiche norme di legge, mentre è rara o meno omogenea la presenza di attenzioni progettuali alla facilitazione d'uso o alla sicurezza di persone con limitazioni sensoriali o delle funzioni mentali superiori. Nel complesso, si tratta di un mondo in evoluzione, che va integrandosi nelle strutture di più recente realizzazione con soluzioni più aggiornate e complete.

6.3 Gestione, tariffe, collegamenti di rete

I processi di ammissione e dimissione sono in genere ben strutturati, spesso integrati con i servizi sociali dei comuni di riferimento o con CEAD e sistemi di governo ASL, anche se non sempre i criteri utilizzati sono univoci e coerenti con quelli descritti nelle carte dei servizi o nei progetti di prima attuazione. È diffusa la partecipazione attiva ai luoghi di governo istituzionali: piani di zona, sistemi di ambito, politiche e programmazione locali. Solo singole strutture appaiono isolate in questo senso. È invece raro che le strutture dispongano di serie storiche o sistemi di registrazione delle popolazioni accolte negli anni, utilizzabili per rapporti di attività, valutazione, audit e pianificazione strategica.

Rispetto al personale, è ridotto l'utilizzo di volontari in compiti professionali. Il personale appare regolarmente assunto e ben tutelato rispetto alla normativa

del lavoro. Soprattutto le strutture abitative utilizzano con frequenza assistenti domestiche nei compiti di governo degli ambienti e di primo supporto alla persona. ASA e OSS rappresentano invece l'operatore tipico nelle Rc. Le funzioni di coordinamento sono svolte da educatori o assistenti sociali, più raramente da altre professionalità.

Le tariffe sono molto diverse fra loro e spesso articolate in più profili di servizi di base o a richiesta, oppure prevedono la possibile frequenza di un CDI annesso al complesso. Solo due strutture abitative utilizzano lo strumento dell'affitto, che prevede un canone di locazione integrato da una quota variabile di ripartizione delle spese comuni; le altre offrono i loro servizi dietro il pagamento di una retta giornaliera. Il valore economico medio delle tariffe base delle soluzioni abitative censite è di €16,6 al giorno, quello delle Rc di €49,2. Si tratta di medie che derivano da valori molto dispersi; l'equivalente giornaliero delle tariffe Ab va da un minimo di €4 a un massimo di €40; quello delle Rc da un minimo di €15 a un massimo di €79,9. Soprattutto nelle strutture comunitarie, molte tariffe prevedono inoltre quote integrative per servizi accessori, raggiungendo valori effettivi compresi fra €60 e €75, con punte superiori a €90 al giorno.

Il tentativo di raccogliere dati più dettagliati sul conto economico di queste realtà, in collaborazione con la LIUC di Castellanza, non ha permesso di ricavare informazioni conclusive. Solo 9 strutture su 52 hanno compilato i questionari proposti, uno dei quali è stato successivamente eliminato dal confronto per problemi metodologici. Il ridotto numero di strutture partecipanti ha impedito di inferire dati sul campione analizzato, tantomeno sul campione generale di strutture attive in Lombardia, la cui consistenza e strutturazione – anche economica – manca oggi di riferimenti sicuri. L'obiettivo dell'analisi era stato focalizzato sull'implementazione di un processo di *benchmarking* economico in grado di misurare a più livelli la struttura dei ricavi e dei costi delle realtà aderenti al progetto. Tutte le analisi prodotte sono state costruite a partire dai dati primari forniti dalle strutture partecipanti al progetto mediante gli strumenti e gli indirizzi metodologici forniti dal *team* di ricerca. Trattandosi di dati primari, l'accuratezza e la precisione delle elaborazioni prodotte è stata influenzata, nel bene e nel male, dall'accuratezza e dalla precisione con cui sono stati raccolti e forniti i dati di partenza per le successive attività di analisi, con i limiti sopra descritti. Così, sebbene siano state condotte attività di controllo e di verifica con le singole strutture e tutti gli enti abbiano confermato i dati da cui originano le elaborazioni prodotte, gli *output* di maggior dettaglio hanno evidenziato diverse probabili incongruenze.

Le motivazioni della ridotta o incompleta partecipazione sono state diverse. Molti soggetti erogatori operano per conto di enti proprietari o titolari della proprietà della struttura, in virtù di appalti o contratti di diversa natura con Comuni, Fondazioni o altre entità giuridiche; per diversi motivi, la maggior parte di loro non ha potuto accedere a dati essenziali per la compilazione dei conti economici proposti o li ha ottenuti solo in forma parziale. Alcuni gestori, avrebbero così potuto garantire solo dati specifici della propria gestione diretta, ma non quelli – ad esempio – relativi all'immobile, ai possibili ammortamenti, a molti costi generali o all'intero ammontare dei ricavi. Soprattutto le strutture dipendenti in diverso modo dai Comuni, non sono state in grado di garantire questa partecipazione, mentre gli stessi Comuni titolari di queste iniziative –



Casa Sant'Ambrogio (Milano), foto FHS

anche quelli più disponibili a partecipare alla ricerca – hanno avuto oggettive difficoltà ad aggregare i dati necessari nella forma richiesta, non risultando la gran parte di questi servizi come centro di costo autonomo, ma venendo contabilizzati a diverso titolo in altre partite. Altri partecipanti – soprattutto le realtà più piccole o con maggiori collegamenti con il mondo del volontariato – operano con modalità meno strutturate e forme di contabilità più basate sul quotidiano che su modelli previsionali o analitici. Infine, singole strutture, soprattutto di dimensioni rilevanti o appartenenti a enti anche multinazionali o nazionali, non sono state autorizzate dalle rispettive direzioni a mettere a disposizione i dati economici necessari. Nel concreto, hanno così partecipato – insieme alle poche organizzazioni di volontariato con forme di contabilità più strutturate – solo poche realtà che, per la loro natura, anche giuridica, hanno la titolarità completa dell'iniziativa o modalità collaborative meglio definite con i possibili enti terzi proprietari. Una più coerente analisi economico-gestionale è stata quindi rinviata a successivi lavori su campioni selezionati, che dovranno di necessità coinvolgere gli enti primari titolari delle strutture.

Con queste premesse, in ogni caso, al di là delle altre differenze messe in luce per le due macro tipologie di servizi (appartamenti e comunità), la struttura dei costi ha dimostrato un'articolazione percentuale fortemente disomogenea, anche circoscrivendo l'analisi alle sole componenti macro (costi alberghieri, costi socio-sanitari, costi generali e costi di gestione dell'immobile), specie se paragonata a quanto è possibile osservare nelle unità di offerta disciplinate a livello regionale (come RSA e CDI). Questo *trend* porta a pensare che, nell'ambito della residenzialità leggera, anche all'interno di categorie di servizi apparentemente omogenei, come gli appartamenti o le comunità, esistano soluzioni gestionali e di servizio molto differenti, al punto da suggerire l'utilità di una minima azione di regolamentazione esterna, ancorché di natura non invasiva.

Complessivamente, le poche strutture abitative analizzate mostrano risultati economici negativi, sia rispetto al risultato della gestione caratteristica che al margine complessivo. Sebbene il campione risulti esiguo e in assenza di qualsiasi intento inferenziale, è plausibile supporre che l'andamento della gestione economica possa risentire anche della diversa valenza dimensionale dei vari gestori. Non a caso, il risultato economico peggiore riguarda un ente che dispone di un solo appartamento, mentre l'unico risultato positivo appartiene all'ente più strutturato, con un'offerta di 29 appartamenti. Il conto econo-



Hotel Adda (Paderno d'Adda), foto FHS

mico medio delle comunità evidenzia invece una sostenibilità gestionale superiore rispetto agli appartamenti protetti. La differenza più marcata si registra sul fronte dei ricavi. Il ricavo medio per posto letto su base annua ammonta a €21.848, contro €13.900 degli appartamenti. L'altro elemento positivo, concerne il fatto che la quasi totalità dei ricavi è frutto della gestione caratteristica, ovvero si tratta di ricavi derivanti dall'attività *core*, il che conferisce sicuramente una maggiore stabilità alle politiche gestionali dei singoli enti. Proseguendo nel parallelismo tra le due macro tipologie di servizi, la struttura dei costi delle comunità alloggio, risulta mediamente più "pesante" rispetto a quella degli appartamenti (€22.097 vs €17.456), ma l'aumento che si verifica sul versante dei costi è meno che proporzionale rispetto a quello registrato nei ricavi, perciò sufficientemente bilanciato. In questo caso cresce l'incidenza del personale socio-sanitario, che rappresenta quasi la metà del totale dei costi di gestione, mentre negli appartamenti protetti questa componente di costo ha un'incidenza media del 30% sul totale dei costi di gestione. Un singolo ente evidenzia un risultato economico che, sulla carta, sembra molto soddisfacente (€1.871 annui a posto letto), dichiarando però valori che, sia sul versante dei costi che dei ricavi, risultano più elevati rispetto ai dati medi normalmente riconducibili a una RSA contrattualizzata. A differenza che nelle abitazioni, la relazione con i posti letto nelle comunità analizzate è invece contraddittoria, senza un'apparente relazione fra risultati economici e dimensioni della struttura. Sia per le abitazioni che per le comunità, infine, è stato difficile o impossibile mappare l'intera struttura dei costi, per cui il risultato finale, se tenesse conto anche degli eventuali oneri finanziari e straordinari, potrebbe subire un peggioramento.

Nel complesso, l'immagine che si ricava è quella di un mondo eterogeneo che integra realtà efficaci sotto il piano sociale ma più deboli sotto quello della gestione economica e della sostenibilità. Le politiche tariffarie non sembrano sempre collegate a una stima analitica dei costi e la struttura dei *budget* forse poco informativa anche per gli stessi gestori. La relazione fra entrate e costi correnti è integrata con frequenza ridotta da risorse esterne occasionali, come donazioni o altre azioni di *fundraising*; queste, almeno nelle strutture direttamente analizzate, appaiono complessivamente poco influenti sulla gestione complessiva.

6.4 La popolazione accolta

La popolazione residente nelle 52 strutture è stata analizzata sotto il piano delle caratteristiche anagrafiche e socio-culturali, delle motivazioni che hanno portato a ricercare la sistemazione attuale, della soddisfazione rispetto ai servizi ricevuti e delle aspettative rispetto al futuro. Inoltre, sono stati presi in considerazione molti dati clinici e funzionali. Le informazioni sono state raccolte con due modalità. Un campione di 101 anziani è stato sottoposto a un'intervista semi-strutturata, faccia a faccia, progettata da Giuliana Costa - docente e ricercatrice del Dipartimento di Architettura e Studi Urbani del Politecnico di Milano - e condotta da intervistatrici formate e supervisionate. Le persone da intervistare sono state scelte fra i residenti che hanno accettato di sostenere il colloquio e che erano in grado di gestirlo in forma autonoma. Un secondo campione di 300 residenti è stato analizzato utilizzando uno strumento di valutazione multidimensionale standardizzato, il VAOR LTCF. Si tratta dello stesso strumento in corso di sperimentazione dalla Regione Lombardia per il possibile utilizzo nel governo della rete dei servizi regionale²⁷. Le due popolazioni sono molto simili sotto il piano anagrafico. La differenza sostanziale fra i due sottogruppi è rappresentata dall'integrità delle funzioni mentali superiori. Le interviste sono state, infatti, proposte ad anziani in grado di rispondere autonomamente alle domande e interagire con le intervistatrici. Il VAOR ha invece intercettato anche la popolazione con livelli diversi di compromissione cognitiva, fino alla franca demenza. Le interviste, inoltre, offrono un'immagine più fedele della storia precedente e delle motivazioni che hanno portato la persona anziana a richiedere la nuova sistemazione.

6.4.1 Dati socio-anagrafici

La popolazione intercettata è prevalentemente di sesso femminile (72,3%) senza differenze significative fra le tipologie Ab e Rc. Anche l'età al momento dell'intervista o della valutazione è simile, con una media di 82 (mediana 84, moda 91). Più informativa l'età media al momento dell'accoglienza: 74 anni nelle Ab, 83 nelle Rc (mediana 73,7 contro 84,5; moda 75 contro 88). In pratica, nelle Ab le persone trovano accoglienza mediamente 10-15 anni prima rispetto a quelle Rc, che intercettano persone più anziane. In entrambe le tipologie di servizio, trovano accoglienza anche persone più giovani (fino a 51 anni nelle Rc). Queste strutture sono, infatti, utilizzate - soprattutto dai servizi sociali comunali - come soluzioni tampone per rispondere alle esigenze di altri sottogruppi di popolazione: disabilità mentale, disagio sociale, senza fissa dimora. In tutte le strutture, le persone coniugate sono un'assoluta minoranza; prevalgono vedovi, celibi/nubili e divorziati/separati. Soprattutto questi ultimi, sono più frequenti nelle Ab e nei maschi. È possibile che le soluzioni abitative intercettino processi collegati all'intersezione con altre dinamiche di vita - separazioni, disagio sociale - relativamente più frequenti nel sesso maschile. I livelli di scolarità della popolazione analizzata sono bassi. Poco meno del 70% ha

²⁷ Il VAOR LTCF fa parte della più complessa e articolata *suite* Inter-RAI. Il gruppo di lavoro ha scelto di utilizzare il modulo LTCF (*Long Term Care Facilities*), piuttosto che i più appropriati VAOR HC (*Home Care*) o VAOR AL (*Assisted Living*), per garantire una diretta confrontabilità con i dati della sperimentazione in corso sulle RSA lombarde, che mira esplicitamente a verificare l'ipotesi che queste strutture accolgano attualmente anche anziani per i quali sarebbero più adeguate strutture di minore complessità, come quelle analizzate in questa ricerca.

raggiunto la licenza elementare (70 persone su 101). Solo l'8% ha un diploma di scuola superiore, il 3% una laurea. I livelli di scolarità più bassa (non oltre la licenza elementare) sono leggermente più frequenti nelle soluzioni Rc (47 persone su 62 nelle Rc, 23 su 39 nelle Ab, 76% vs 59%), mentre in quelle abitative si trovano (sono numeri complessivi comunque limitati) maggiori proporzioni di persone con diploma di scuola superiore o di laurea: 8 anziani su 39 nelle soluzioni Ab (20,5%), 4 su 62 nelle soluzioni Rc (6,5%).

64 anziani su 101 (63,4%) vivevano in precedenza da soli; questa variabile risulta simile nei due sottogruppi Rc e Ab. I nuclei familiari sono comunque di consistenza ridotta. Un coniuge vivente è presente nell'11% del campione (18% nelle soluzioni Ab); pochi i figli (media 1,3, mediana 1, moda 0), di cui solo 0,4 femmine per persona intervistata. Ancora meno i nipoti: media 2,8, mediana 2, moda 2). Questa situazione non limita il mantenimento di relazioni stabili con le persone intervistate, che segnalano – dopo l'inizio dell'accoglienza – la persistenza di contatti frequenti o anche quotidiani con i propri familiari in 78 persone su 101 (77,2%). È il tema dell'intimità a distanza, in questo caso sviluppato entro i confini di nuclei familiari di dimensioni ridotte e spesso coinvolti su più fronti assistenziali: altri anziani, persone con disagi, disabilità. Nella situazione di vita precedente, poco meno della metà degli attuali residenti in Ab dichiara di aver gestito autonomamente e senza aiuto le proprie esigenze, contro il 20,5% di quelli residenti in Rc. Gli anziani accolti nelle strutture Ab riferiscono l'intervento di aiuto di figli, altri parenti o volontari in 8 risposte su 44 (18,3%). Questa proporzione sale a 38 casi su 83 (45,8%) nei residenti nelle strutture Rc. Colf e badanti sono presenti in 5 casi su 44 (11,4%) negli anziani residenti in Ab e in 16 su 83 (19,2%) in quelli in Rc. L'intervento di badanti coinvolge complessivamente 7 anziani su 101 (6,9%), mentre l'utilizzo di colf è segnalato da 14 anziani su 101 (13,8%). Da rilevare, la ridotta proporzione di anziani seguita in precedenza dai servizi domiciliari formalizzati come SAD o ADI (in tutto 2 su 101) o che riferisce di aver ricevuto un aiuto rilevante dal proprio medico di famiglia (3 anziani su 101).

6.4.2 Perché è stata ricercata una nuova sistemazione?

Nelle Ab, la maggior parte delle persone dichiara che questo è il primo approccio a una soluzione residenziale diversa dall'abitazione tradizionale; nelle Rc, è più frequente il precedente utilizzo di altri servizi, come comunità, riabilitazioni e CDI. La struttura è ricercata e trovata più spesso nel comune di residenza (sempre nel caso dei residenti nelle Ab) o nelle sue immediate adiacenze. I motivi della ricerca di una nuova soluzione residenziale sono diversi nelle due tipologie di servizio. Nelle Ab prevalgono nettamente solitudine e difficoltà abitative (53 risposte su 83, 64%). In particolare, solo un anziano su 5 ha un'abitazione di proprietà e, fra gli anziani che segnalano difficoltà abitative, l'88,6% delle risposte riguarda problemi economici, sfratti, demolizioni, ristrutturazioni, dimensioni eccessive o degrado dell'abitazione primaria, la sua posizione in quartieri insicuri o troppo periferici. L'86,4% non ha più a disposizione un'abitazione primaria. Nelle Rc, sono invece diffusi problemi di salute e di autonomia della persona (48 risposte su 122, 40%) e difficoltà familiari a proseguire il lavoro di cura. Soprattutto le ferie del *caregiver* primario o il sollievo temporaneo di sue personali difficoltà – affaticamento, malattie o disabilità, problemi con badanti, altri anziani da sostenere – determinano il 71,7% (33 su 46 risposte) delle motivazioni collegate a questo capitolo. Al contrario, la proporzione di anziani con un'abitazione primaria non più disponibile scende a 22 anziani su



Appartamento di Viale Jenner (Milano), foto FHS

62 (35,5%), mentre poco meno dell'80% ha un'abitazione di proprietà. In altre parole, le persone anziane intervistate arrivano nelle soluzioni Ab più giovani e per motivi prevalentemente collegati con il fallimento o il cambiamento del progetto abitativo primario. Nelle Rc, al contrario, prevalgono le motivazioni collegate alle esigenze di famiglie impegnate nella cura di persone in età avanzata e con problemi di malattia o disabilità.

6.4.3 Durata dell'accoglienza e soddisfazione dei residenti

La durata media dell'accoglienza è di 21,7 mesi nelle Rc (mediana 12, moda 12) e di 48,3 mesi nelle Ab (mediana 41, moda 84). Nelle Rc si trovano molte accoglienze di poche settimane o pochi mesi, oppure vincolate a una durata specifica (30 o 90 giorni nei casi più frequenti) da limiti specifici previsti dal regolamento delle strutture. Tendenzialmente, le strutture di tipo Rc sembrano orientate verso un'accoglienza di breve periodo, ma entro un arco temporale che può estendersi anche a uno o due anni. Al contrario, le soluzioni Ab sembrano per loro natura orientate verso accoglienze pluriennali e di lungo periodo. Al di là dei motivi che hanno portato una persona a vivere questa esperienza e delle personali storie di vita, le persone dichiarano in modo univoco di essere soddisfatti delle soluzioni. Nelle diverse strutture censite, gli anziani intervistati si trovano bene (95%) e si sentono protetti. La sensazione di sicurezza – riferita da più del 90% dei residenti in entrambi i servizi – è attribuita alla presenza di altri ospiti o residenti, alle figure professionali e ai servizi di telesoccorso, chiamata e pronto intervento. La percezione domestica ("Si sente a casa?") è maggiore nelle soluzioni abitative (61,5%), minore nelle Rc (46,8%). Nelle Rc, le esigenze della persona sono soddisfatte soprattutto da operatori professionali appartenenti ai servizi interni, mantenendo sempre un'elevata integrazione con la presenza consistente dei familiari. Nelle Ab è più frequente il contributo di servizi esterni: reti informali e di buon vicinato, volontariato, servizi sociali e sanitari di comunità, lavoro privato di cura. La qualità degli operatori è percepita in modo uniformemente positivo; apprezzati, soprattutto, gli aspetti motivazionali e affettivi della relazione di cura.

Le possibili criticità segnalate dai residenti sono ridotte. Nelle Rc, gli anziani sottolineano alcuni limitati problemi organizzativi: la qualità del cibo, il numero ridotto di operatori, le ridotte dimensioni delle camere, la necessità di doverla condividere o di mangiare con altri. Nelle strutture Ab, al contrario, sono citati



Viviendas dotacionales (Barcellona), foto FHS

più spesso aspetti specifici della collocazione abitativa: la lontananza dal centro della città e dai negozi, le ridotte dimensioni degli appartamenti, le difficoltà di trasporto, la presenza di una rampa di accesso disagiata. Gli anziani intervistati non sembrano richiedere particolari servizi integrativi. Rispetto alla vita sociale, più di metà degli anziani intervistati dichiara di ricavare piacere dal vivere insieme o vicino ad altre persone o di accettarlo senza particolari difficoltà. Qualche disaccordo (si tratta di numeri molto ridotti) è segnalato dal 10,3% dei residenti nelle soluzioni abitative – alle prese con i tradizionali problemi condominiali – mentre nel 6,5% di quelle di tipo Rc è la vicinanza di anziani in condizioni di maggiore disabilità a poter creare qualche problema di convivenza. Nelle nuove sistemazioni gli anziani intervistati costruiscono nuove amicizie e mantengono quelle preesistenti. Emerge un 15,8% di anziani che non ha costruito amicizie locali e un 23% che non ha, o non ha più, amicizie e relazioni esterne alla struttura. Si tratta di sottogruppi meritevoli di attenzione perché esposti ai più noti rischi d'istituzionalizzazione (solitudine, ridotte relazioni sociali, famiglia poco consistente o assente).

Sotto il piano economico, la maggior parte degli anziani accolti in soluzioni Ab dichiara di pagare con proprie risorse la sistemazione attuale (77,8%), gli altri con l'aiuto dei figli o del Comune. Nelle soluzioni Rc, solo il 45% sostiene autonomamente i costi necessari, gli altri non sanno chi realmente stia pagando e con quali risorse (personali o altre). Solo una proporzione minore è consapevole dell'intervento economico dei figli o di altri familiari.

6.4.4 Vorrebbe andare via da qui? E dove vorrebbe andare?

Rispetto alla sistemazione attuale, le persone intervistate investono in essa in modo tangibile anche sul versante esistenziale. In entrambe le tipologie di strutture dichiarano di voler restare "per sempre" (64 anziani, 63,4%) oppure "a lungo" o "il più a lungo possibile" (5 anziani su 101, 4,9%). Due terzi degli intervistati non stanno progettando il ritorno nella propria casa o in un'altra sistemazione, con risposte più spesso francamente negative. Questo ambito è stato meglio esplorato a due livelli. Rispetto alla possibilità di tornare a casa, nelle Rc, la risposta più frequente (38 risposte su 78, 45,8%) è riassumibile nell'affermazione "Perché non voglio o non posso gravare sui miei familiari". Nelle soluzioni Ab la risposta più frequente (25 risposte su 78, 32,1%) è stata piuttosto: "Perché mi piace stare qui e non ho intenzione di cambiare ancora".

Le restanti risposte sono invece collegate a problemi abitativi o economici: non esiste una casa in cui rientrare e il rientro a casa significherebbe andare a vivere con familiari in abitazioni molto piccole (figli o figlie sposati, con nipoti ancora in casa e poco tempo o pochi locali a disposizione) oppure gravare sulle finanze dei propri familiari per affittare un'abitazione personale non sostenibile con le proprie risorse economiche. Rispetto a un eventuale ricovero in RSA, le persone intervistate si sono divise fra le molte risposte possibili, proposte dal questionario o fornite più liberamente nel corso del dialogo. Le risposte affermative o possibiliste sono il 7,1% del totale di 98 risposte. La maggior parte degli altri intervistati offre un'analisi più articolata. Nelle soluzioni Ab prevalgono le affermazioni "Non voglio pensarci" e "Voglio morire qui". Negli anziani Rc prevalgono le affermazioni "Sarà un problema di altri" "Ci penserò più avanti" o "Dipenderà dalla salute".

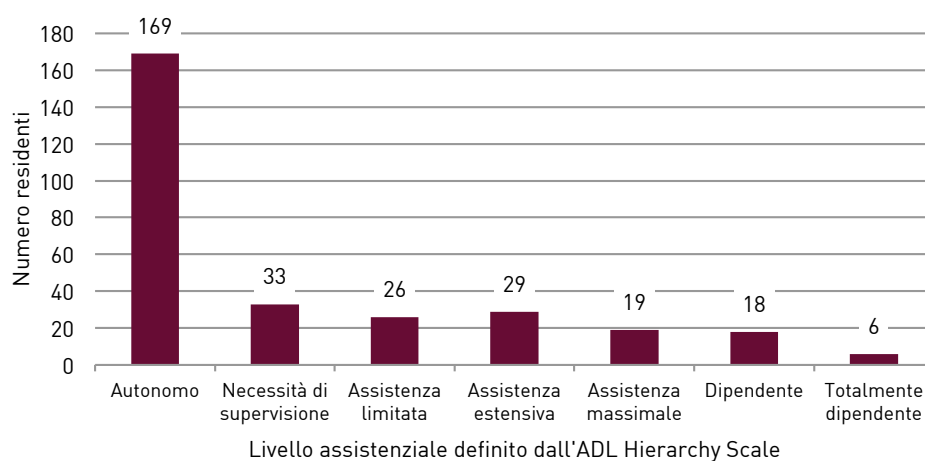
6.4.5 Autonomia e funzionalità. Alcuni risultati della valutazione VAOR LTCF

Sotto il piano delle funzionalità, l'analisi VAOR ha restituito dati puntuali e coerenti con le aspettative²⁸. Complessivamente, il 68,7% del campione si colloca nel raggruppamento "Funzione fisica ridotta", che comprende i codici RUG da 44 a 35. In particolare, il 61,5% della popolazione Ab si colloca nel RUG 44, con funzioni ADL in gran parte conservate (punteggio 4 o 5, dove 4 corrisponde alla normalità). I codici RUG 44 nelle Rc sono rappresentati in proporzione inferiore (42,2%), mentre un altro 25,9% è distribuito nei RUG da 43 a 35, con ADL crescenti fino a 16-18. Per questi sottogruppi, i tempi di assistenza stimati nelle rilevazioni pubblicate vanno da un minimo di 70 minuti al giorno (RUG 44) a un massimo di 151 (RUG 35) (Brizioli, 2013). Dal codice 36 in poi i tempi di assistenza entrano nel *range* proprio delle RSA lombarde, che prevedono come *standard* di minima 901 minuti settimanali di assistenza per ospite. Complessivamente, il 78,5% delle persone residenti in strutture Ab e l'80,5% di quelle residenti in strutture Rc resta sotto questa soglia. Al contrario, possono essere considerate candidabili per l'accoglienza in RSA rispettivamente il 21,8% e il 19,5% delle persone residenti in Ab e in Rc. Sotto il piano clinico, soprattutto nelle Rc, si ritrova l'intero ventaglio di malattie e sindromi dell'età geriatrica. Nel complesso, solo il 7-8% dei residenti mostra qualche tipo d'instabilità clinica. Rispetto ai livelli di autonomia nelle principali funzioni di base (BADL), la figura 6.3 riassume i livelli calcolati dall'algoritmo *ADL Hierarchy Scale*, che prende in considerazione le funzioni più collegate al carico assistenziale: igiene

28 Il VAOR LTCF prevede 44 classi RUG, ulteriormente suddivisibili in 7 gruppi principali: Riabilitazione, Cure estensive, Assistenza speciale, Clinicamente complesso, Cognizione ridotta, Problemi comportamentali, Funzione fisica ridotta. A ogni classe corrisponde un indice di assorbimento delle risorse collegabile a tempi di assistenza ponderati su popolazioni particolarmente consistenti. I 7 gruppi principali sono costruiti in senso decrescente: il paziente che non possiede le caratteristiche minime per essere inserito nel raggruppamento, scatta a quello successivo e così via fino all'ultimo, ove sono inseriti i pazienti che presentano solo problemi di non autosufficienza e limitazioni delle funzioni motorie. Nell'ambito di ogni raggruppamento l'assegnazione al singolo gruppo è definita in relazione ad alcune specifiche assistenziali e al punteggio ottenuto nella scala ADL.

personale, trasferimenti alla toilette, locomozione e alimentazione²⁹. Le persone autonome in queste funzioni chiave rappresentano l'85% dei residenti nelle soluzioni Ab e il 60% di quelle nelle Rc. Un'assistenza intensiva o massimale (due o più persone di sostegno per tutte le funzioni chiave) è limitata al 9% dei residenti nelle soluzioni Ab e al 20% di quelli accolti nelle Rc. Un dettaglio migliore deriva dall'esplorazione delle singole funzioni BADL esplorate, che sono più ampie di quelle riassunte nell'ADL *Hierarchy*. Soprattutto nelle soluzioni Ab, gli anziani valutati mostrano un buon livello d'indipendenza in gran parte delle 10 funzioni esplorate; l'utilizzo della sedia a rotelle è marginale (2%) e più spesso la persona è autonoma nella sua gestione (si muove da sé una volta che vi è stata sistemata). Poco meno di un anziano su 3 ha invece bisogno di ausili per la deambulazione (bastone, deambulatore).

Figura 6.3 - Profilo funzionale e delle autonomie dei residenti nelle strutture censite



Nelle soluzioni Rc la situazione è diversa. La funzione più conservata è quella del mangiare, che vede poco meno del 90% degli anziani autonomi o bisognosi solo di una qualche forma di organizzazione e supervisione. Anche la mobilità nel letto è conservata in poco meno dell'80% degli anziani valutati, mentre poco più del 70% è in grado di camminare e muoversi autonomamente fra i diversi ambienti. Un anziano su 5 utilizza stabilmente la carrozzina. Complessivamente, quindi, i livelli di disabilità rilevati sembrano compatibili con modelli di sostegno a organizzazione leggera, con alcune possibili aree di criticità, più frequenti nelle Rc; in queste si rileva una proporzione consistente di persone che richiederebbero assistenza intensiva o totalmente dipendenti in tutte le funzioni chiave. Singoli anziani con caratteristiche di autonomia, possono in realtà essere sostenibili anche in strutture meno impegnative, se esistono margini operativi rispetto alla domanda media che proviene dalla maggior

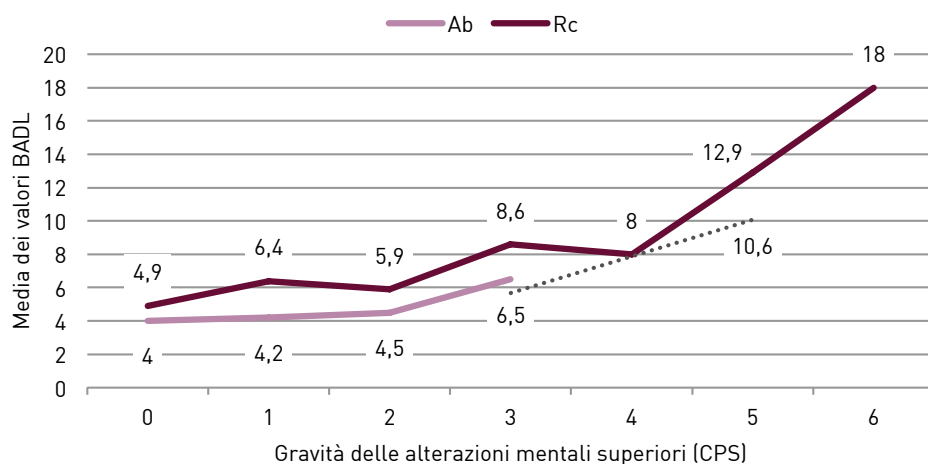
²⁹ I punteggi dell'ADL *Hierarchy* vanno da un minimo di 0 (indipendenza) a un massimo di 6 (totale dipendenza); la disabilità nelle ADL può essere ulteriormente categorizzata su due livelli: "assistenza richiesta" (ADL *Hierarchy Scale* da 2 a 4) e "dipendenza" (ADL *Hierarchy Scale* da 5 a 6). L'ADL *Hierarchy Scale* analizza 4 variabili: igiene personale, trasferimenti alla toilette, locomozione e alimentazione. Il punteggio totale ADL viene calcolato invece non sulle 6 variabili classiche del punteggio BADL, ma solo su 4: mobilità a letto, trasferimenti, uso del WC, mangiare. Nel sistema VAOR anche per il calcolo del punteggio BADL (che va da un minimo di 4, che corrisponde alla totale autonomia, a un massimo di 18), si utilizzano le stesse variabili.

parte degli ospiti (*case-mix*). La soglia di criticità – tipica di ogni modello organizzativo – richiede riflessioni più dettagliate rispetto al tema dell'appropriatezza, in analogia al metodo implicito nel sistema Inter-RAI. La relazione fra costi e benefici è però delicata e gli indicatori di rischio (incidenti per la persona o per l'operatore, esiti non adeguati del processo di cura) meritano di essere valutati con attenzione.

Rispetto alle funzioni mentali superiori, il 40% degli anziani dimostra segni e sintomi compatibili con loro alterazioni, mentre 51 anziani su 300 (17%), dispongono già di una diagnosi formale di demenza precedente all'accoglienza nella struttura. Nel complesso, compromissioni lievi delle funzioni mentali sono ancora compatibili con una ragionevole autonomia quotidiana, quando la persona possa esprimere le sue esigenze in ambiti protetti e non sia l'ambiente stesso – o il modello di cura, eccessivamente protettivo o al contrario disattento o fonte di stress – a richiedere alla persona uno sforzo di adattamento superiore alle sue capacità. In presenza di alterazioni lievi e con funzionalità di base ancora conservate, le persone possono trarre beneficio dall'essere accolte in ambienti più piccoli, con immagine più domestica e con una maggiore personalizzazione del programma di cura. Molta letteratura rileva le potenzialità dei servizi a organizzazione leggera per l'accoglienza di persone con demenza, sottolineando, però, la necessità di una specifica formazione degli operatori, di modelli di cura aggiornati e di ambienti correttamente progettati sotto il piano architettonico. Nei casi di compromissione superiore, diventano invece dominanti le esigenze collegate alla disabilità, soprattutto motoria. La figura 6.4 descrive la relazione fra la gravità delle alterazioni delle funzioni mentali superiori (CPS)³⁰ e i valori medi BADL nelle strutture Ab e Rc. Livelli ADL fra 6 e 8 sono tendenzialmente compatibili con l'assistenza in situazioni a protezione molto leggera, mentre livelli fino a 12 richiedono organizzazioni in grado di fornire almeno assistenza limitata. È evidente, soprattutto nelle Rc, la presenza di una certa proporzione di persone con gravità ADL superiore a queste soglie.

³⁰ La *Cognitive Performance Scale*, utilizzata dal sistema VAOR, restituisce punteggi che vanno da un minimo di 0 (normalità delle funzioni mentali superiori) a 6 (compromissione molto grave). Il punteggio CPS ha una buona comparabilità con il più diffuso MMSE. Un punteggio CPS superiore o uguale a 2 può essere considerato equivalente a un punteggio MMSE inferiore o uguale a 19, quindi compatibile con una diagnosi di demenza. Un punteggio compreso fra 2 e 4 è compatibile con una compromissione di livello moderato delle funzioni mentali superiori, un punteggio superiore a 5 con una compromissione severa.

Figura 6.4 - Relazione fra livelli CPS e valori medi ADL



6.5 Discussione

6.5.1 Si tratta di interventi coerenti con letteratura e buone prassi?

La risposta è complessivamente positiva. Le caratteristiche delle strutture censite in Lombardia presentano molti aspetti in comune con quelle di altri scenari internazionali e i punti di forza e le possibili criticità sono in gran parte simili. In particolare, le strutture analizzate sembrano applicare molti principi guida già esposti nelle pagine introduttive. I servizi di vita indipendente garantiscono modelli di organizzazione e di relazione con i residenti che favoriscono la sensazione di autonomia, integrati da servizi accessori che arricchiscono questa sensazione di socialità e sicurezza. Le soluzioni per la vita assistita garantiscono servizi proporzionati alle limitazioni della vita quotidiana senza ridurre l'attenzione al benessere soggettivo, alla personalizzazione dei piani di cura e alla tutela delle autonomie residue.

Le popolazioni intercettate sono analoghe – per età, sesso, funzionalità motoria e cognitiva – a quelle descritte negli Stati Uniti e nei paesi nordeuropei; anche le risposte fornite sembrano simili, pur adattate alla specificità del contesto italiano. In Italia, in particolare, le reti familiari sono più solide che in altri paesi e i servizi intercettati – prossimi e sussidiari – sembrano accogliere il desiderio di partecipazione delle famiglie senza ostacolarlo con interventi eccessivamente standardizzati o esautoranti. I dubbi di appropriatezza, espressi da alcuni esperti, rispetto alla possibile accoglienza di popolazioni con limitazioni funzionali maggiori, hanno trovato solo parziale conferma dall'analisi VAOR. Il raggruppamento più rappresentato nelle strutture Ab e Rc è quello della Funzione fisica ridotta, la classe RUG di riferimento è la 44. Le sovrapposizioni con i RUG appropriati per le RSA sono limitate e i tempi di assistenza calcolabili – secondo le indicazioni di Enrico Brizioli (Amministratore delegato del Gruppo Santo Stefano, già membro della Commissione Nazionale Stato-Regioni per i Livelli Essenziali di Assistenza e Responsabile del progetto ministeriale di implementazione del sistema RUG) – nella maggioranza dei casi sono inferiori agli *standard* di minima previsti per l'accreditamento delle RSA lombarde. In altre parole, le strutture Ab e Rc analizzate accolgono una popolazione che –

anche in presenza di eventuali limitazioni funzionali – sarebbe nella maggior parte dei casi inappropriata per le RSA.

Le persone con demenza possibile o sicura sono più numerose di quanto atteso dai gestori, ma compatibili con i dati di prevalenza per le strutture vita assistita già descritti nel caso statunitense. Si tratta di anziani che richiedono più spesso supervisione e aiuto nell'organizzazione di vita o, più raramente, assistenza limitata. Nel complesso, sono livelli di assistenza compatibili con i modelli operativi delle strutture analizzate, mentre le situazioni di sicura o possibile inappropriatezza non eccedono i limiti di tolleranza fisiologici per strutture in cerca di un'identità e in attesa di un riconoscimento, anche normativo, più sicuro dell'attuale.

Nei limiti di quanto osservabile, la consistenza del lavoro privato di cura durante l'accoglienza nelle strutture di vita assistita si riduce, con ricadute positive sull'impegno economico delle famiglie. È una conferma indiretta – certamente non l'unica – che piuttosto che il discusso ruolo alternativo alle RSA, le strutture di vita assistita offrono alle famiglie soprattutto una possibile integrazione o un'alternativa – di breve o di più lunga durata – al ricorso alle badanti. Peraltro, osservazioni personali – in assenza di lavori pubblicati – descrivono una presenza rilevante di collaboratori remunerati dalle famiglie anche quando i loro anziani sono accolti in servizi ospedalieri, reparti di riabilitazione o in RSA. Nel complesso, quindi, la ridotta presenza di badanti in un ambiente a minore complessità organizzativa e assistenziale rappresenta un risultato positivo. Inoltre, il ruolo delle assistenti domestiche viene, soprattutto nei servizi abitativi, valorizzato e reinterpretato in modo originale. In molti di essi le assistenti domestiche operano con forme contrattuali ben definite e sono utilizzate in modo formalizzato; in altre parole, possono operare in forme più sostenibili e meglio tutelate di quanto avvenga nell'ambito domestico.

6.5.2 Quale domanda intercettano? Come si collocano nella rete dei servizi?

I servizi intercettati si propongono a due popolazioni prevalenti. Da un lato, anziani soli con difficoltà specifiche di tipo abitativo, più spesso ultra70enni con difficoltà nelle IADL e buoni livelli di autonomia residua nelle BADL; questa sembra essere la popolazione di riferimento dei servizi abitativi e di vita indipendente. Dall'altro, anziani di età più elevata – più vicina agli 85 anni – con disabilità di livello più elevato nell'ambito delle BADL, già sostenuti dai processi di riorganizzazione degli interventi familiari, dal lavoro privato di cura e – in minor misura – dai servizi domiciliari formalizzati. E' questa la popolazione di riferimento dei servizi di residenzialità comunitaria e di vita assistita intercettati.

Esistono, poi, sottogruppi particolari e di consistenza più ridotta: persone senza fissa dimora, esigenze collegate con il tema del "dopo di noi", disagi sociali, problemi abitativi esito di separazioni o altre vicissitudini familiari. In singoli contesti, emerge un utilizzo di queste strutture come soluzioni tampone per i servizi sociali comunali, ma si tratta di un fenomeno nel complesso circoscritto. La stessa funzione è peraltro svolta, in alcuni ambiti territoriali e in modo probabilmente meno appropriato, dalle stesse RSA. Il ricorso a queste soluzioni per popolazioni particolari non è comunque negativo. Le dimensioni

contenute, l'attenzione alla qualità delle relazioni, l'ambiente domestico e la possibilità di personalizzare gli interventi, rappresentano un valore aggiunto per situazioni umane che richiedono questo tipo di risposta. Non a caso, questa formula trova una sua naturale espressione in altri ambiti di servizio: minori, famiglie in difficoltà, madri sole con bambini piccoli, persone con problemi psichiatrici che non richiedano un'elevata protezione sanitaria. La logica è comune e alcuni modelli organizzativi simili.

La collocazione di rete è decisamente meno chiara. Anzi, rappresenta un problema ampiamente segnalato dai gestori. Le incertezze più diffuse e sistemiche non sembrano derivare dall'interpretazione del ruolo da parte delle diverse organizzazioni – anche se in singole situazioni emergono incertezze d'identità meritevoli di attenzione – quanto alle difficoltà di essere riconosciute e utilizzate in modo coerente dai Comuni, dalle ASL, dai reparti ospedalieri e riabilitativi. Non essere visti o non essere riconosciuti in un ruolo specifico, determina incertezze in ambiti che rappresentano invece il valore aggiunto di queste realtà. I racconti dei gestori e degli operatori sono emblematici: medici di famiglia che non rispondono alle richieste di visita domiciliare o che non danno indicazioni su terapie e provvedimenti accessori; servizi ADI che non intervengono perché “la persona è in una struttura, risolvetevi voi il problema”; CEAD, PUA e Comuni che non considerano queste strutture come unità d'offerta possibili e lasciano che siano le persone a intercettarle in modo autonomo; ospedali che dimettono con tranquillità – senza considerare la particolare tipologia di destinazione – anziani ancora instabili o con elevati problemi riabilitativi. Ovviamente, il quadro non è uniforme. Esistono Comuni e ASL nei quali la situazione è del tutto opposta, fino a garantire specifici e avanzati metodi di governo e presa in carico globale. Non a caso, è proprio in questi territori che abitazioni per anziani e comunità sono più numerose ed esprimono meglio il proprio ruolo, con ricadute immediatamente positive sull'intero sistema locale di sostegno ai più anziani. È già stato dichiarato nei capitoli precedenti, come nei migliori modelli internazionali, queste strutture raggiungano la massima efficacia quando operano come piattaforma abitativa per l'azione efficace e sicura dei normali servizi di comunità. Gli esempi di Brescia, Cremona, Monza e Milano sembrano confermare questa realtà anche nello scenario lombardo. Certamente ritorna, in questo come in altri ambiti, il tema della disomogeneità interpretativa e operativa dei servizi pubblici. Quello che è normale in un territorio, può diventare anomalo o diversamente agito nel territorio immediatamente adiacente. Si tratta di un problema noto al programmatore regionale, già impegnato in interventi di correzione.

6.5.3 I servizi sono appropriati? Le persone sono soddisfatte?

Le persone intervistate sono molto soddisfatte della sistemazione abitativa o comunitaria e dei servizi ricevuti. Gli aspetti problematici sono limitati e congruenti, mentre la qualità relazionale del rapporto è decisamente positiva. Le strutture sono scelte perché vicine alla propria dimora abituale e le famiglie mantengono relazioni anche più forti di quanto fosse in precedenza. In altre parole, se gli obiettivi di queste strutture sono di garantire servizi prossimi, sussidiari e arricchiti da qualità relazionale e affettiva, sembra che questi siano raggiunti. Le persone residenti segnalano anche particolari meno consueti. In qualche modo, si tratta di soluzioni che le persone avvertono in continuità con la propria esperienza di vita, utili a rendere più graduale e tollerabile la transizione dalla vita indipendente a quella assistita. Per questo motivo, avvertono la



Oasi San Gerardo (Monza), foto FHS

specifica soluzione in cui risiedono come stabile e definitiva. Non amano o non desiderano ipotizzare nuovi cambiamenti. Soprattutto, le RSA non sono vissute come una possibile alternativa, quanto come una scelta cui non pensare, da subire o da trasferire alla responsabilità di altri.

L'appropriatezza dei servizi merita un primo approfondimento. Analisi organizzative, interviste e VAOR ci dicono che il profilo di servizi mediamente garantito è coerente con le esigenze delle persone intercettate.

I servizi di vita indipendente offrono più spesso una figura di riferimento prevalente (portiere, responsabile, coordinatore), la tutela e pulizia degli spazi comuni e la reperibilità telefonica sulle 24 ore. A questa è spesso collegata l'effettiva possibilità di un primo intervento da parte degli stessi operatori del servizio, che svolgono così un'importante opera di selezione rispetto alle situazioni di falso allarme, chiamate di rassicurazione e a esigenze minori. S'interviene anche tempestivamente in caso di cadute in casa, evitando le possibili e più gravi conseguenze che questi episodi potrebbero determinare per anziani soli in situazioni di normale vita domestica. Nel complesso, gli interventi dei servizi di continuità assistenziale e di emergenza-urgenza territoriale garantiscono una complessiva appropriatezza. I tre servizi descritti rappresentano il *core* delle strutture di vita indipendente, variamente integrati da interventi di socializzazione, tempo libero, governo della casa, assistenza alla persona. Nel complesso è ciò che serve, insieme ad altri aspetti che riguardano la qualità costruttiva, gli arredi, l'ambientazione e la localizzazione dell'abitazione rispetto alla città.

I servizi di vita assistita offrono assistenza alla persona e interventi comunitari (socializzazione, animazione) in ambienti fisici organizzati in modo più simile a quelli istituzionali: camere, bagni più spesso in comune con altri ospiti. I servizi alla persona sembrano adeguati e proporzionati, meno sostitutivi e standardizzati di quanto rilevabile nelle RSA. A questo livello potrebbero essere piuttosto valorizzate forme di accoglienza più coerenti con la transizione fra vita indipendente e vita assistita e con i desideri di *privacy* di ogni persona, richiamate con frequenza nelle interviste: camere singole, bagni personali, spazi per familiari, equilibrio fra spazi privati, privati sociali e pubblici. Si tratta di soluzioni che si ritrovano in poche strutture di progettazione più recente ma non ancora diffuse come denominatore culturale comune dei progettisti e dei gestori.



*Monolocali di Via Turati
(Bollate), foto FHS*

La qualità architettonica – in questi scenari – va compresa come un servizio a tutti gli effetti: contribuisce alla qualità di vita, rassicura e soddisfa le persone, ha effetti positivi sugli stessi modelli organizzativi. Il contributo della Fondazione Housing Sociale rileva come molti aspetti di queste strutture richiama – proprio nella loro semplicità e familiarità – la normalità abitativa di ogni persona. Alla luce delle conoscenze più recenti, alcuni aspetti costruttivi delle strutture analizzate potrebbero essere migliorabili. Nel campione esplorato, però, poche realtà sono di nuova realizzazione o sono state progettate in modo esplicito come strutture di vita indipendente o di vita assistita; le altre, rappresentano più spesso la riconversione o ristrutturazione di edifici preesistenti. Il tema ha ricadute sostanziali su molti aspetti, ad esempio rispetto all'accoglienza di persone con demenza o ai possibili adeguamenti rispetto alle conoscenze più recenti sulla relazione fra ambiente e persone con limitazioni sensoriali e funzionali, soprattutto anziane. Sembra quindi auspicabile un'evoluzione dei modelli progettuali e il trasferimento ai progettisti di conoscenze specifiche rispetto agli obiettivi e alla struttura di questi modelli.

L'accoglienza di persone con alterazioni delle funzioni mentali superiori merita un approfondimento. È noto come beneficino dei servizi socio-sanitari specializzati – come i Nuclei speciali Alzheimer – soprattutto le persone con demenza e alterazioni comportamentali maggiori, non altrimenti gestibili nei normali ambienti domestici. In tutti gli altri casi, è in realtà sufficiente sostenere in modo proporzionato le autonomie presenti e migliorare alcuni aspetti di atteggiamento e approccio dei *caregiver*. Molte persone con demenza possono essere accolte in normali ambienti di vita, se la qualità costruttiva è adeguata e se le attenzioni operative sono esperte e aggiornate; nelle soluzioni abitative e comunitarie possono essere implementate diverse forme di aiuto: osservazione, organizzazione di vita, supervisione e sicurezza. La qualità architettonica degli ambienti di vita è importante; è dimostrato che può sostenere in modo protesico la persona, ridurre i rischi e prevenire il sovraccarico emotivo e assistenziale dei *caregiver*. Alcune possibili attenzioni progettuali sono note: è necessario prestare attenzione, ad esempio, a che gli spazi non siano confusivi, i colori adatti a essere ben percepiti, i percorsi ad anello, arricchiti da luoghi d'interesse e non facilmente collegati a vie di uscita verso luoghi pericolosi. Queste attenzioni sono utili, in realtà, anche ad anziani che presentino le più frequenti e meno gravi limitazioni di memoria e funzionamento collegate al *Mild cognitive impairment*. Nel contesto statunitense, molte ALF o CCRC includono *Memory Care Unit* che, senza adottare le soluzioni progettuali e organizzative delle *Alzheimer Special Unit* incluse nelle NH, rendono possibile una buona accoglienza di persone con demenza anche nelle strutture di vita assistita. Anche a questo livello, si tratta di diffondere buone pratiche progettuali e percorsi dedicati di formazione dei gestori e degli operatori.

6.5.4 I modelli organizzativi sono adeguati?

Si tratta di un'area meritevole di uno specifico approfondimento. La maggior parte dei servizi analizzati è nata spontaneamente, solo alcuni di essi in territori che disponevano già di servizi analoghi con cui condividere esperienze e riflessioni. I servizi sono stati progettati, inoltre, in epoche diverse, sull'onda di temi e di priorità che possono non essere più attuali. Convivono quindi associazioni di volontariato che hanno promosso in modo spontaneo interventi di sostegno abitativo e gestori appartenenti a organizzazioni molto solide e rami-

ficare; servizi per pochi anziani e realtà da 80-120 posti; strutture che gestiscono un singolo servizio e organizzazioni articolate in molte unità d'offerta.

Nel complesso, la maggior parte delle organizzazioni sembra rispondere in modo immediato e spontaneo ad alcune necessità incontrate nella propria attività precedente. In altre occasioni, l'attività nasce dall'opportunità di avere a disposizione, o di poter utilizzare, uno stabile inizialmente pensato per altre destinazioni. Allo stesso modo – indipendentemente dalla qualità finale del servizio, che può essere molto apprezzabile – anche l'evoluzione successiva è caratterizzata più spesso da adattamenti limitati e progressivi ai problemi incontrati nella pratica quotidiana. Al contrario, nel campione analizzato, sono poche le realtà che hanno iniziato la nuova attività con un progetto e con obiettivi ben individuati: modello di riferimento, analisi della popolazione e della rete, obiettivi, confini, delimitazione delle competenze operative, criteri di ammissione e dimissione, collocazione istituzionale.

In altre parole, più spesso prima nasce l'occasione, poi il progetto si definisce nel tempo. Costruire un progetto intorno a un'occasione, limita la struttura dei successivi processi di verifica. Molte strutture analizzate – ovviamente non tutte – non hanno analisi storiche della propria popolazione, di report utili a documentare i motivi e i contenuti dei cambiamenti organizzativi e dei modelli di riferimento. Nel complesso, in realtà, tutto questo non rappresenta un problema sostanziale per gli anziani residenti; è proprio la spontaneità che permette a queste organizzazioni di ritagliarsi in modo più efficace sui bisogni più fini delle persone. Può diventarlo rispetto ai temi della solidità organizzativa e della replicabilità di soluzioni che – proprio per queste caratteristiche – possono essere molto particolari e molto contestualizzati. In altre parole, poco replicabili.

Questa realtà sta comunque cambiando. Soprattutto i progetti più recenti sono accompagnati da riflessioni progettuali più solide, sia sotto il piano architettonico sia sotto quello dell'analisi dei bisogni e dell'organizzazione del lavoro. Restano però molte incertezze rispetto alla tipologia di servizio. Le parole chiave più volte richiamate in questo rapporto – *habitat*, vita indipendente, vita assistita, abitare, servizi accessori, residenzialità comunitaria – compaiono raramente nei progetti e non sempre coincidono con l'effettiva implementazione del modello inizialmente immaginato. Il lavoro di analisi utilizzato per distinguere i servizi abitativi da quelli comunitari – spesso al di là delle dichiarazioni iniziali dei gestori – ne è una conferma. Non poche soluzioni, fra quelle censite, nascono come appartamenti per anziani orientati alla vita indipendente, ma sono successivamente trasformate in normali camere a più letti per soluzioni di vita assistita. Anche le cucine o gli angoli cottura personali, che hanno richiesto investimenti e occupano spazi, sono a volte inutilizzati. In ugual modo, strutture pensate come residenze comunitarie per la vita assistita, adottano poi soluzioni di valorizzazione dell'autonomia e di gestione degli spazi più orientati in senso abitativo, che avrebbero forse trovato migliore espressione in una struttura organizzata per appartamenti, anche di dimensioni contenute.

Nel complesso, non si tratta solo di un problema delle organizzazioni analizzate. Riflette, piuttosto, la ridotta attenzione culturale dedicata nei decenni passati a questi temi in Italia e in Lombardia. I gestori, cioè, faticano a trovare soluzioni di riferimento e modelli replicabili. Anche questa dimensione può

non essere negativa; appartiene, fra l'altro, a tutti i paesi analizzati. Anche nei sistemi più solidi, le incertezze sono frequenti e i modelli nascono ed evolvono nel giro di pochi anni, con sovrapposizioni ricorrenti fra tipologie apparentemente diverse.

Due riflessioni appartengono in senso stretto a questo tema. Personalizzazione e prossimità sottintendono anche la capacità di sperimentare e implementare soluzioni molto variabili, che riflettono nella pratica la stessa variabilità delle persone anziane incontrate e delle comunità locali. In altre parole, se le esigenze degli anziani che rappresentano il *target* di queste strutture sono fluide e variabili, servizi nati per essere personalizzabili e poco standardizzati, non possono essere costretti in modelli troppo rigidi. Se questo accadesse, i risultati potrebbero essere insoddisfacenti. Nella vita quotidiana reale, le abitazioni nelle quali le persone vivono sono molto diverse fra loro. Non da meno, i bisogni cambiano e l'evoluzione di questi modelli è tumultuosa. Il tempo dirà quali sono le soluzioni migliori, ma solo oggi – anche nei paesi più avanzati – si comincia a categorizzare almeno le strutture più simili fra loro. Le autorità governative statunitensi sono alle prese con almeno 70 denominazioni e 5-6 macro-categorie diverse; Olanda e Svezia hanno cambiato sistema di riferimento più volte negli ultimi 20 anni; Gran Bretagna e Francia accolgono decine di modelli diversi ancora poco o niente sistematizzati. L'importante è, probabilmente, sperimentare e verificare, lasciando un certo margine di libertà alla concreta applicazione locale. Sotto molti aspetti, proprio questa fluidità permette la sperimentazione di molte e diverse soluzioni. È possibile che sia prematuro, in assenza di certezze scientifiche e di risposte solide dalla modellistica internazionale, introdurre in questo sistema punti fermi non ancora provati. Piuttosto, è bene suggerire linee guida che aiutino le organizzazioni a muoversi entro confini meglio individuabili e rendano più facile l'osservazione e la verifica dei risultati.

Alcuni punti fermi sembrano comunque necessari. Le soluzioni per la vita indipendente e quelle per la vita comunitaria assistita, è bene che dichiarino esplicitamente e tengano fede ai loro obiettivi, adottando criteri di ammissione e modelli organizzativi conseguenti e non confusivi, per gli anziani e per gli stessi operatori. L'analisi preliminare del territorio, dovrebbe fare riferimento ai sottogruppi specifici che possono diventare potenziali utenti del servizio. Quindi, ad esempio, stimare la numerosità degli anziani soli, di quelli che vivono in abitazioni in affitto o inadeguate, dei sottogruppi con fragilità o limitazioni IADL; oppure, analizzare la tenuta delle reti familiari e l'attitudine locale a utilizzare il lavoro privato di cura.

Infine, bisogna chiedersi come far arrivare le giuste informazioni sulla propria attività ai potenziali utenti. È frequente, nella pratica quotidiana, che le famiglie non abbiano chiari i contenuti e le finalità del servizio cui si rivolgono, soprattutto quando la loro domanda nasce da un'urgenza pressante e la ricerca nel territorio è condotta autonomamente. In termini di comunicazione, non si tratta di un'operazione di normale *marketing*, per quanto sociale. Ad esempio, è difficile raggiungere anziani a rischio d'isolamento o di confinamento, con fragilità, problemi nelle IADL, limitazioni sensoriali; oppure, comunicare correttamente con famiglie già sovraccaricate e alle prese con problemi personali e gestionali di non facile soluzione e che hanno bisogno di risposte – quindi anche d'informazioni – “qui e ora”. Rispetto ad altri paesi, infine, anziani più giovani e



Foto Enrico Perini, Flickr

proprietari della propria casa sono molto meno sensibili a proposte di cambiamento abitativo, oltre che giustamente esigenti.

Così, la comunicazione a queste persone non può essere facilmente affidata ai canali più tradizionali. Non a caso, funzionano al meglio – nell'esperienza analizzata – le strutture che operano in rete con i servizi di ascolto comunali o con quelli *nonprofit*, quando questi siano diffusi sul territorio e ben collegati ai canali di ricerca delle persone. Il punto di forza del sistema bresciano, ad esempio, è proprio la stretta relazione esistente fra il governo sociale della rete – che resta in capo al Comune – e l'ampio ventaglio di soluzioni possibili che il Comune ha a disposizione fra i molti gestori indipendenti, soprattutto *nonprofit*: abitazioni con servizi, abitazioni protette a diverso grado di protezione, residenze comunitarie a diversa organizzazione e intensità assistenziale. In altre parole, si è sviluppato un mondo diversificato ma governato, nel quale l'informazione ai più anziani è più facile che arrivi al momento giusto e con il giusto grado di accompagnamento e orientamento esperto. Oppure, appaiono interessanti i servizi di nuova generazione, che integrano sempre più spesso nel proprio sistema un CDI. I vantaggi sono duplici: questi CDI vantano abitualmente tassi di occupazione più elevati di quelli medi nei servizi lombardi (i documenti di programmazione e coordinamento delle ASL lombarde riferiscono tassi di occupazione dei CDI mediamente compresi fra il 50% e il 70%, quelli dei CDI analizzati in Abitare Leggero sono più spesso vicini al 90%); inoltre, la stessa popolazione accolta nei CDI riceve un'informazione più ravvicinata sulle possibilità residenziali del complesso, che entra più rapidamente nel passaparola di comunità e viene in genere utilizzato in modo più appropriato.

Per le organizzazioni, si tratta anche di scegliere e progettare la giusta relazione fra la popolazione destinataria del proprio intervento e le soluzioni organizzative adottate. Questo collegamento esiste, ma sono evidenti alcune problematiche. Ad esempio, se il servizio di reperibilità telefonica è così importante per migliorare la percezione di sicurezza dei residenti, è bene valorizzarlo e implementarlo in modo efficace, senza discontinuità. Oppure, se il *target* più frequente degli anziani residenti in strutture comunitarie è rappresentato da persone con disabilità già sostenute da familiari e badanti che richiedono un periodo di sollievo, è probabilmente un errore chiudere in estate o in coincidenza di altri periodi festivi. Al di là delle interpretazioni moralistiche, ad esempio, molti familiari non possono scegliere il periodo di riposo; può essere

imposto dalle aziende, può dover coincidere con la chiusura delle scuole, deve coniugare le esigenze di entrambi i coniugi. Oppure, le ferie cui garantire sostegno sono quelle della badante, che ha dei diritti – collegati alla natura del lavoro dipendente e al bisogno di rientrare nel proprio paese – non sempre controllabili dal datore di lavoro/familiare. Lo stesso vale in caso di dimissioni della badante o dell'improvvisa necessità di tamponare una situazione fino a quel momento sostenibile. In altre parole, le strutture comunitarie più attrezzate sanno che sono chiamate a lavorare soprattutto nei momenti in cui ferie e periodi di riposo dei *caregiver* si concentrano, ed è appropriato che si organizzino di conseguenza. Sanno anche che, come per tutte le realtà che lavorano sul sollievo o sull'urgenza, può essere necessario disporre di posti di pronta disponibilità e che la piena occupazione può non essere un obiettivo raggiungibile. Queste attenzioni hanno ricadute dirette sulle modalità di lavoro, sulla previsione dei ricavi, sulla flessibilità dell'impiego degli operatori.

Per le soluzioni abitative, la piena occupazione ha invece relazioni dirette con alcune dinamiche del mercato immobiliare. Si tratta di un tema comune ai servizi abitativi di tutto il mondo, che determina criticità anche e soprattutto negli Stati Uniti. Non a caso, le organizzazioni statunitensi cominciano a sviluppare relazioni più dirette con le normali agenzie immobiliari, con cui condividere proposte e pacchetti di offerte dedicate ai più anziani, ma anche forme di comunicazione specifiche. Vanno diffondendosi anche agenzie immobiliari specializzate in questo specifico ambito d'intervento. Si tratta di un tema sensibile, che implica anche l'utilità di favorire lo sviluppo di reti collaborative fra i gestori e le organizzazioni immobiliari, bancarie e assicurative, che iniziano a muoversi in modo più mirato verso i sistemi di *Long-term care* basati su piattaforme abitative. In alcuni paesi, come la Francia, l'offerta per anziani attivi inizia a trovare proposte mirate dal settore dell'edilizia privata. La qualificazione costruttiva e i servizi accessori di sostegno alla vecchiaia possono rappresentare un *benefit* interessante in chiave di comunicazione commerciale e di nuovi mercati socialmente utili, come dimostra l'esperienza delle *Continuing Care Retirement Communities*.

Questo tema propone un'ultima riflessione; in molti paesi gli utenti delle soluzioni abitative e residenziali più evolute appartengono sempre più spesso ai ceti sociali medi o anche medio-elevati. Culturalmente ed economicamente sono più solidi e possono scegliere le soluzioni più aggiornate, interessanti e di qualità. Per il futuro, resta da chiedersi come occuparsi in modo corrispondente delle fasce più deboli e chi se ne potrà fare carico. Non a caso, questo rapporto ha rilevato il particolare valore delle *Viviendas Dotacionales* catalane, una delle poche iniziative di edilizia popolare pubblica destinate ad anziani in condizione di debolezza sociale, economica e abitativa.

6.5.5 Si tratta di servizi economicamente sostenibili e replicabili?

Le strutture analizzate nascono frequentemente in modo spontaneo, spesso vengono dal mondo del volontariato o appartengono a organizzazioni molto motivate e impegnate sotto il piano sociale. Proprio queste caratteristiche possono limitare la replicabilità di queste soluzioni. Si tratta di organizzazioni legate a *setting* particolari, a specifiche aggregazioni di eventi o a una particolare motivazione dei suoi *leader*. Questi modelli sono, probabilmente, i meno ripetibili in assoluto, pur garantendo spesso i servizi più apprezzati ed efficaci.

I temi della sostenibilità e della replicabilità vanno anche analizzati rispetto all'ambiente nel quale questi modelli sono implementati. Oggi, confusione normativa, ridotto riconoscimento istituzionale, complessità amministrative, incertezze nel sistema dei controlli fanno sì che solo organizzazioni molto particolari e localizzate possano operare come apripista, sperimentando esperienze non convenzionali o particolarmente originali. Non meraviglia, quindi, che lo scenario intercettato da Abitare Leggero sia ricco di esperienze uniche e che solo da pochi anni questo settore stia vedendo l'ingresso di gestori, anche *for profit*, interessati a modelli più facilmente ripetibili.

La ridotta partecipazione e i risultati contraddittori dell'analisi economico-gestionale riflettono questa realtà. Non tutte le strutture dispongono di forme di contabilità o di strumenti di analisi utili a descrivere compiutamente la propria realtà economica. Per la maggior parte delle realtà analizzate, questo problema non rientra, semplicemente, fra le priorità. La sostenibilità economica è più spesso legata all'impegno personale del gruppo direttivo e dei singoli operatori, all'elevato impegno di volontari, a fonti di finanziamento legate a donazioni, lasciti, erogazioni filantropiche, iniziative di *fund raising*, che hanno però un impatto ridotto sulla gestione corrente. Si tratta di un tema già richiamato nel capitolo dedicato al sistema statunitense; nella fase di messa a regime, alcune di queste organizzazioni potrebbero esprimere maggiori fragilità, non essendo esplicita la relazione fra entrate e costi correnti ed essendo alcune entrate – o alcuni mancati costi – collegati a fonti non completamente prevedibili.

Anche le organizzazioni più solide, però, sembrano operare con alcune difficoltà. Alcune di queste sono comuni all'intero settore dei servizi sociali e socio-sanitari, chiamato a confrontarsi con la perdurante crisi economica, la contrazione delle risorse, le difficoltà delle famiglie, i costi crescenti. Queste difficoltà stanno orientando alcuni gestori dei servizi di residenzialità leggera ad adottare soluzioni più vicine a quelle dei sistemi istituzionali (aumento dei posti letto, maggiore standardizzazione dei processi di lavoro, minore personalizzazione delle cure) che riducono le differenze con le più tradizionali RSA e allontanano dai principi qualificanti di questi modelli: piccole dimensioni, familiarità, personalizzazione delle cure, attenzione alla qualità delle relazioni. Anche le tariffe stanno elevandosi, avvicinandosi o superando quelle alberghiere delle RSA. Non a caso, soprattutto i gestori *for profit* o con offerte articolate su più sedi e più servizi, tendono ad abbandonare i servizi abitativi, convertendoli piuttosto in robuste soluzioni comunitarie. Si tratta di un approccio tradizionale, che di necessità insegue popolazioni a maggiore disabilità, una più facile saturazione dei posti letto e tariffe più remunerative. Il rischio più evidente è quello di riproporre il tradizionale modello di suddivisione delle residenze istituzionali in due o più tipologie a maggiore o minore integrazione sanitaria; in altre parole, la precedente divisione in strutture protette e case di riposo o le equivalenti articolazioni ancora presenti in molte regioni italiane. Una residenza comunitaria da 60-100 posti letto, orientata ad anziani totalmente dipendenti nelle BADL, con un'organizzazione del lavoro necessariamente standardizzata e un'offerta di servizi anche infermieristici o medici è, sotto molti aspetti, più vicina a una Residenza protetta che a una ALF statunitense o a una *Nursing dwelling* danese.

Si tratta di un'operazione culturale in via di superamento negli scenari internazionali e, forse, di ridotto respiro. Le RSA, nel futuro, avranno sempre di più un ruolo definito. Sono anche complesse da gestire e alle prese con impor-



Monolocali di Via Turati (Bollate), foto FHS

tanti problemi gestionali: i ridotti trasferimenti economici dal Fondo sanitario; le difficoltà delle famiglie a far fronte a tariffe ormai elevate, che impediscono di procedere a ulteriori e consistenti aumenti delle tariffe alberghiere; la lievitazione dei costi di forniture e contratti di lavoro; i crescenti adempimenti normativi. Nel complesso, anche le residenze istituzionali stanno attraversando un'importante crisi economica; in altre parole, non è più così sicuro – nello scenario attuale – che le strutture più complesse e standardizzabili garantiscano remunerazioni maggiori.

Nel complesso, è possibile che i gestori interessati a soluzioni residenziali più leggere debbano piuttosto ricercare una collocazione di mercato diversa e più lontana da quella delle tradizionali soluzioni istituzionali, contando sul fatto che è proprio l'aspetto istituzionale quello meno gradito alle persone e alle famiglie e che le dinamiche descritte nelle pagine precedenti saranno destinate a diventare più consistenti nei prossimi decenni.

Una sottolineatura riguarda proprio il tema delle dimensioni complessive del servizio. La ricerca sembra far emergere due tendenze: verso l'aumento di posti letto delle Rc e verso la realizzazione di soluzioni Ab che dispongono solo di poche unità abitative. Entrambe, sembrano in controtendenza rispetto all'evoluzione dei modelli internazionali.

Per quanto riguarda le Rc, le dimensioni contenute possono favorire l'adozione di modelli organizzativi di minore complessità. Questo processo è favorito da un buon governo dei processi di ammissione, orientato a evitare di attrarre popolazioni troppo complesse, che richiederebbero poi il necessario adeguamento dell'organizzazione del lavoro. La valutazione VAOR ha permesso di identificare alcuni criteri per selezionare le persone che possono essere gestite efficacemente con tempi di assistenza ridotti, *équipe* non professionalizzate e favorendo l'eventuale partecipazione delle famiglie. Anche l'interazione progettuale con Comuni e ASL, può essere di aiuto per orientare la domanda e favorire processi condivisi di presa in carico. Nelle Rc, un *case-mix* appropriato favorisce l'utilizzo di un numero contenuto di operatori, integrabili in modo flessibile in determinate fasce orarie o in caso di necessità. Oggi, non esistono indicatori calcolati su un numero adeguato di esperienze per poter essere affidabili; le stime vanno orientate rispetto alla relazione fra organizzazione del lavoro, obiettivi e tempi di assistenza, numero di operatori e anziani da sostenere. Un

operatore assistenziale per turno può seguire in modo adeguato poco più di 10 anziani con esigenze limitate se la sua azione deve garantire anche qualità relazionale e cura dei rapporti con le famiglie. Accogliere più anziani, vuol dire mettere in campo più operatori, operando preferibilmente per multipli di 10, oppure curando le sinergie possibili per aumentare - fino a soglie sostenibili - il rapporto fra anziani e operatori. Sopra a una certa consistenza (30-40 posti letto) o sotto a un certo rapporto anziani/operatori, il confine con le soluzioni istituzionali diventa labile e la percezione di anziani e famiglie può modificarsi in senso negativo; potrebbero allontanarsi gli utenti potenzialmente più idonei ed essere attratte popolazioni già orientate verso soluzioni a maggiore intensità. Sono dinamiche già descritte nei casi europei e statunitensi, dove la maggior parte delle esperienze di vita assistita, soprattutto *nonprofit*, preferisce dimensioni contenute, mantenendo una collocazione di mercato ben identificabile rispetto alle NH. Fra l'altro, il diverso *status* normativo delle Rc, permette ai gestori di non dover sostenere costi altrimenti obbligati dagli *standard* gestionali e normativi (debito informativo, smaltimento dei rifiuti speciali, gestione della farmacia, vigilanza, normative accessorie, turnistica sanitaria). È anche a questo livello che si gioca una parte della ricerca di leggerezza organizzativa.

Un'ultima attenzione, necessaria a demarcare il confine fra Rc e RSA, è quella di evitare logiche autoreferenziali; in particolare, la tentazione di offrire troppi servizi, soprattutto sanitari. L'esperienza insegna che questi modelli danno il meglio di sé quando sono ben collegati e integrati con i normali servizi di comunità e con altre soluzioni gestionali compatibili, come CD o CDI, mantenendo fede alla propria *mission*, che è quella di offrire una soluzione residenziale ragionevolmente vicina a quelle variabili a cui ogni persona attribuisce il significato di casa, offrendo servizi che tutelino e valorizzino soprattutto la percezione di sicurezza, il desiderio di indipendenza, la necessità di provvedere autonomamente alle proprie necessità, oltre che facilitando la presenza dei familiari e il loro coinvolgimento attivo. L'una e l'altra dimensione, producono autonomia e ritardano la dipendenza. Si tratta di obiettivi che qualificano la cultura geriatrica e che non possono trovare completa accoglienza nelle RSA. In questo senso, va considerata positivamente la scelta della maggior parte dei gestori incontrati di dedicare risorse economiche alle funzioni di coordinamento, *case management* e mediazione di rete; sono altrettanto gradite e utili alle famiglie e hanno ricadute positive anche sotto il piano gestionale; permettono, ad esempio, di mantenere buone relazioni con gli altri attori della comunità e di aumentare la visibilità locale del servizio. Queste funzioni, fra l'altro, sono gestibili in modo più programmabile e flessibile della più rigida organizzazione dei turni assistenziali e determinano costi nel complesso ridotti. Anche negli USA, sono servizi diffusi nelle ALF e rappresentano una delle principali differenze rispetto alle NH.

Per le soluzioni abitative, i temi in gioco sono diversi. Il *core* di servizi descritto nelle pagine precedenti (portiere, reperibilità sulle 24 ore) identifica un pacchetto minimo di operatori e di costi collegati. La sua adozione, permette di identificare - al contrario che nelle strutture di vita assistita - la consistenza minima della dotazione di appartamenti, piuttosto che il suo limite più elevato. I costi fissi di un servizio convincente e aggiornato, possono diventare insostenibili se ripartiti su un numero troppo esiguo di unità abitative. In questo caso, se il modello resta fedele all'impostazione abitativa, dimensioni maggiori possono garantire una migliore efficienza. Non a caso, nelle esperienze internazionali, si ritrovano dimensionamenti anche consistenti, con complessi

da 100 e più appartamenti. La difficoltà più frequente nel caso italiano è, però, la mancanza di una domanda pianificabile con sicurezza, soprattutto nella fase di *start-up*. I motivi sono già stati descritti: specificità culturali, elevato tasso di proprietà delle abitazioni primarie, eccesso di offerta immobiliare. I progetti abitativi dovrebbero pianificare il proprio dimensionamento rispetto all'analisi locale – meglio se condivisa con i servizi comunali – della consistenza di sottogruppi particolari di popolazione: ad esempio, anziani soli in abitazione non di proprietà o residenti in aree urbane degradate o non adeguate, popolazioni che esprimono disagi sociali specifici, anziani con residenza diversa da quella dei familiari di riferimento. Nel complesso si tratta di popolazioni di dimensioni contenute, che possono sconsigliare progetti di dimensioni eccessive o mal localizzati rispetto alle stime suggerite. È possibile che, nel futuro, anche l'Italia sarà interessata da dinamiche simili a quelle di altri paesi, con particolare riferimento alla diffusione di una maggiore consapevolezza rispetto alla progettazione attiva della vecchiaia e più attenzione verso la ricerca di abitazioni adatte e di servizi accessori ben orientati.

Allo stato attuale, la fase di *start-up* di queste esperienze è piuttosto delicata. Il servizio si rivolge a popolazioni specifiche e di consistenza limitata, oltre che difficili da raggiungere. È quindi sempre difficile – negli scenari attuali – il raggiungimento rapido di una piena occupazione. Di converso, si tratta di anziani che abiteranno poi nella struttura per molti anni, con un *turn-over* generalmente molto basso, che rende le annualità successive in genere più semplici da affrontare. Questi aspetti sono strettamente collegati a quelli inerenti il dimensionamento del progetto. Dimensionamenti troppo ridotti, che possono apparentemente favorire la piena occupazione e un più rapido superamento delle difficoltà della fase d'avvio, non permetteranno poi di sostenere i costi dei servizi minimi specifici del modello, se non ricorrendo a fonti di finanziamento esterne. Dimensionamenti più consistenti e gestionalmente corretti, possono essere inappropriati per lo specifico contesto territoriale, che potrebbe non esprimere una domanda sufficiente. Anche per questi motivi, si tratta di servizi che impongono una fase progettuale molto attenta alla stima preliminare della consistenza dei sottogruppi di popolazione potenzialmente interessati. Questi processi sono più efficaci se il bisogno è già stato individuato localmente come bisogno emergente; la progettazione partecipata con gli Enti Locali e gli attori della rete dei servizi domiciliari è quindi da valorizzare. Due soluzioni possono favorire l'implementazione di questa particolare filosofia d'intervento:

- come sarà meglio descritto nei modelli riportati in appendice, le soluzioni per la vita indipendente possono rappresentare moduli specifici integrati in sistemi abitativi più ampi, entro i cui confini rappresenteranno un'area privilegiata per accogliere anziani con maggiore bisogno di protezione. In questi ambienti, elettivamente intergenerazionali, il costo del servizio di portineria può essere ripartito su popolazioni più ampie, mentre l'unico servizio aggiuntivo diventerebbe la reperibilità telefonica su 24 ore e l'offerta di servizi a richiesta. Quindi, costi fissi più sostenibili e un più agevole utilizzo del passa parola di comunità;
- la protezione abitativa può rappresentare il contenuto di pacchetti di servizio (visite periodiche, monitoraggio attivo, mediazione di rete, reperibilità telefonica) offerti come interventi di riqualificazione o arricchimento dell'abitare implementabili in complessi già esistenti e nei quali risieda un numero particolarmente elevato di persone in età avanzata e con possibili fragilità. Si tratta d'interventi che possono nascere dall'interazione progettuale fra Enti Locali, ASL, ALER o altre agenzie e cooperative sociali specializzate,

finalizzati a garantire maggiore sicurezza ai residenti e ottimizzare l'erogazione degli interventi sociali e sanitari formalizzati. Ad esempio, gli aspetti interessanti delle *Viviendas Dotacionales* non riguardano solo le particolarità costruttive, ma anche la relazione fra un Comune committente e una cooperativa sociale chiamata a gestire funzioni di coordinamento, animazione sociale e mediazione di rete all'interno del complesso³¹. Un esempio lombardo è rappresentato dal progetto dei Custodi Sociali milanesi di prima generazione (Caritas Ambrosiana, Consorzio Farsi Prossimo, 2001). In altre parole, è possibile che un imprenditore sociale, possa sviluppare una progettualità indipendente dalla realizzazione edilizia, orientata verso committenti interessati a integrare con nuove funzionalità realtà abitative di nuova realizzazione o da riqualificare.

Nel complesso, il modello di riforma del *welfare* perseguito dalla Regione Lombardia, sembra favorevole alla diffusione di modelli organizzativi originali, intermedi e orientati alla comunità. Fra l'altro, alcune realtà comunitarie o abitative, utilizzano già efficacemente le integrazioni economiche alla gestione corrente rese possibili dal sistema lombardo, come i *voucher* sociali o socio-sanitari o le sperimentazioni di erogazione di *voucher* di comunità. Attraverso queste soluzioni, le persone possono ricevere servizi adeguati senza che il gestore debba assumersi l'onere di interventi non appropriati, migliorando la loro remunerazione e la loro sostenibilità senza gravare eccessivamente sulle famiglie. Si tratta quindi di possibilità che, associate a una più chiara identificazione di rete e a un ragionato riconoscimento normativo, potrebbero favorire la migliore sostenibilità e replicabilità di questi servizi.

6.5.6 È utile proporre una maggiore diffusione di questi servizi?

Le analisi e le proiezioni descritte nei capitoli precedenti esprimono i motivi per i quali, in Lombardia, sembrano necessari servizi per anziani di nuova generazione. Sembra anche dimostrato che gli ambiti più scoperti siano antecedenti alle età medie di contatto con RSA, SAD, ADI e CDI. Altri paesi sono già intervenuti in questa direzione, facilitando la diffusione di servizi comparabili con quelli analizzati dal progetto Abitare Leggero. In Italia e in Lombardia, queste risposte fino a oggi sono state affidate soprattutto al lavoro privato di cura, che ha garantito risposte ragionevoli, ma anche alcuni dubbi circa l'appropriatezza delle risposte garantite, la tutela dei diritti (dei più anziani ma anche di chi opera in un ambito professionale ancora così poco tutelato), i rischi possibili nelle nuove zone grigie rappresentate da case entro cui si sviluppano dinamiche non sempre chiare o facilmente controllabili. Le soluzioni abitative e di residenzialità comunitaria leggera potrebbero contribuire a rendere più trasparente tutto il settore. Basti pensare alle esperienze di utilizzo governato delle badanti in alcune residenze, alla figura della badante di comunità, alla scelta del Comune di Brescia di utilizzare assistenti domestiche e non ASA/OSS nelle soluzioni abitative a più bassa protezione, al ruolo di sollievo offerto proprio alle badanti da tutte le residenze comunitarie; oppure, all'integrazione

31 Si tratta di funzioni previste anche dai programmi di riqualificazione gerontologica dell'edilizia popolare adottati in Svezia, dai modelli organizzativi e di animazione sociale del Quartiere solidale della *Pro-Senectute* elvetica, della residenza multigenerazionale *Le Balloir* di Liegi o delle CCRC statunitensi. In ugual modo, sono interessanti le funzioni accessorie di altre esperienze europee, come le agenzie francesi per l'*Habitat réamenagé*, la messa in rete informatica dell'olandese *VieDome*, le esperienze familiari e solidali come i *Granny-annexe* o la rete *Ensemble 2 Générations*.

dei CDI in queste soluzioni, che permette alle famiglie di ottimizzare l'impiego del lavoro privato di cura, limitandolo ad alcune ore e alcuni giorni della settimana. Nel complesso, le diverse forme di residenzialità leggera appaiono complementari e sinergiche al lavoro privato di cura, oppure particolarmente funzionali alle situazioni (anziani soli, con difficoltà economiche e abitative) nelle quali l'utilizzo delle badanti non è proponibile. Ampi spazi di riflessione riguardano anche l'evoluzione futura dell'*housing* sociale, con particolare riferimento all'edilizia pubblica, ma anche allo sviluppo di nuovi interventi immobiliari che raccolgano le sollecitazioni e le ipotesi di lavoro già avviate in molti paesi. Il passaggio cruciale sembra quello più volte richiamato: un progetto di *housing* rivolto a persone anziane non può nascere con l'unico obiettivo di garantire affitti agevolati. Piuttosto, è necessario che le stesse soluzioni abitative siano arricchite da una progettazione architettonica e da servizi che permettano di allungare l'arco temporale di vita indipendente e migliorare la qualità di vita degli anziani residenti.

6.5.7 Quali facilitazioni potrebbero favorire la residenzialità leggera?

Si tratta della domanda più impegnativa. Non si tratta, infatti, solo di un problema normativo, di regolazione o di tipo economico. Prima di tutto, sono evidenti alcune barriere culturali che rendono difficile proporre oggi - in Italia e in Lombardia - servizi diversi da quelli tradizionali. L'Italia sembra aver attraversato un periodo di stasi, che ha impedito la partecipazione a un dibattito già attivo in altri paesi, rallentando lo sviluppo di nuove possibili soluzioni. I servizi di vita indipendente o di vita assistita sono ancora poco conosciuti e, anche nel confronto con esperti e operatori istituzionali, emergono più spesso dubbi che certezze. Così, il messaggio che arriva ad anziani e famiglie è spesso confusivo. Inoltre non sembra esistere, in Italia, una cultura orientata alla preparazione attiva della propria vecchiaia. Persiste una percezione quasi fatalistica, che lascia le persone prive di risorse proprio in una delle fasi più delicate della propria esistenza. In altre parole, la comprensione di potenzialità e limiti dei servizi di vita indipendente e di vita assistita, sembra richiedere, in questa fase, soprattutto un'azione di promozione culturale, orientata ai luoghi della formazione, del governo, della gestione, ma anche delle realtà sociali interessate al tema dell'anzianità attiva. I contenuti di questa informazione dovrebbero sottolineare, prima di tutto, la necessità di ampliare il ventaglio di soluzioni messe a disposizione delle persone e delle famiglie e l'esigenza di arricchire quelle orientate a facilitare l'abitare, piuttosto che la semplice proposta di nuovi servizi. In questo scenario, le indicazioni della letteratura e delle buone prassi sembrano convincenti, oltre che già ampiamente sperimentate. Le priorità che hanno già caratterizzato importanti riforme istituzionali, soprattutto europee, riguardano soprattutto i temi del rafforzamento dell'abitare, del controllo delle dinamiche destinate a favorire la moltiplicazione dei problemi e della diffusione di servizi domiciliari di nuova generazione, ben governati e ben integrati con i nuovi modelli di residenzialità leggera. Quindi, politiche indirizzate a favorire i percorsi di adattamento delle abitazioni, la realizzazione di nuove abitazioni già adatte o facilmente adattabili per accompagnare le fasi di transizione dalla vita indipendente a quella assistita e da questa alla totale dipendenza, la diffusione programmata di soluzioni abitative e comunitarie più strutturate come vere e proprie unità d'offerta, ma leggere, sussidiarie e ben integrate con la rete dei servizi territoriali. Verso il mondo dei gestori, *for profit* e *nonprofit*, sembra necessario promuovere un'immagine realistica e aggiornata di questi servizi. Va diffusa un'immagine coerente delle potenzialità e dei confini di queste



Foto FHS

soluzioni, sostenuto il percorso verso un'identità più solida e una collocazione di rete più chiara e ripetibile. Non da meno, sembra necessario governare la naturale tendenza a progettare servizi orientati solo verso le esigenze di maggior complessità o più caratterizzati in senso socio-sanitario o sanitario.

6.5.8 Sono auspicabili o proponibili cambiamenti normativi

Per i motivi fin qui descritti, sarebbe auspicabile una corrispondente evoluzione delle linee d'indirizzo regionali e delle normative collegate. Questo, per contribuire a diffondere modelli aggiornati e regolare le tendenze richiamate. Molte indicazioni delle più recenti delibere regionali lombarde, sembrano favorevoli a questa evoluzione, più volte auspicata anche dagli stessi Assessorati alla Famiglia e alla Sanità. Basti pensare all'impianto della DGR 116/2013, all'attenzione alla domanda piuttosto che all'offerta, alla valorizzazione della libera scelta, alla flessibilità potenziale di nuove generazione di *voucher* economici, alla stessa attenzione che il dibattito sulla riforma del sistema sanitario regionale riserva all'assistenza territoriale e alla residenzialità leggera. In questo scenario, alla luce dei risultati della ricerca, sembrano proponibili alcuni temi per l'avvio di un dibattito, anche politico:

- > tutti gli attori del progetto sono concordi nell'affermare che le soluzioni di *housing sociale* per anziani non possono proporsi il solo obiettivo di garantire affitti calmierati. Sembra piuttosto necessario, alla luce dell'invecchiamento delle popolazioni, che si arricchiscano di contenuti specifici utili a favorire la vita indipendente, l'intergenerazionalità e il collegamento con i normali ambienti di vita urbana. Il modello di riferimento, potrebbe essere quello delle *Viviendas Dotacionales* catalane, che prevedono un patto fra soggetto pubblico, progettisti e costruttori, che definisce le specifiche di base della costruzione (localizzazione, distanza massima da servizi primari, qualità costruttiva, articolazione, modalità d'interazione fra popolazione anziana e non); realizzata questa, il soggetto pubblico stipula un contratto con una cooperativa sociale che mette a disposizione un responsabile, un assistente domestico e un animatore. Si tratta di un modello interessante, che potrebbe favorire la diffusione d'interventi originali o più efficaci degli attuali;
- > sembra necessario superare la tradizionale lettura dicotomica, presente in molti provvedimenti nazionali e regionali, dell'autonomia e della non autosufficienza, abitualmente descritte come entità reciprocamente esclusive. Questa dovrebbe essere sostituita da una lettura più analitica dell'autono-

mia, che tenga conto anche delle esigenze di anziani che esprimono difficoltà nelle IADL e che riconosca l'esistenza di limitazioni BADL ancora compatibili con l'accoglienza in strutture di vita assistita diverse dalle RSA. L'adozione del sistema Inter-RAI per il governo della rete rappresenta un buon presupposto, avendo le potenzialità per orientare il sistema verso una lettura più aggiornata e coerente del percorso di evoluzione della disabilità e la stima oggettiva delle necessità assistenziali. Alcuni livelli di assistenza (aiuto nell'organizzazione della vita, supervisione, assistenza limitata) sono compatibili e appropriate per servizi a organizzazione leggera integrati con i sistemi di comunità. Se dovesse essere adottato il sistema Inter-RAI, il modulo VAOR *Home Care* (che analizza le limitazioni IADL e il rischio d'istituzionalizzazione) potrebbe essere utile a governare le possibili ammissioni nei servizi non istituzionali e orientare il giudizio di appropriatezza. In particolare, il VAOR *Home Care* permette anche il calcolo del MAPLe (Method for Assigning Priority Levels)³². Le persone con MAPLe da basso a moderato sono i destinatari privilegiati delle diverse forme di sostegno di prossimità e abitativo, mentre i livelli da moderato a elevato sono più tipici della residenzialità comunitaria. Al contrario, il modulo LTCF – che legge più analiticamente BADL, demenza e instabilità clinica – potrebbe orientare i criteri di dimissione e di potenziale trasferibilità verso le RSA. Nel complesso, il programmatore e gli attori di governo della rete, potrebbero disporre di uno strumento aggiornato e validato per mantenere in osservazione l'evoluzione dei bisogni e l'intersezione con le diverse unità d'offerta. L'esempio del VAOR è solo uno degli esempi possibili. Esistono altri indicatori proponibili, ma sembra urgente l'adozione di strumenti utili a orientare le persone e le risorse verso i servizi più idonei, ma anche a promuovere modelli di governo flessibili, adattabili all'implicita variabilità delle situazioni personali e locali, da utilizzare per favorire l'incontro fra domanda e offerta;

- per gli stessi motivi, la già citata DGR 11497/2010 sull'autorizzazione e accreditamento sociale degli appartamenti protetti, andrebbe modificata, correggendo l'esclusione *tout court* da queste strutture di persone identificate in modo globale come non autosufficienti. Quest'affermazione potrebbe essere sostituita dalla descrizione delle specifiche limitazioni funzionali che potrebbero essere appropriate o inappropriate per l'accoglienza in soluzioni abitative o comunitarie leggere; ad esempio, e in fase di prima accoglienza, le soluzioni organizzative adottate da questi servizi sembrano rispondere alle esigenze delle persone classificabili nelle classi RUG inferiori a 37 e con ADL *Hierarchy* inferiore a 5. La dipendenza nelle BADL LTCF potrebbe essere ulteriormente delimitata fra 4 e 6 per le Ab e fino a 12 per le Rc. I livelli MAPLE compatibili per l'accoglienza in Ab sembrano quelli da lieve a moderato, per le Rc da moderato a elevato;
- la terminologia adottata da questo progetto (servizi abitativi e di residenzialità comunitaria, o servizi di vita indipendente e di vita assistita), potrebbe essere proposta come base per una futura riclassificazione di questi servizi, meno confusiva rispetto alle denominazioni esistenti e più chiara rispetto alla chiara demarcazione rispetto alle RSA. Anche il tema dell'assistenza intermedia andrebbe declinato con maggiore precisione, sottolineando la differenza rispetto alle sperimentazioni avviate sul territorio regionale di

³² Il MAPLe è un algoritmo integrato nel modulo VAOR HC che stratifica il fabbisogno di assistenza su cinque livelli; può aiutare il valutatore a stimare il rischio d'istituzionalizzazione, oltre che quello di sovraccarico emotivo e di *burn-out* dei *caregiver*. I livelli più elevati esprimono una maggiore probabilità di ricorrere ai servizi residenziali a maggiore complessità (Hirdes et al., 2008).

nuova articolazione delle RSA (post-acute, riabilitazione leggera, assistenza specializzata). Queste, fanno riferimento a un ambito di cure intermedie di tipo sanitario, fra ospedale e casa o fra ospedale e rete dei servizi. Lo spazio intermedio occupato dalle soluzioni abitative e comunitarie per la vita indipendente e per la vita assistita è invece quello fra casa e RSA, rispondendo non a specifiche esigenze cliniche, quanto a necessità di tipo abitativo, sociale e socio-assistenziale;

- sono note le disomogeneità interpretative e applicative delle diverse ASL. È utile che sia riconosciuto in modo formale che sia le soluzioni abitative che quelle di vita assistita appartengono alla comunità e sono assimilabili all'abitazione naturale delle persone. In altre parole, la persona deve poter restare a carico dei servizi di cure primarie ed essere ammissibile ai normali servizi domiciliari formalizzati, quando le sue esigenze rientrino nei normali criteri di erogazione di questi servizi. Può essere condivisa anche una modulazione dei criteri di erogazione dei servizi domiciliari che tenga conto di particolari situazioni di fragilità o di iniziali limitazioni funzionali. Ad esempio, i servizi ADI sono oggi erogati a pazienti non in grado di deambulare; alcune ASL richiedono anche un giudizio di non trasportabilità. È evidente che persone anziane fragili o pazienti con demenza potrebbero trovare molte difficoltà a utilizzare i normali servizi ambulatoriali e che potrebbero creare proporzionali difficoltà di gestione per gli stessi operatori. Una soluzione residenziale ben integrata nella comunità potrebbe rappresentare un ragionevole compromesso per condividere con MMG e ASL forme intermedie e più flessibili di erogazione. Queste e altre osservazioni potrebbero far parte di linee d'indirizzo o di altre forme di comunicazione formale fra Regione e ASL. Il modello lombardo attuale – centrato sulla libera scelta e sull'offerta di *voucher* liberamente spendibili dalle famiglie – è favorevole a quest'impostazione. Il maggior ventaglio di soluzioni che potrebbe essere garantito alle famiglie da una diffusione, regolata e verificata, di questi servizi, potrebbe rappresentare un valore aggiunto, oltre che essere coerente con gli assi portanti della riforma del *welfare*;
- un migliore riconoscimento istituzionale potrebbe derivare anche da atti normativi di autorizzazione al funzionamento e di accreditamento istituzionale. È probabilmente utile che siano entrambi di tipo sociale, sia per le soluzioni abitative sia per quelle di vita assistita. In analogia con altri servizi, l'avvio dell'attività potrebbe essere preceduto da una Dichiarazione d'inizio attività (DIA) o da una SCIA (Segnalazione certificata d'inizio attività) condivisa con Comune o ASL. L'accREDITamento socio-sanitario propone alcuni rischi, a partire dall'attuale tendenza a definire *standard* e adempimenti spesso rigidi e onerosi. Potrebbe però favorire il migliore utilizzo di sistemi di sostegno gestionale economico integrati con il modello ADI/*voucher*, proporzionato alla classificazione VAOR-RUG, al MAPLe o alla stima oggettiva delle esigenze misurate e dei tempi di assistenza collegati. Piuttosto che la definizione normativa di *standard* gestionali e strutturali, potrebbero essere sviluppate e diffuse, linee d'indirizzo o linee guida di buona pratica, che identifichino i confini di queste nuove e possibili unità d'offerta, gli obiettivi, le popolazioni *target*, i descrittori funzionali delle popolazioni non appropriate (RUG, ADL, MAPLe), l'appartenenza ai servizi di comunità e l'utilità della loro integrazione con i servizi domiciliari sociali e ADI. In termini gestionali, potrebbe essere proposto – si tratta di una soluzione già sperimentata nell'ASL di Monza e Brianza e nell'ASL Milano 1 – l'erogazione di un *voucher* di comunità. Il *voucher* potrebbe essere utilizzato per sostenere – anche nelle soluzioni Ab a maggiore protezione – le possibili iniziali limitazioni di autonomia, attraverso l'utilizzo di operatori professionali socio-sanitari, con l'obiettivo di prevenire l'istituzionalizzazione e rallentare l'evoluzione



Il Melo (Gallarate), foto FHS

della disabilità; potrebbe anche rappresentare una soluzione condivisa con i gestori per contenere la crescita delle tariffe e creare un maggior distacco rispetto alle rette alberghiere della RSA;

- le soluzioni di vita assistita, in realtà, potrebbero essere proponibili anche come nuova unità d'offerta formalizzata della rete dei servizi socio-sanitari, richiedendo in questo caso forme esplicite di autorizzazione o accreditamento istituzionali. Si tratta di un passaggio non privo di rischi. Le norme introducono sicurezza ma anche rigidità non sempre prevedibili nei loro effetti. In qualche modo - lo dimostra l'esperienza della transizione fra centri diurni (CD) e centri diurni integrati (CDI) - alcune norme possono determinare distorsioni nell'evoluzione successiva di un sistema o di un modello. Nulla impedisce oggi di attivare e gestire un normale CD, ma la gran parte delle gestioni più recenti "sono" di tipo CDI. Questo perché i gestori sono richiamati dall'apparente solidità gestionale ed economica che deriva dall'accreditamento. Purtroppo, i CDI sono più garantiti ma anche meno graditi alle persone rispetto ai servizi semiresidenziali orientati alla socializzazione e alla tutela - pur protetta - della vita indipendente. Così, il ricorso a essi è dilazionato nel tempo, i tempi di accoglienza si riducono a pochi mesi, le popolazioni attratte sono spesso quelle già in lista di attesa per le RSA e i livelli di saturazione limitati e in via di riduzione. Si tratta di un pericolo che potrebbe ripetersi per le residenze comunitarie, implicito nella diffusione di norme che sanciscano la loro appartenenza al sistema socio-sanitario, che definiscano *standard* di utilizzo di operatori socio-sanitari o sanitari, le caratteristiche strutturali o la necessità di un debito informativo. Le stesse norme potrebbero anche orientare pericolosamente le realizzazioni future verso servizi più costosi e popolazioni più complesse, dove la differenza rispetto alle tradizionali strutture istituzionali potrebbe inevitabilmente sfumarsi. Le incertezze regolative statunitensi sono un buon esempio della difficoltà di coniugare queste dinamiche. Nella maggior parte degli stati americani si prevede solo la presenza di un gestore certificato e identificabile con chiarezza, percorsi di formazione per gli operatori per la gestione dei problemi principali, processi di monitoraggio e verifica interni, qualifica di minima degli operatori impiegati. Negli stati dove le norme sono più rigorose e prevedono anche obblighi sanitari, le ALF sono meno numerose delle NH, più grandi e forniscono livelli più elevati di assistenza. Per concludere, si tratta di un passaggio che richiede particolare attenzione;
- il concetto di accoglienza "temporanea" andrebbe superato o meglio articolato, sostituito piuttosto dal privilegio della libera scelta e dalla definizione



di soglie (ad esempio, il RUG 36), che individuino il limite oltre il quale anche le soluzioni di vita assistita potrebbero essere inappropriate. In ugual modo, andrebbe puntualizzato il limite temporale della breve durata. Nelle codifiche normative più diffuse - ad esempio quelle per la post-acuzie, la riabilitazione leggera e i ricoveri di sollievo - si fa spesso riferimento a durate di 30 o 90 giorni. Si è già visto come questi tempi siano tendenzialmente più lunghi nelle soluzioni di vita assistita, dove non sono né infrequenti né inappropriate durate vicine o superiori ai 12 mesi. Anche a questo livello, si potrebbe proporre di superare il criterio della temporaneità, rispetto a orizzonti temporali collegati alla lettura funzionale (durata stimabile rispetto al tempo di superamento della soglia limite di funzionalità) e alla libera scelta delle persone. In altre parole, se la persona è soddisfatta, vuole restare nella stessa struttura e i suoi indicatori funzionali confermano che la soluzione adottata è appropriata rispetto al tipo e all'intensità di servizi forniti, allora la dimissione potrebbe essere rinviata.

APPENDICE 1 - STRUTTURE CHE HANNO PARTECIPATO ALLA RICERCA

Struttura	Ente gestore	Città
Complesso Residenziale Arioli-Dolci	Servire Cooperativa sociale a.r.l.	Treviolo (BG)
Alloggio Via Del Sarto	Comune di Brescia	Brescia (BS)
Alloggio Via Monte Cengio	Comune di Brescia	Brescia (BS)
BIRD	SCS Elefanti Volanti Onlus	Brescia (BS)
Casa Di Accoglienza Achille Papa	Fondazione Brescia Solidale	Brescia (BS)
Casa Famiglia S. Faustino	Ass. Balestrieri Anziani in Linea ONLUS	Brescia (BS)
Casa Famiglia S. Lorenzo	Ass. Balestrieri Anziani in Linea ONLUS	Brescia (BS)
Casa Famiglia Accoglienza Anziani	Asilo Notturmo San Riccardo Pampuri, Fatebenefratelli ONLUS	Brescia (BS)
Casa Myosotis	Fondazione Sipecc - Cooperativa Myosotis	Brescia (BS)
Istituto Villa Palazzoli	Fondazione Brescia Solidale	Brescia (BS)
Lascito Arvedi (Alloggi Protetti)	Comune di Brescia	Brescia (BS)
Mini Alloggi Protetti Achille Papa	Fondazione Brescia Solidale	Brescia (BS)
Mini Alloggi Protetti Arici	Comune di Brescia	Brescia (BS)
Mini Alloggi Protetti Borgo Trento	Comune di Brescia	Brescia (BS)
Mini Alloggi Protetti Cascina Panigada	Comune di Brescia	Brescia (BS)
Mini Alloggi Protetti S. Bartolomeo	Comune di Brescia	Brescia (BS)
Mini Alloggi Protetti S.Eufemia	Comune di Brescia	Brescia (BS)
Mini Alloggi Protetti Villa Palazzoli	Fondazione Brescia Solidale	Brescia (BS)
Mini Alloggi Villa De Asmundis	Fondazione Brescia Solidale	Rivoltella del Garda (BS)
Casa Famiglia Villa Irma	SCS Prontocura ONLUS	San Daniele Po (CR)
Comunita' Alloggio "2miglia"	ASC "Cremona Solidale"	Cremona (CR)
Mini Alloggi Protetti "Oasi"	SCS "L'Oasi" ONLUS	Grumello Cremonese (CR)
Mini Alloggi Protetti A.S.P. "Bruno Pari"	A.S.P. "Bruno Pari"	Ostiano (CR)
Hotel Adda - Comunita' Alloggio Per Anziani	Hotel Adda s.r.l.	Paderno D'Adda (LC)
Centro Polifunzionale Per Anziani "Laser"	SCS L'Arcobaleno ONLUS	Lecco (LC)
Mini Alloggi Protetti Per Anziani "Corte Busca"	SCS L'Arcobaleno ONLUS	Lomagna (LC)

Struttura	Ente gestore	Città
Centro Polifunzionale Maria Bambina	SCS La Meridiana	Bellusco (MB)
Oasi San Gerardo	SCS La Meridiana	Monza (MB)
Casa Di Accoglienza Temp. "Villa Serena"	SCS La Rotonda	Sulbiate (MB)
Casa Famiglia P.A.	AVSA	Cornate D'Adda (MB)
Residence Assistiti Villa San Clemente	Segesta Gestioni SRL	Villasanta (MB)
Mini-Residence Aeval	Abbeyfield Italia – AEVAL	Liscate (MI)
Mini-Residence Aeval	Abbeyfield Italia – AEVAL,	Milano (MI)
Casa Di Accoglienza S. Ambrogio	Amici Casa di Accoglienza S. Ambrogio	Milano (MI)
Casa Noemi	ASP Terza Età	Milano (MI)
Centro Socio-Residenziale	C.R.M. Coop. Sociale a.r.l.	Paullo (MI)
Appartamento In Condivisione Di Viale Jenner	Comune di Milano	Milano (MI)
Appartamento In Condivisione Di Via Appennini	Comune di Milano	Milano (MI)
Appartamento In Condivisione Di Via Ebro	Comune di Milano	Milano (MI)
Casa "Viva Gli Anziani"	Comunità di Sant'Egidio Milano ONLUS	Milano (MI)
Monolocali Di Via Turati	SCS Simone De Beauvoir ONLUS	Bollate (MI)
Comunità Alloggio Per Anziane "L'approdo"	L'Approdo Coop. Soc. a.r.l.	Milano (MI)
Casa Di Accoglienza Madonnina Dei Cedri	Casa Madonnina Dei Cedri ONLUS	Legnano (MI)
Residenze Protette Segesta, Heliopolis	Residenze Heliopolis SRL	Binasco (MI)
Mini Alloggi Protetti, Pii Istituti Unificati	Pii Istituti Unificati ONLUS	Belgioioso (PV)
Residenza Per Anziani Fondazione Sacchi	Pii Istituti Unificati ONLUS	Filighera (PV)
Mini Alloggi Protetti Cesare Parisio	Pii Istituti Unificati ONLUS	Genzone (PV)
Centro Polifunzionale Di Servizi	SCS L'Arca	Chiavenna (SO)
Residenza La Magnolia, Condominio Solidale	Fondazione Aletti Beccalli Mosca ONLUS	Castronno (VA)
Il Melo "Synergy" Casa Paolo Vi	Il Melo ONLUS	Cardano al Campo (VA)
Il Melo "Campus"	Il Melo ONLUS	Gallarate (VA)
Il Melo "Cantous"	Il Melo ONLUS	Gallarate (VA)

Fonte: Ricerca Abitare Leggero, 2013

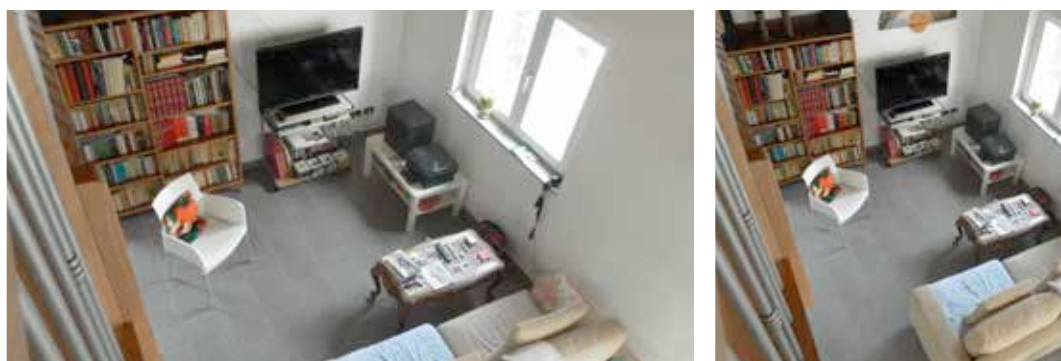
APPENDICE 2 - TRE MODELLI DI RESIDENZIALITÀ POSSIBILI

Le pagine che seguono riportano tre schede riassuntive, relative ad altrettanti modelli di residenzialità per anziani. La prima scheda descrive veri e propri sistemi abitativi, elettivamente intergenerazionali e adatti a progetti anche di scala maggiore, di civile abitazione o di edilizia pubblica o convenzionata. L'obiettivo primario resta quello di offrire abitazioni di buona qualità ad anziani autonomi o con fragilità di diverso livello, progettati nei modi e nelle forme che l'esperienza suggerisce come facilitanti per garantire qualità di vita a persone che stanno iniziando il proprio percorso d'invecchiamento. Come tali, questi sistemi non rappresentano servizi in senso stretto, quanto un'evoluzione aggiornata delle realizzazioni abitative, che tengono conto delle difficoltà più diffuse d'interazione fra persone anziane di ogni età e i normali contesti di vita urbana. Possono offrire "anche" servizi, ma la priorità va data alla qualità dell'abitare nelle sue accezioni più ampie. Non si dovrebbe trattare mai – sono le indicazioni dell'ONU – di "cittadelle per anziani", isolate e autoreferenziali; piuttosto, di modelli di riqualificazione coerenti con le conoscenze più attuali in tema di progettazione urbana³³.

Le due schede successive descrivono invece due moduli elementari di residenzialità leggera, più orientati verso l'offerta di servizi specifici, il primo per la vita indipendente, il secondo per la vita assistita. L'unità elementare dei servizi per la vita indipendente è elettivamente un appartamento; quella dei servizi di vita assistita può essere un appartamento o una camera con bagno. Per anticipare i bisogni dei più anziani, è bene che le nuove realizzazioni prevedano sempre camere a un letto con bagno personale.

I due moduli elementari – vita indipendente e vita assistita – possono essere diversamente integrabili fra loro e con altri servizi, di tipo semi-residenziale, ambulatoriale, domiciliare o di altra natura. Possono anche rappresentare aree specializzate dei sistemi abitativi descritti nella prima scheda. È bene, però, che restino fedeli ai loro rispettivi obiettivi primari: i primi sono chiamati a valorizzare l'indipendenza e accompagnare la persona nella fase di transizione verso la vita assistita; i secondi, devono garantire sostegno ad anziani che sono già entrati in questa seconda fase della vecchiaia, valorizzando le autonomie residue e accompagnandoli con servizi proporzionati verso le difficoltà più specifiche della totale dipendenza. Gli obiettivi primari sono perseguibili garantendo un'offerta di servizi specifica per i due modelli, ma sempre leggera, proporzionata, sussidiaria, personalizzata, fortemente integrata con le risorse familiari e dei servizi di comunità. Per molti motivi, non ultimi la sostenibilità e la replicabilità di questi modelli, la leggerezza è un valore aggiunto da tutelare. L'offerta di troppi servizi o l'integrazione di risposte sanitarie va disincentivata, per demarcare con chiarezza la differenza rispetto ai servizi residenziali di maggiore complessità. Piuttosto, va favorita la stretta integrazione con i servizi di cure primarie e con i servizi di prossimità e domiciliari formalizzati.

33 Esistono diversi modelli di riferimento, anche italiani. Fra quelli già citati, è possibile ricordare le Viviendas Dotacionales catalane, il sistema di certificazione Senior citizen label olandese, il concetto di Lifetime Homes britannico, il quartiere solidale della Pro-senectute elvetica, le Continuing Care Retirement Communities statunitensi. Un esempio lombardo di buona pratica progettuale è BIRD (Bioedilizia, Inclusione, Risparmio energetico e Domotica) di Brescia, realizzato da ALER e cofinanziato dalla Regione Lombardia. Fra quelli in via di realizzazione sono da segnalare il progetto Borgo Assistito di Figino (Milano) e quello della Fondazione Frassoni di Lecco, entrambi sviluppati in collaborazione con la Fondazione Housing Sociale di Milano.



Il Melo (Gallarate), foto FHS

I confini fra i tre modelli sono più fluidi di quanto avvenga per i tradizionali modelli istituzionali. Il filo conduttore resta quello, diversamente declinato secondo le forme dell'abitare suggerite dal contesto locale. La specializzazione, se si vuole definire così, è solo verso l'accoglienza iniziale di popolazioni appartenenti a classi di età e bisogni prevalenti diversi o, se l'esperienza locale che si vuole progettare va in questo senso, a specifici sottogruppi di popolazione: anziani soli, povertà o disagio sociale estremo, supporto a famiglie già impegnate nel lavoro di cura.

1. Sistemi abitativi, abitazioni in rete, complessi intergenerazionali

Modelli scientifici di riferimento

Independent living facilities, Social Housing, Public Housing. In Europa: Alloggi accorpati mono- e multi-generazionali.

Modelli internazionali e buone prassi di riferimento

Seniortizenlabel (Olanda), *Habitat réamenagé* (Francia), *VieDome* (Olanda), *Granny-annexe* (Francia), *Ensemble 2 Générations* (Francia), *Logement-Foyer* (Francia), *Continuing Care Retirement Communities* (USA), *Samyres Residences* (Spagna), *Viviendas doctacionales* (Spagna), *Le Balloir* (Belgio), *Quartiere Solidale Pro-senectute* (Svizzera), *Nursing Dwellings* (Danimarca), *Extra-care housing* (Gran Bretagna), *Home-care* (Svezia, Norvegia).

Obiettivo

Proporre ad anziani autonomi e attivi soluzioni abitative adattate e di buona qualità, ben localizzate e arricchite da servizi accessori, in grado di facilitare la vita indipendente e accompagnare il processo d'invecchiamento; questo, ritardando o riducendo la necessità di servizi di maggior livello, quando questa sia legata a specifiche barriere abitative o di organizzazione urbana.

Popolazione di riferimento

Anziani di ogni età, ma in modo prioritario i meno anziani, soli o in coppia; autonomi o con iniziali limitazioni nelle IADL; in grado di gestire autonomamente i processi di scelta della forma abitativa e delle esigenze economiche collegate. Soprattutto nella modalità pubblica, l'offerta può essere rivolta ad anziani che esprimono disagi sociali o fragilità di altra natura, in accordo con i servizi sociali di riferimento. Il complesso può accogliere – è una soluzione privilegiata – persone appartenenti ad altre età in un ambiente elettivamente intergenerazionale.

APPENDICE 2 - TRE MODELLI DI RESIDENZIALITÀ POSSIBILI

Numerosità stimabile della popolazione di riferimento

Da quantificare con stime locali. Popolazioni *target*: popolazione generale in età anziana, potenzialmente interessata a sostituire la propria abitazione con una dimora specificamente progettata per sostenere l'invecchiamento; popolazione anziana residente in aree urbane degradate o con ridotta dotazione di servizi e possibilità di vita sociale. Soprattutto per le soluzioni di edilizia pubblica: anziani privi di un'abitazione di proprietà e con reti familiari deboli o assenti, portatori di fattori di rischio di povertà, maltrattamento, caduta, isolamento, confinamento, morte in solitudine.

Localizzazione

Ambienti urbani, città d'interesse. Per evitare il consumo di territorio sono preferibili progetti di ristrutturazione, riconversione, riqualificazione di aree o stabili preesistenti. Possibile la riprogettazione o il semplice arricchimento con servizi accessori di complessi di edilizia popolare storica o di *housing* sociale generico. La localizzazione preferibile è in prossimità dei centri cittadini o di luoghi di particolare interesse. La progettazione dovrebbe includere la verifica della distanza massima da luoghi di servizio e di socialità, che devono essere facilmente accessibili anche a piedi: ambulatori di medicina generale, servizi ospedalieri e specialistici, negozi, trasporto pubblico, spazi sociali, luoghi di vita cittadina. In alternativa, è possibile prevedere la localizzazione all'interno dello stabile di locali per servizi necessari, non altrimenti disponibili. Ad esempio, progettare spazi specifici da mettere a disposizione, secondo le normali forme contrattuali o con offerte favorevoli, per medici di medicina generale in associazione, altri servizi di cure primarie (continuità assistenziale, erogatori ADI, servizi ASL), attività commerciali di primo livello, altro. L'eccessiva vicinanza con residenze istituzionali, come RSA, può essere confusiva e interferire negativamente con l'attrazione di popolazioni appropriate.

Modello generale

Appartamenti aggregati in un unico blocco o frazionati in unità distinte di minori dimensioni; *campus* o villaggi polifunzionali; altre soluzioni compatibili con processi di ristrutturazione o riqualificazione. Portineria o centro servizi centralizzato, facilmente accessibile, presidiato h24 e collegato con le unità abitative con strumenti di comunicazione telefonica e telesoccorso. Spazi esterni attrezzati, fruibili in ogni stagione, protetti, meglio se progettati in modo specifico per persone con limitazioni fisiche, sensoriali o cognitive. Possono essere integrati appartamenti destinati a coppie giovani, studenti, adulti, assistenti familiari disponibili a funzioni di buon vicinato. Possibile l'integrazione con modalità abitative evolute: abitazioni canguro, contratti di buon vicinato, appartamenti in condivisione, *co-housing*. Il sistema può integrare altri servizi per anziani o per la popolazione generale: centri di aggregazione o altri servizi per anziani attivi; attività culturali, orientate al benessere o produttive; servizi (ambulatori per la medicina generale, medicina di gruppo e servizi di cure primarie; servizi sociali, di consulenza, di assistenza domiciliare; servizi di prossimità); altri servizi compatibili (scuole materne, asili nido, altro). La logica complessiva deve essere quella di una cerniera e collegamento fra il complesso e la comunità, privilegiando servizi e attività aperte alla popolazione generale. In casi specifici, il complesso può prevedere unità destinate a servizi formalizzati per la vita indipendente (abitazioni a maggior grado di protezione, appartamenti di gruppo), per la vita assistita (residenze comunitarie di sollievo e assistenza temporanea o di più lungo periodo) o di tipo diurno. Oppure, è possibile prevedere convenzioni o corsie preferenziali per servizi esterni funzionali alla vecchiaia.

Specifiche architettoniche generali

Gli appartamenti, anche se accoglieranno prevalentemente anziani autonomi, devono prevedere accorgimenti utili ad ampliarne l'utilizzo anche a popolazioni con limitazioni sensoriali, fisiche e cognitive. Gli accorgimenti possono anche essere rappresentati da predisposizioni progettuali utili a rendere più semplice l'adattamento futuro alle necessità variabili dei singoli residenti; ad esempio, può non essere necessario realizzare servizi igienici già attrezzati per disabili, ma le mura devono essere idonee ad accogliere in futuro corrimani e sostegni o disporre di

sistemi di attacco rapido; oppure, non è necessario realizzare soluzioni domotiche diffuse, ma predisporre l'impiantistica in modo da poter procedere a una rapida attivazione in singoli appartamenti. Al contrario, tutti gli accessi, i raccordi e gli spazi comuni, anche esterni, devono essere progettati per essere protetti e fruibili anche da anziani e adulti con possibili limitazioni.

Specifiche architettoniche per le unità abitative

Organizzazione generale per appartamenti, singoli o raggruppati o per villette e *cottage* integrate in un unico *campus* o villaggio. Le unità abitative devono essere progettate come bilocali con bagno o prevedere la separazione possibile fra zona giorno e notte. Nel caso di monolocali, è necessario prestare attenzione alle caratteristiche e alla disposizione del letto; sono da evitare divani letto o altre soluzioni che richiedano impegno fisico per la preparazione e che necessitino di una piena funzionalità fisica e sensoriale. È utile prevedere la possibilità di un secondo letto di necessità (familiare, badante). La progettazione degli interni deve prevedere la piena accessibilità e mobilità anche a persone in carrozzina. Il bagno deve avere dimensioni adeguate; non è necessario sia già attrezzato con presidi per disabili, ma deve essere predisposto (mura adeguate, attacchi predisposti) per una rapida conversione necessaria a sostenere possibili limitazioni: mancorrenti, supporti, doccia a filo pavimento, seggiolino a parete, tubo flessibile utilizzabile anche per eseguire l'igiene intima. Piano di calpestio senza discontinuità che aumentino il rischio di caduta, con materiali con livello di attrito idoneo anche a persone con deambulazione difficoltosa e strisciante. Le superfici di calpestio interne agli appartamenti dovrebbero avere un colore uniforme, senza discontinuità fra un locale e l'altro. Il colore deve essere ben contrastato rispetto a quello delle superfici verticali. Interruttori e impianti devono disporre di comandi ben visibili e di facile interpretazione: funzioni ridotte e univoche. Evitare comandi multifunzione e confusivi. Utile predisporre l'accensione automatica delle luci della zona giorno, dei corridoi e del bagno con sensori di movimento ad attivazione automatica nelle ore notturne. Utile la motorizzazione delle serrande, con comando anche centralizzato.

Arredi e dotazioni di minima

Blocco cucina, preferibilmente non alimentato a gas. Bagno arredato con supporti e ausili per gli spostamenti. Può essere sufficiente la predisposizione delle pareti al montaggio successivo di corrimano e altri accessori per la disabilità. Doccia a filo pavimento. Gli altri arredi (letto, armadi, tavolini, sedie, poltrone) possono essere lasciati alla responsabilità delle persone o forniti a richiesta dall'ente gestore. Evitare divani letto o letti non idonei in situazioni di difficoltà sensoriale o motoria. Possibile sostituire la lavatrice individuale con locali lavanderia dotati di lavatrici, essiccatrici, area e attrezzature per stirare.

Personalizzazione

Possibile per gli arredi principali e i complementi. Preferibile standardizzare bagni, blocco cucina ed elettrodomestici.

Specifiche architettoniche per gli spazi comuni

Accessi al complesso controllabili dalla portineria. Appartamento per portineria con guardiola e centrale di monitoraggio e telesoccorso. Videocitofono. Cassette delle lettere personali, con indicazioni chiare e ad altezza raggiungibile anche da persone in carrozzina. Corridoi dotati di mancorrenti, senza differenze di livello, di larghezza sufficiente a permettere anche le manovre d'inversione a persone in carrozzina. Piano di calpestio senza discontinuità che aumentino il rischio di caduta, con materiali con livello di attrito idoneo anche a persone con deambulazione difficoltosa e strisciante. Le superfici di calpestio devono avere un colore uniforme, senza soluzioni di continuo che aumentino il rischio di caduta. Le differenze cromatiche possono invece essere utilizzate per segnalare situazioni o accessi di potenziale pericolo e che richiedano cautela. Il colore deve essere ben contrastato rispetto a quello delle superfici verticali. Ascensori accessibili a persone in carrozzina e accompagnatore, dotati di sistemi di comunicazione audio e video bidirezionali. I percorsi di collegamento interni ed esterni devono essere arricchiti da luoghi di riposo, interesse e da spazi attrezzati per il dialogo in piccoli gruppi. Il complesso

APPENDICE 2 - TRE MODELLI DI RESIDENZIALITÀ POSSIBILI

deve essere integrato da locali per attività comuni, anche di grande gruppo. In presenza di appartamenti destinati a persone di età diverse, la progettazione complessiva deve prevedere blocchi distinti (anziani, coppie giovani, studenti), ma i percorsi e l'organizzazione degli spazi comuni e di quelli esterni devono favorire gli incontri e le possibili relazioni. Locali commerciali o sedi di attività di servizi aperti alla popolazione esterna debbono esser collocati in aree separate dalle unità abitative; soprattutto i servizi di ristorazione dovrebbero essere dotati di accesso e uscita diretti dall'esterno, senza interferenze con il riposo notturno dei residenti. È utile prevedere alcuni spazi esterni accessibili solo ai residenti. In ugual modo, sistemi di condizionamento, deposito dei rifiuti e altri presidi tecnici rumorosi o disturbanti (cappe, motori, canne fumarie) devono essere collocati in aree distinte dalle zone residenziali. Gli impianti di consumo e le utenze (luce, gas, acqua, telefonia) devono essere distinti per ogni sezione, con separazione chiara delle indicazioni di consumo.

Specifiche architettoniche per gli spazi esterni

Piacevoli, ben ambientati, fruibili in ogni stagione. I percorsi di collegamento interni ed esterni devono essere arricchiti da luoghi di riposo, interesse e da spazi attrezzati per dialogo in piccoli gruppi. È utile prevedere un'area con funzione di piazza centrale, ben accessibile da ogni luogo o sezione del complesso, idonea a incontri ed eventi. Possono essere arricchiti da spazi giochi per bambini ed essere in contatto visivo con i luoghi di gioco di eventuali asili nido e scuole materne. I percorsi devono essere sicuri, con superficie piana e idonei anche al cammino di persone con disabilità motorie e limitazioni sensoriali o in carrozzina. Devono essere previste panchine, tettoie e ripari in caso di maltempo. È sempre utile prevedere almeno un percorso completamente coperto che colleghi le sezioni residenziali al varco di accesso e uscita. Portineria e centro servizi devono essere in prossimità dell'accesso unico e automaticamente raggiungibili da tutti i percorsi interni ed esterni. Deve essere evitata la possibilità di raggiungere il varco di accesso e uscita in modo non controllabile o accidentale. Anche persone con limitazioni sensoriali o delle funzioni mentali superiori devono essere sicure di raggiungere comunque e attraverso qualunque via portineria e centro servizi. Per facilitare il possibile vagabondaggio di persone con iniziali limitazioni delle funzioni mentali superiori, ma ridurre i pericoli di smarrimento, è bene progettare i percorsi esterni (ma anche quelli interni), con modalità ad anello, senza *cul de sac* o pericolo di uscita accidentale e non controllabile dal complesso. Percorsi e luoghi d'incontro devono essere progettati per facilitare la socialità desiderata, ma anche l'intimità e l'eventuale separazione - altrettanto desiderabile - di persone con esigenze e orari di vita diversi (ad esempio, anziani e giovani o adolescenti). Alberi, aiuole e ornamenti non devono essere pericolosi, con piantumazioni non tossiche se ingerite o che non producano eccessive cadute (foglie, fiori) che possano rendere pericolosi i piani di calpestio e cammino. Palizzate, panchine e altre superfici di appoggio devono essere solide e saldamente collegate al terreno, per evitare cedimenti in caso di appoggio accidentale e rappresentare un valido sostegno in caso di caduta. Ridurre al minimo dislivelli e gradini, comunque ampi, antisdrucciolo e resi sicuri da mancorrenti. Evitare scalinate di lunghezza superiore a tre gradini e con pendenze eccessive. Interrompere eventuali pendii con piazzole di sosta integrate da sedute, panchine e luoghi d'interesse e riposo. Le porte di accesso ai mezzi di fornitori dovrebbero essere studiate in modo da evitare interferenze con i normali percorsi interni. È indispensabile, al contrario, facilitare l'accessibilità dei mezzi di soccorso.

Domotica e sicurezza

(NB: le dotazioni maggiori sono utili solo in situazioni di particolare fragilità o durante eventuali malattie di persone sole e senza soluzioni alternative di convivenza o tutela). Sistemi di comunicazione telefonica e telesoccorso collegato alla portineria e al numero di pronta reperibilità. Allarme antintrusione collegato alla portineria. Telecamere di controllo agli accessi e nei locali comuni, con particolare riferimento a corridoi, ascensori, locale lavanderia, spazi esterni. Ascensori accessibili a persone in carrozzina e accompagnatore, dotati di sistemi di comunicazione audio e video bidirezionali. Interruttori e centrali devono disporre di comandi ben visibili e di facile interpretazione: funzioni ridotte e univoche. Evitare comandi multifunzione e confusivi. Nelle unità abitative è utile predisporre l'accensione automatica delle luci

della zona giorno, dei corridoi e del bagno con sensori di movimento ad attivazione automatica nelle ore notturne. Utile la motorizzazione delle serrande, con comando anche centralizzato. Se il complesso è predisposto, è possibile integrare singole unità abitative con sistemi di controllo più evoluti, attivabili in caso di necessità: sensori di segnalazione del posizionamento a letto, con allarmi programmabili oltre una certa durata dell'assenza; sistemi attivabili con comando remoto di osservazione degli appartamenti o di alcuni locali critici (richiedono il consenso della persona) e di comunicazione audio-video bidirezionale; sistemi di monitoraggio leggero delle funzioni vitali con sensori indossabili e tecnologia *wi-fi*.

Dimensionamento

Minimo 50 mq per appartamento. Il dimensionamento del complesso deve essere adeguato ai costi dei servizi che lo arricchiscono, garantendo una ripartizione dei costi fissi sostenibile dagli utenti. Soluzioni di dimensioni troppo ridotte (ad esempio, solo 4-5 appartamenti) possono impedire l'attivazione del pacchetto minimo di servizi previsti dal modello (portineria, reperibilità telefonica h24, primo intervento). Tendenzialmente, la progettazione di sistemi di qualità e ben arricchiti da servizi accessori suggerisce di orientarsi verso i dimensionamenti maggiori. Gli interventi con oltre 50 o 100 appartamenti rientrano più propriamente fra le realizzazioni di civile abitazione o di edilizia pubblica convenzionata.

Servizi di base

Servizi di minima: portineria/*reception* (nei complessi di dimensioni maggiori con estensione della vigilanza h24), pulizia e controllo degli spazi comuni, manutenzione straordinaria, gestione condominiale. Eventuale coordinatore o servizio sociale di supporto; possibili servizi di animazione e arricchimento delle relazioni o del tempo libero. In progetti specifici, può essere proponibile la reperibilità telefonica h24, non indispensabile nei normali sistemi abitativi.

Professionalità privilegiate

Portiere con formazione integrativa da custode sociale (formazione compatibile col modello dei custodi sociali milanesi di prima generazione), assistenti domestiche, educatore, assistente sociale, consulenti a disposizione per richieste specifiche.

Servizi a richiesta con tariffa accessoria

Governo della casa, lavanderia, stireria, assistenza domestica, piccola manutenzione, servizi di trasporto, iniziative di aggregazione e socializzazione, iniziative o servizi per il benessere, controllo e aiuto nella somministrazione di terapie. Altri servizi sociali e sanitari di maggior impegno dovrebbero essere attivati attraverso la normale rete dei servizi.

Possibili servizi integrativi

Centro di aggregazione e/o centro diurno (non necessariamente di tipo Integrato, se il complesso prevede solo normali unità abitative; anche Integrato se sono presenti unità specifiche per la vita assistita). Servizi di prossimità: consegne a domicilio (pasti, spesa, etc.), monitoraggio leggero, visite domiciliari periodiche, ascolto e arricchimento relazionale. Assistenza domestica e collaborazione familiare. Servizi domiciliari formalizzati, sociali e socio-sanitari della rete dei servizi accreditati. Servizi formalizzati per la vita indipendente (Abitazioni protette a maggiore o minore protezione) o per la vita assistita (Residenze comunitarie). Tutti i servizi possono essere utilizzati sia dai residenti sia dalla comunità.

Collegamenti istituzionali

Comuni e servizi sociali comunali. Inoltre: medicina generale, servizi di cure primarie, servizi di prossimità e domiciliari formalizzati. L'integrazione con i servizi formali di comunità è essenziale per ampliare il tempo di accoglienza delle persone o sostenere fasi critiche intercorrenti senza gravare sui costi di gestione o modificare il nucleo forte dell'esperienza, che deve rimanere abitativa. Nel caso il complesso integri servizi specifici di prossimità, domiciliari, per la vita indipendente (abitazioni a diverso grado di protezione) e per la vita assistita (residenze comunitarie con

APPENDICE 2 - TRE MODELLI DI RESIDENZIALITÀ POSSIBILI

servizi alla persona) è utile che il complesso sia governato in modo più strutturato e meglio collegato ai servizi istituzionali del territorio. In questo caso è utile prevedere una funzione di responsabile-coordinatore, meglio se con professionalità da assistente sociale, e un consulente medico o infermieristico per la selezione degli accessi ai servizi specifici e le necessarie relazioni di rete. Nel caso d'integrazione con servizi di tipo CDI, queste funzioni possono essere comuni.

Durata dell'accoglienza

Non predeterminabile. In generale superiore ai dieci anni.

Modalità tariffarie

Trattandosi di normali interventi residenziali, è possibile privilegiare un normale contratto di acquisto o locazione, con specifiche indicazioni contrattuali rispetto all'età dei residenti, alle motivazioni dell'accoglienza, alle limitazioni dei subaffitti. Le limitazioni attuali di queste forme contrattuali pongono però alcuni limiti di praticabilità. In alternativa, sono proponibili sistemi a tariffa giornaliera graduati secondo i servizi richiesti. La stima delle tariffe deve prevedere una quota relativa al rientro dagli investimenti, il costo dei servizi accessori offerti di base, quello delle utenze (con calcolo a consumo) e quello delle normali spese condominiali (con calcolo a ripartizione millesimale). Per le caratteristiche specifiche di una popolazione anziana o molto anziana, le formule contrattuali devono essere chiare e omnicomprensive, ben collegate alla carta dei servizi del complesso. In situazioni sperimentali, è possibile ipotizzare modalità simili a quelle diffuse nel sistema statunitense: quota di ingresso *una tantum* (rimborsabile parzialmente o non rimborsabile al termine dell'accoglienza), seguita da una tariffa giornaliera variabile a seconda del tipo di contratto: a) fissa *life-time* anche in caso di interventi accessori (prossimità, assistenza domestica o domiciliare, trasferimento ai servizi per la vita indipendente o assistita); b) crescente nel caso di utilizzo dei servizi superiori ma con tariffe agevolate rispetto a quelle proposte alla popolazione esterna; c) identica alle normali tariffe proposte a utenti esterni nel caso di utilizzo dei servizi accessori e di livello superiore, ma con priorità nelle liste di accesso. La presa in carico dell'appartamento può prevedere agevolazioni convenzionate con sistemi bancari e assicurativi: nuda proprietà o *reverse mortgage* per l'acquisizione dell'unità abitativa e pacchetti assicurativi integrati di *long-term care*. Alla cessazione della residenza, l'appartamento può essere nuovamente immesso sul mercato, con restituzione agli eredi – se previsto dal contratto – della porzione rimborsabile della quota d'ingresso. Possono essere definite convenzioni, per tariffe agevolate, con enti istituzionali o associazioni di categoria, anche collegate a pacchetti assicurativi di *long-term care* o come estensione delle polizze vita. Per i progetti più orientati in senso sociale, la modalità tariffaria più appropriata sembra quella a tariffa giornaliera, costruita su più livelli secondo la quantità e qualità di servizi richiesti: base, prossimità, assistenza domestica, assistenza domiciliare, servizi per la vita indipendente e per la vita assistita, servizi semi-residenziali. Le relative tariffe possono essere integrate da *voucher* di comunità, *voucher* sociali e *voucher* socio-sanitari in accordo con la normativa locale. Popolazioni di età diversa possono essere accolte in forma di locazione, con eventuali agevolazioni per persone – con o senza professionalità specifiche – disponibili a svolgere compiti formalizzati di monitoraggio, prossimità, cura o buon vicinato. Tariffe agevolate per popolazioni con disagio sociale o rischio di esclusione possono essere condivise con le istituzioni di riferimento, entro i confini di accordi locali.

Costi di realizzazione e fonti di finanziamento accessorio

Compatibili con i normali interventi immobiliari, integrati dai costi per gli arredi e le dotazioni tecniche specifiche. Il finanziamento del sistema può essere integrato da accordi con enti bancari o assicurativi interessati allo sviluppo e alla diffusione di nuove formule di sostegno ai sistemi di *long-term care*. Possono essere coinvolti anche imprenditori del sistema immobiliare (costruzione e commercializzazione). Da analizzare la possibilità di accedere a programmi europei di sostegno all'*ageing in place*, oltre che alle facilitazioni già previste a livello nazionale e regionale per le diverse forme di *housing* sociale. Per la normale gestione, le linee d'indirizzo più

attuali della Regione Lombardia potrebbero prevedere di integrare singoli servizi (vita indipendente e vita assistita) nel sistema *voucher* o di erogare forme specifiche di contribuzione gestionale (ad esempio, già previste per i centri diurni integrati).

Consumo di territorio

È preferibile il recupero di stabili d'interesse già esistenti o integrare la realizzazione in interventi di riqualificazione urbanistica, purché compatibili con le esigenze di buona localizzazione.

Possibili criticità

Le indicazioni europee, come quelle dell'OCSE, suggeriscono di prestare particolare attenzione a non costruire cittadelle per anziani autonome e autoreferenziali, ma valorizzare invece: forme di progettazione partecipata, l'utilizzo governato dei servizi di comunità, l'integrazione con le normali agenzie di protezione sociale e di governo istituzionale dei servizi, l'arricchimento in senso intergenerazionale della progettazione. Si tratta, in ogni caso, di servizi e modelli molto nuovi per il panorama italiano, che faticano a entrare nella più ampia cultura di preparazione alla vecchiaia. Anche per questo motivo, le soluzioni sperimentali possono richiedere forme di sostegno, anche filantropico, utili a favorire la diffusione di buone prassi e di modelli abitativi innovativi. Le sperimentazioni potrebbero verificare le potenzialità di accordi che coinvolgano enti bancari, assicurativi e soggetti del settore immobiliare, pubblico e privato.

Da valutare con molta attenzione anche il *mix* di servizi residenziali che si vuole integrare nel complesso. Spostare il paradigma progettuale verso l'abitare, piuttosto che verso l'offerta di servizi, richiede di privilegiare l'arricchimento di servizi della singola unità abitativa (con servizi di assistenza domestica, prossimità, domiciliari d'intensità via via superiore) piuttosto che la necessità di imporre alla persona con esigenze nuove, di dover cambiare casa e trasferirsi in un'unità specializzata, ancorché compresa nello stesso complesso. Si tratta di un'attenzione che va esplicitamente affrontata in fase progettuale e indicata nella stessa carta dei servizi, specificando che il complesso vuole svolgere il ruolo di piattaforma abitativa facilitante per la buona azione dei servizi domiciliari più appropriati. Unità più specializzate possono essere utili solo in casi molto selezionati, se il governo della rete dei servizi è adeguato. In questo caso, è probabilmente più indicato favorire l'utilizzo dei servizi esterni già esistenti, purché prossimi al complesso, anche attraverso accordi o collaborazioni. È consigliabile, evitare di progettare esperienze molto frammentate o troppo articolate in servizi diversi, che possono diventare difficili da governare o favorire deviazioni verso sistemi autoreferenziali o confusivi.

Accreditamento

Nessuno per le soluzioni abitative. Sociale per eventuali unità specifiche per la vita indipendente. Sociale o socio-sanitario (attualmente non previsto) per le soluzioni residenziali per la vita assistita. Socio-sanitario per CD e CDI.

Sistema Inter-RAI: RUG compatibili

Non previsto per le soluzioni abitative. RUF da 44 a 41 (ADL da 4 a 8) per le unità specifiche per la vita indipendente. Da 44 a 37 per le soluzioni residenziali per la vita assistita (ADL da 4 a 15).

Cautele normative

Evitare rigidità eccessive nelle normative di riferimento, anche rispetto a singole parti dei sistemi abitativi polifunzionali e multiservizio. Anche l'OCSE, ricordando i molti casi-studio europei, rileva la necessità di normative che definiscano i confini e facilitino il riconoscimento dei diversi modelli di *ageing in place*, ma con molta elasticità e limitando al minimo indispensabile il ricorso a normative eccessivamente rigorose o dettagliate. Il riferimento proposto è quello dei normali sistemi abitativi. Le necessità normative possono riguardare piuttosto le interazioni di rete e il governo dei servizi di supporto, ad esempio domiciliari.

2. Servizi abitativi e comunitari, per vita indipendente e per vita assistita

Il cambiamento del paradigma abitativo allontana l'attenzione dal tema dei servizi puri, tradotti nelle diverse unità d'offerta possibili, domiciliari, semiresidenziali e residenziali a diversa complessità. Nella fase attuale, adattata sotto il piano normativo e culturale alla presenza di servizi formali che rispondono a bisogni specifici, è però necessario riconoscere l'utilità di modelli residenziali più leggeri delle tradizionali soluzioni istituzionali e sanitarizzate, come le RSA, in grado di colmare il vuoto oggi esistente nel panorama dei servizi e rispondere a esigenze più diffuse, anche meno strutturate. Si tratta i cui principi abbiamo già presentato tra le soluzioni per l'abitare. In dettaglio, nelle pagine successive, si farà riferimento a soluzioni intermedie fra la casa e le più complesse strutture socio-sanitarie, come le RSA. L'obiettivo è sostenere la famiglia nel lavoro di cura, durante fasi critiche temporanee, o per accogliere anziani soli e privi di reti di sostegno, con fragilità e disabilità non ancora tali da rendere necessario il ricorso a strutture più complesse. Riguardo alla concreta applicazione di questi due modelli, specie nell'ambito dell'imprenditoria sociale, sembra utile richiamare alcuni principi:

- “piccolo e vicino”: servizi diffusi, di dimensioni contenute e che perseguono modelli organizzativi di particolare leggerezza sembrano particolarmente funzionali agli obiettivi di questi modelli e a un'azione imprenditoriale che non si lasci attirare solo dai valori assoluti dei ricavi. Aumentare il volume di affari o gestire interventi di maggiore complessità non garantisce necessariamente, oggi, una maggiore remunerazione; determina piuttosto l'aumento della complessità organizzativa senza necessariamente garantire margini di remunerazione superiori. Impone anche logiche e modelli organizzativi che possono essere distanti dalla filosofia di questi servizi. Esiste un limite, che ogni organizzazione è chiamata a ricercare, oltre il quale cambia la propria identità ma anche la forma degli interventi: le esigenze di standardizzazione possono prevalere su quelle necessarie alla prossimità e alla personalizzazione. Sembra utile promuovere e ricercare relazioni collaborative, anche istituzionali, piuttosto che la sola crescita della propria organizzazione;
- plasticità applicativa e adattabilità delle soluzioni: sono due dimensioni utili a rispondere in modo efficace alla variabilità delle esigenze personali e delle singole comunità locali. Si tratta di un tema decisivo nel dibattito futuro con le istituzioni: è necessario promuovere azioni che facilitino il riconoscimento – prima di tutto culturale – delle nuove logiche d'intervento, senza appesantirle con regole troppo rigide; queste possono limitare lo sviluppo di una domiciliarità globale e imporre soluzioni organizzative più costose del necessario. Leggerezza organizzativa e normativa dovrebbero, in questo senso, procedere parallelamente;
- qualità delle relazioni: prima che servizi, le persone – soprattutto quelle più anziane e sole – cercano relazioni significative. La personalizzazione delle cure rappresenta la principale differenza rispetto alla standardizzazione dei servizi istituzionalizzati. La costruzione di buone relazioni facilita le funzioni di osservazione e accompagnamento. Molti anziani sono implicitamente diffidenti rispetto all'utilizzo di servizi, anche adeguati. Il radicamento territoriale, l'esistenza di luoghi di relazione facilitata come i centri diurni e la continuità nel tempo dei rapporti personali rappresentano altrettante occasioni per veicolare proposte dedicate. I servizi leggeri, gestiti in modo consapevole, sono anche l'occasione per un monitoraggio ravvicinato della vita delle



persone più fragili e per individuare insieme a loro soluzioni ragionevoli e amichevoli;

- il pericolo dell'autoreferenzialità: non si tratta di offrire in prima persona tutti i servizi di cui le persone hanno bisogno, quanto di animare le stesse reti di relazioni che costituiscono una comunità, sviluppando collaborazioni, sollecitando risposte, promuovendo autonomie. Le buone relazioni non sono solo individuali e con le persone più anziane, ma riguardano anche gli altri attori che operano nello stesso territorio;
- progettazione partecipata: la migliore cultura sociale ha già dimostrato che le risposte più efficaci nascono dalla condivisione con i diversi attori in gioco. I modelli di residenzialità leggera – ma più in generale tutti gli interventi di prossimità e di arricchimento dell'*habitat* – hanno solo vantaggi dall'essere sviluppati insieme ai principali interlocutori locali. Si tratta di diventare interlocutori interessanti e autorevoli, oltre che fedeli alla propria identità. La progettazione condivisa facilita a molti livelli lo sviluppo di relazioni che diventano nel tempo motore di crescita sia della propria organizzazione sia della comunità.

Soluzioni per la vita indipendente

Quando interpretati correttamente, sono i modelli di servizio più innovativi per lo sviluppo della rete dei servizi. Sostanzialmente, si tratta di abitazioni di buona qualità per anziani autonomi, confortevoli e sicure, ma anche adatte o facilmente adattabili alla possibile insorgenza di limitazioni funzionali e fragilità di maggiore entità. Diventa importante, in questo caso, la corrispondente adattabilità dei sistemi di cure primarie e domiciliari. Nel complesso, non si tratta di soluzioni autonome e autoreferenziali, ma di servizi di comunità a tutti gli effetti. In analogia a quanto avviene nelle normali dimore, è possibile integrare l'offerta senza imporre un cambio di abitazione, se questa dispone di pochi servizi necessari a garantire la sicurezza abitativa anche ad anziani con esigenze maggiori. È essenziale una chiara ripartizione dei ruoli fra i diversi attori della rete. Le soluzioni abitative per la vita indipendente, in questo modello, non “devono” offrire servizi, ma garantire la necessaria base abitativa, evitando la moltiplicazione sul territorio di soggetti erogatori di servizi socio-sanitari ridondanti o ripetitivi. In altre parole, non è utile o potrebbe diventare controproducente, integrare queste soluzioni con servizi di livello eccessivo, soprattutto sanitari. Questi devono essere erogati in modo flessibile e proporzionato dalle agenzie formalizzate territoriali. È evidente come le funzioni più rilevanti, in questo caso, diventino quelle di governo integrato delle reti e di *case-management*.

Modelli scientifici di riferimento

Independent living facilities, Housing for the Elderly, Group Homes. In Europa: Alloggi singoli, Alloggi accorpati, Alloggi protetti, Micro comunità.

Buone pratiche di riferimento

Seniorcizenlabel “life-resistant” (Olanda), *Habitat réamenagé* (Francia), *VieDome* (Olanda), *Granny-annexe* (Francia), *Ensemble 2 Générations* (Francia), *Logement-Foyer* (Francia), *Samyres Residences* (Spagna), *Viviendas doctacionales* (Spagna), *Le Balloir*

APPENDICE 2 - TRE MODELLI DI RESIDENZIALITÀ POSSIBILI

(Belgio), *Quartiere Solidale Pro-senectute* (Svizzera), *Centro Residenziale Assistito St. Joseph di Hilversum* (Olanda), *Logement c/o Masoin de Retraite* (Francia), *Sheltered Houses* (Svezia), *Residences-Service* (Francia), *Care Center e Senior Citizen Label* (Olanda), *Altenwohneim in Residence* (Germania), *Maison Cangourou* (Belgio), *Kangaroo House* (Danimarca), *Nursing Dwellings* (Danimarca), *Extra-care housing* (Gran Bretagna), *Home-care* (Svezia e Norvegia), *AbbeyField* (Gran Bretagna e altri paesi, fra cui l'Italia), *Cantous* (Francia), *Appartamenti in condivisione* (Germania).

Obiettivi primari

Garantire sicurezza abitativa e servizi di accompagnamento ad anziani soli, o con reti familiari deboli, e con difficoltà abitative (nessun appartamento di proprietà, dimensioni eccessive dell'alloggio precedente, sfratti, ristrutturazioni, localizzazione inadeguata) o di elevati rischi d'isolamento o confinamento. L'obiettivo primario è interagire positivamente con i rischi correlati alla fragilità, favorendo l'espressione delle autonomie residue, rimuovendo o governando le barriere abitative e facilitando il processo di adattamento alla vecchiaia della persona. L'abitazione deve essere in grado di facilitare la socializzazione e la sensazione personale di sicurezza.

Popolazioni di riferimento

Anziani di età compresa fra i 70 e gli 80 anni, autonomi o con limitazioni nelle sole IADL. Soprattutto in fase di prima accoglienza, sono tollerabili limitazioni sensoriali o delle BADL che necessitino di aiuto nell'organizzazione della vita o semplice supervisione. È possibile l'accoglienza di popolazioni di età differenti, da valutare caso per caso; se le persone convivono, va assicurata la compatibilità con le esigenze di anziani indipendenti e in cerca di rassicurazione. Possibile, ma da selezionare con molta attenzione, l'accoglienza di anziani con demenza di grado lieve che richiedano solo sostegno o supervisione nell'organizzazione della vita; lo stabile deve avere caratteristiche adeguate e il personale una formazione dedicata.

Possibili integrazioni con il nucleo abitativo principale

Appartamenti destinati a coppie giovani, studenti, assistenti familiari disponibili a funzioni di buon vicinato con modalità diverse: abitazioni canguro, contratti di buon vicinato, coabitazione. Il complesso può integrare altri servizi per anziani o per la popolazione generale: centri di aggregazione; attività produttive o di servizio (uffici, negozi, servizi di ristorazione, uffici professionali, attività culturali o di aggregazione, ambulatori per la medicina generale e servizi di cure primarie, servizi sociali, servizi di consulenza), altri servizi compatibili (scuole materne, asili nido, etc.).

Numerosità stimabile della popolazione target

In Lombardia 490.000 famiglie con capofamiglia ultra65enne vivono in abitazioni non di proprietà, 373.000 sono in affitto (Beltrametti, 2013). Inoltre, 140.000 anziani fragili e soli (IRER, 2000), 400.000 anziani con limitazioni significative nelle IADL (Micheli, 2004). Stime locali da condividere con servizi sociali comunali e di ambito con particolare riferimento ad anziani con note difficoltà abitative o già noti ai servizi perché a rischio d'isolamento.

Specifiche architettoniche

Organizzazione per appartamenti: bilocali con bagno o con zona giorno e notte separabili. Superficie minima consigliabile: 50 mq. Nel caso di monolocali, prestare attenzione alle caratteristiche del letto; sono sconsigliabili divani letto che richiedano impegno fisico per la preparazione o una piena funzionalità fisica e sensoriale. Prevedere la possibilità di un secondo letto di necessità. Bagno accessibile a disabili, con sostegni a parete e doccia a filo pavimento. Assenza di barriere architettoniche, piano di calpestio senza discontinuità e con colore uniforme, contrastato rispetto alle superfici verticali. Colori guida negli spazi comuni per facilitare l'orientamento. Accessi al complesso controllabili dalla portineria, citofono e cassetta delle lettere, spazi comuni e spazi privato-sociali. Appartamento per portineria.



Arredi e dotazioni di minima

Blocco cucina, preferibilmente non alimentato a gas. Bagno arredato con supporti e ausili per gli spostamenti. Doccia a filo pavimento. Altri arredi (letto, armadi, tavolini, sedie, poltrone) personali o forniti dall'ente gestore. Evitare divani letto o letti non idonei a situazioni di difficoltà sensoriale o motoria. Possibile sostituire la lavatrice individuale con lavanderia centralizzata con lavatrici, essiccatrici, area e attrezzature per stirare. Spazi esterni fruibili in ogni stagione e protetti.

Personalizzazione

Possibile per gli arredi principali e i complementi. Preferibile standardizzare bagni, blocco cucina ed elettrodomestici.

Domotica e sicurezza

Telesoccorso collegato alla portineria e al numero di pronta reperibilità. Preferibilmente, serrande motorizzate con comando centralizzato e parziale. Allarme antintrusione collegato alla portineria. Telecamere di controllo ai varchi di accesso e nei locali comuni, con particolare riferimento a corridoi, ascensori, locale lavanderia, spazi esterni.

Localizzazione e dotazione

Distanza minima da luoghi di servizio e di socialità, che devono essere facilmente accessibili a piedi: ambulatori di medicina generale, negozi, servizi di trasporto pubblico, spazi sociali. In alternativa, è possibile prevedere la localizzazione all'interno dello stabile di locali per i servizi necessari.

Dimensionamento

Il dimensionamento va calcolato rispetto al costo del pacchetto dei servizi di minima, la cui ripartizione non deve gravare eccessivamente sulle tariffe. In questo senso, le soluzioni di vita indipendente possono privilegiare dimensionamenti superiori rispetto a quelle di vita assistita ma inferiori a quello dei sistemi abitativi intergenerazionali. Tenzialmente, possono essere considerati accettabili aggregazioni fino a 30-40 appartamenti. Dimensionamenti inferiori (sotto le 10-15 unità) possono rendere poco sostenibili i servizi indispensabili.

Servizi di base

Portineria/reception, reperibilità h24, pulizia e controllo degli spazi comuni, manutenzione straordinaria. Eventuale coordinatore o servizio sociale di supporto, anche condiviso su servizi diversi; possibili interventi di animazione e arricchimento delle relazioni o del tempo libero.

Professionalità

Portiere con formazione integrativa da custode sociale (modello di formazione compatibile con quello dei custodi sociali di prima generazione), assistenti domestiche, educatore.

Servizi possibili o a richiesta

Governo della casa, lavanderia, stireria, assistenza domestica, piccola manutenzione, servizi di trasporto, iniziative di aggregazione e socializzazione, benessere, controllo e aiuto nella somministrazione di terapie. Gli altri servizi sociali e sanitari sono fruibili attraverso la normale rete dei servizi.

Collegamenti istituzionali

Comuni e servizi sociali comunali. Inoltre: medicina generale, cure primarie, servizi domiciliari formalizzati. L'integrazione con i servizi formali di comunità è essenziale per ampliare il tempo di accoglienza delle persone o sostenere fasi critiche intercorrenti senza gravare sui costi di gestione o senza modificare il nucleo forte dell'esperienza, che deve rimanere abitativa.

APPENDICE 2 - TRE MODELLI DI RESIDENZIALITÀ POSSIBILI

Durata dell'accoglienza

Lungo periodo (5-10 anni).

Costi di realizzazione

Compatibili con interventi immobiliari di buona qualità, integrati dai costi per arredi e dotazioni tecniche.

Consumo di territorio

È preferibile il recupero di stabili d'interesse già esistenti o integrare la realizzazione in interventi di riqualificazione urbanistica, purché compatibili con le esigenze di buona localizzazione.

Costi di gestione

Le stime locali devono comprendere il costo dei servizi di base, di manutenzione ordinaria e straordinaria, i costi amministrativi compatibili con la normale gestione condominiale, utenze, costi fiscali, il recupero degli investimenti.

Affitti o rette

Nell'attuale situazione normativa è possibile adottare un contratto di locazione o un contratto a retta giornaliera. Affitto o retta includono i servizi di base e le spese di gestione comuni dell'immobile, ripartibili per millesimi, per unità abitative o secondo altre modalità di calcolo. Affitto e retta sono quindi composti da voci fisse e variabili, da indicare chiaramente in fase di attivazione dei contratti. Possono essere previste modalità contrattuali diverse in contratti base e integrazioni successive per pacchetti di prestazioni aggiuntive (governo della casa, assistenza domestica, lavanderia, etc.). Può essere prevista una quota d'ingresso di entità variabile, parzialmente rimborsabile al termine dell'accoglienza, il cui valore può essere più elevato se il contratto prevede la possibilità successiva di ricevere prestazioni maggiori a costi fissi. L'evoluzione del modello lombardo potrebbe favorire sperimentazioni locali di *voucher* di comunità che tutelino alcune funzioni socio-sanitarie di livello primario (aiuto nella somministrazione delle terapie, monitoraggio, interazione con i servizi di cura). È sempre possibile l'erogazione dei *voucher* specifici previsti dalla normativa sui servizi ADI per le normali necessità sanitarie domiciliari.

Normativa di riferimento

DGR 11497/2010.

Accreditamento

Di tipo sociale.

Sistema Inter-RAI: RUG compatibili al momento dell'accoglienza

Funzione fisica ridotta, RUG da 44 a 41 con ADL da 4 a 8. MAPLe da basso a moderato. La comparsa successiva alla prima accoglienza di limitazioni funzionali di entità maggiore, può essere accompagnata da un'evoluzione parallela dei profili di erogazione dei servizi SAD e ADI, che integrino l'eventuale offerta familiare, quando presente.

Attenzioni progettuali e possibili criticità

Le soluzioni per la vita indipendente hanno funzioni elettivamente abitative. Si rivolgono quindi ad anziani soli e in difficoltà a proseguire la normale esperienza abitativa entro i confini della dimora abituale. L'obiettivo è favorire una vita normale in un ambiente più adatto e sicuro, rappresentando quindi la piattaforma per un più efficace utilizzo dei servizi domiciliari e delle cure primarie. Si tratta di una popolazione circoscritta, che rende sempre difficile – negli scenari attuali – il raggiungimento rapido di una piena occupazione. La fase di *start-up* è, quindi, particolarmente delicata. Di converso, si tratta di anziani che abiteranno poi nella struttura per molti anni, con un *turn-over* generalmente molto basso. Anche il dimensionamento del servizio va analizzato con attenzione. Dimensionamenti troppo ridotti,

che possono apparentemente favorire la piena occupazione, non permetteranno poi di sostenere i costi dei servizi minimi specifici del modello, se non ricorrendo a fonti di finanziamento esterne. Dimensionamenti più consistenti e gestionalmente corretti, possono essere inappropriati per contesti territoriale che non esprimano una domanda sufficiente. Nel complesso, si tratta di servizi che impongono una fase progettuale molto attenta alla stima preliminare della consistenza dei sottogruppi di popolazione che potrebbero essere attratti dal servizio. Questi processi sono più efficaci se il bisogno emergente è già stato individuato localmente; la progettazione partecipata con gli Enti Locali e gli attori della rete dei servizi domiciliari è quindi da valorizzare. Due soluzioni possono favorire l'implementazione di questa filosofia d'intervento:

le soluzioni per la vita indipendente possono integrare sistemi abitativi più complessi, accogliendo anche anziani con maggiore bisogno di protezione. In queste situazioni, accolte in edifici più grandi ed elettivamente intergenerazionali, il costo del servizio di portineria può essere ripartito su popolazioni più ampie. In questo caso, è consigliabile che gli appartamenti protetti siano nella stessa palazzina che ospita la portineria, favorendo quindi un'azione di monitoraggio più dedicata e ravvicinata. L'unico servizio aggiuntivo per gli appartamenti protetti può così riguardare la reperibilità telefonica h24 e l'offerta di servizi a richiesta;

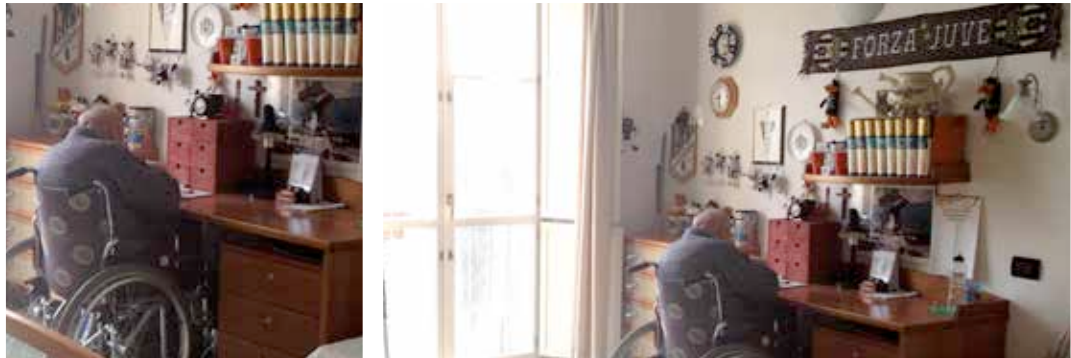
la protezione abitativa può essere offerta con pacchetti di servizi aggiuntivi (visite periodiche, monitoraggio attivo, mediazione di rete, reperibilità telefonica) come intervento di qualificazione di complessi abitativi già esistenti, nei quali risiedano un numero consistente di anziani soli. Si tratta d'interventi di riqualificazione abitativa che possono nascere dall'interazione progettuale fra Enti Locali, ALER o altre agenzie e cooperative sociali specializzate, finalizzati a garantire maggiore sicurezza ai residenti e una possibile ottimizzazione dell'erogazione degli interventi sociali e sanitari formalizzati. Un esempio possibile è rappresentato dai progetti di prima generazione dei custodi sociali milanesi.

Va rimarcato come, dopo alcuni anni dall'attivazione e dall'ingresso dei primi residenti, i confini fra le soluzioni di vita indipendente e quelle di vita assistita possono diventare labili. Gli anziani che vi risiedono sono destinati, negli anni successivi alla prima accoglienza, a una graduale riduzione delle proprie autonomie e a un cambiamento del profilo di servizi necessari. Questa evoluzione, come già sperimentato nei modelli internazionali più aggiornati, può non richiedere automaticamente il trasferimento della persona verso un altro servizio più complesso. Le prime limitazioni nelle BADL possono essere sostenute attraverso l'uso governato delle badanti, l'integrazione con i SAD comunali e i servizi ADL. È per questo motivo che è bene che l'appartamento sia già adattato o facilmente adattabile alle esigenze di persone con disabilità, anche se la prima accoglienza deve essere elettivamente riservata ad anziani autonomi. Queste attenzioni progettuali permettono due risultati complementari: si allunga il tempo di permanenza possibile rispetto all'arco di vita delle persone e possono essere superate fasi critiche intercorrenti, ad esempio legate a malattie o traumi minori. Soprattutto nel primo caso, si migliora l'appropriatezza dell'eventuale passaggio in RSA. Come per le soluzioni di vita assistita, l'istituzionalizzazione può essere proposta soprattutto quando il peggioramento delle limitazioni funzionali nelle BADL superi una certa soglia, imponendo ad esempio l'utilizzo contemporaneo di due operatori professionali nelle funzioni più critiche: imboccamento, trasferimenti letto-sedia, utilizzo dei servizi igienici, mobilità nel letto. Possono risultare ancora compatibili difficoltà nelle BADL, che richiedano solo supervisione, organizzazione o assistenza di entità limitata o il semplice aiuto nel bagno assistito.

Soluzioni per la vita assistita

Sono quelli oggi più diffusi o in via di diffusione, soprattutto in Lombardia. In qualche modo, garantiscono risposta a una domanda in questo momento più sicura, che fa riferimento ad anziani già disabili e già presi in carico in maniera più strutturata dalle rispettive famiglie; questo, soprattutto con l'aiuto del lavoro privato di cura. Non raramente, si tratta di persone già in lista di attesa

APPENDICE 2 - TRE MODELLI DI RESIDENZIALITÀ POSSIBILI



Casa di accoglienza Achille Papa (Brescia), foto FHS

per RSA o già in carico a CDI, che ritardano l'ingresso in soluzioni residenziali più complesse per mancanza di posti (oggi, questo avviene solo in alcune ASL lombarde; in altre le liste di attesa sono assenti o in forte riduzione), per le resistenze della persona e della famiglia all'istituzionalizzazione o per l'eccessiva onerosità delle rette alberghiere delle RSA. In questo caso, la ricerca di soluzioni più economiche può spingere le famiglie a ricorrere a soluzioni di residenzialità leggera, anche per anziani portatori di disabilità maggiori. Le strutture di piccole dimensioni e a organizzazione domestica e familiare sono in genere più gradite, soprattutto perché sembrano in grado di garantire una maggiore personalizzazione delle cure richieste. È anche ricercata e apprezzata la vicinanza della struttura al domicilio naturale della persona o della famiglia. Nella relazione con le strutture comunitarie, la famiglia resta una presenza forte, che vuole mantenere un buon controllo della situazione complessiva e interagisce in genere in modo attivo con gli operatori e gli enti gestori. Si tratta di una dimensione già sottolineata dalla letteratura e che si ripropone in modo simile in molte esperienze internazionali.

Modelli scientifici di riferimento

Assisted Living e Assisted Living Facilities, Assisted Living Communities, Residential Facilities. In Europa: Residenze comunitarie, Residenze comunitarie con supporti socio-assistenziali o socio-sanitari di base. Residenze comunitarie a media-alta intensità sanitaria. *Hospices.*

Buone pratiche di riferimento

Hotel Care (Olanda), *Residential Care Homes* (Gran Bretagna), *Etablissement d'Hébergement Personnes Agées Dépendantes* (Francia), *Residential Care with Care-Nursing Homes* (Gran Bretagna), *La Grande Chêne*, *Casa Anna Haag*, *Alcacer do Sal* (Portogallo).

Obiettivi primari

Accogliere anziani con disabilità già presenti, che richiedano servizi alla persona di entità limitata: aiuto nel cammino, igiene personale, uso del bagno e dei servizi igienici, preparazione dei pasti. Garantire sostegno a famiglie impegnate nel lavoro di cura con anziani o ad anziani soli con esigenze di sostegno assistenziale. Integrare o sostituire, per periodi più o meno lunghi, il lavoro privato di cura. Superare criticità assistenziali temporanee: fratture arti superiori in anziani soli, fratture minori degli arti inferiori, instabilità posturale. Facilitare il riadattamento alla vita quotidiana dopo ricoveri riabilitativi.

Popolazione di riferimento

Anziani di età mediamente superiore agli 80 anni, con possibilità di accogliere anche persone con età diverse. Difficoltà già esistenti nelle BADL, che richiedano supervisione, organizzazione o assistenza di entità limitata. Vanno adottate particolari cautele nell'ammissione di anziani che necessitino di assistenza elevata, con particolare riferimento a quelle limitazioni che impongano l'utilizzo contemporaneo di due operatori professionali, soprattutto nelle funzioni più critiche: imboccamento, trasferimenti letto-sedia, utilizzo dei servizi igienici, mobilità nel letto. È possibile l'accoglienza di persone con demenza, in assenza di gravi anomalie comportamentali (vocalizzazione incessante, resistenza alle cure, irrequietezza motoria). Sono accettabili l'affaccendamento e il vagabondaggio afinalistici, purché la struttura abbia caratteristiche progettuali adeguate e gli operatori dotati di formazione specifica. Sono compatibili le comorbidità più comuni (diabete, ipertensione, vasculopatie, cardiopatie in buon compenso, altro) purché stabili sotto il piano clinico e con livello di autonomia compatibile. Persone con nota instabilità clinica vanno indirizzate verso servizi più idonei.

Numerosità stimabile delle popolazioni di riferimento

In Lombardia, 232.000 anziani fragili con disabilità (Studio SHARE). 190.000 anziani con fragilità elevata con reti di sostegno presenti (IRER, 2000). 391.000 ultra85enni con possibile totale disabilità nelle IADL (Micheli). Stime locali da condividere con servizi comunali e ASL.

Specifiche architettoniche

Organizzazione per camere singole con bagno personale. Superficie minima 30 mq. La stessa organizzazione è compatibile con strutture organizzate in miniappartamenti di superficie paragonabile o lievemente superiore. Assenza di barriere architettoniche. Servizi igienici per disabili, con supporti. Utile locale per bagno assistito con mezza vasca. Spazi comuni: soggiorno/sala da pranzo, locali per visite e socializzazione. Locale di piano per operatori in servizio e centrale organizzativa, eventuali locali aggiuntivi per attività diverse. Magazzini, locali di servizio, spogliatoi per il personale, suddivisione fra percorsi sporco/pulito. Uffici amministrativi e di prima accoglienza. Percorsi (corridoi, accessi, spazi esterni) tutelati da corrimani e di larghezza sufficiente a permettere la rotazione di una carrozzina. Pavimenti senza discontinuità, di colore omogeneo, contrastanti con le superfici verticali. Cambiamenti di colore delle superfici di calpestio utili a segnalare situazioni di potenziale pericolo e il passaggio verso ambienti esterni. Colorazioni delle superfici verticali per favorire l'orientamento di persone con compromissioni della vista o delle funzioni mentali superiori. Percorsi ad anello arricchiti da luoghi d'interesse e spazi di riposo. Spazi esterni attrezzati per disabili, arricchiti da luoghi d'interesse e sosta e da spazi per attività comuni. Nel caso di servizi che si propongano di accogliere anziani con demenza, è bene progettare i percorsi esterni con modalità ad anello, senza *cul de sac* o pericolo di uscita accidentale e non controllabile dal complesso. Deve essere evitata la possibilità di raggiungere il varco di accesso e uscita in modo non controllabile o accidentale.

Arredi e dotazioni specifiche di minima

Letto ad altezza variabile, meglio se a controllo elettrico, a due o tre snodi con sponde sollevabili in due sezioni distinte. Sollevatori a binario (a soffitto) o, in subordine, un sollevatore a carrello ogni 10 ospiti. Armadi con serratura per garantire la corretta conservazione della documentazione e dei farmaci personali. Dotazioni e ausili per disabili. Utile un locale per il bagno assistito con mezza vasca.

Personalizzazione

Possibile per i complementi di arredo. Standardizzazione per le restanti necessità.

Domotica e sicurezza

Sistemi di chiamata. Eventuali sistemi di osservazione e ascolto a distanza (richiedono il consenso delle persone, non utilizzabili per il controllo del personale). Sistemi di controllo del posizionamento a letto con sensori impedenzometrici.

APPENDICE 2 - TRE MODELLI DI RESIDENZIALITÀ POSSIBILI

Localizzazione e dotazione

Spazi esterni fruibili e protetti. Percorsi ad anello arricchiti da luoghi d'interesse e spazi di riposo. Parcheggio per familiari e operatori.

Dimensionamento

Superficie minima della camera 30 mq. Da un minimo di 10 a un massimo di 20 (preferibile) posti letto. È possibile, ma non sempre consigliabile, progettare interventi di consistenza maggiore procedendo per multipli compatibili con l'organizzazione del lavoro, con particolare riferimento alla necessità di garantire in ogni turno di servizi il numero minimo di operatori professionali compatibile con le esigenze degli ospiti più compromessi e dei tempi di lavoro necessari. È consigliabile non superare i 30 posti letto complessivi per garantire qualità alle relazioni, favorire un'impresione familiare e domestica e migliorare la personalizzazione delle cure.

Servizi di base

Assistenza h24 con operatori ASA o OSS. Servizi di sanificazione (pulizia delle camere e degli spazi comuni, lavanderia), servizi alberghieri (preparazione dei pasti, governo delle camere, rifacimento dei letti), servizi alla persona (supervisione, organizzazione, igiene personale, mobilitazione assistita, accompagnamento ai servizi igienici, monitoraggio), animazione del tempo libero. Supervisione infermieristica (aiuto nella somministrazione delle terapie, interazione con il medico e gli specialisti curanti, piccole medicazioni, monitoraggio delle variabili fisiologiche di base). Interventi sanitari maggiori devono essere garantiti dai servizi di comunità. La persona resta a carico del proprio MMG. Funzioni amministrative e sociali: ammissioni e dimissioni, relazioni con le famiglie e i servizi di riferimento, *case-management* e mediazione di rete. Presenza attiva: almeno un operatore addetto ai servizi alla persona presente per ogni turno di servizio. Minuti di assistenza settimanali di minima compresi da 511 a 875 minuti settimanali per ospite (tempi compatibili con i RUG da 44 a 37). La stima dei minuti di assistenza va calcolata mantenendo come base la presenza minima di un operatore per turno sui tre turni giornalieri, 7 gg/7 (10.080 minuti/settimanali). Partendo da questo dato è possibile stimare il tempo di assistenza di base rispetto ai posti letto previsti (ad esempio, per 10 posti letto si deriveranno 1.008 min/sett per ospite; per 15 672 min/sett per ospite, per 20 504 min/sett per ospite). Per garantire una maggiore personalizzazione delle cure può essere mantenuta, compatibilmente con la sostenibilità economica, una moderata eccedenza rispetto ai tempi assistenziali di minima, che può essere garantita da operatori con professionalità diversa: educatore, infermiere con ruolo di supervisione, volontari. La presenza infermieristica non dovrebbe eccedere i 60 minuti giornalieri.

Professionalità

ASA/OSS per i servizi alla persona. Può essere utile disporre di un medico geriatra consulente e di un assistente sociale consulente per la gestione delle ammissioni/dimissioni e delle relazioni istituzionali. Le stesse funzioni possono essere condivise con un eventuale CDI integrato nella struttura. Operatori alberghieri per la preparazione pasti (o servizi di *catering*) e operatori per la sanificazione degli ambienti. Animatore/Educatore. Infermiere Professionale.

Possibili integrazioni a richiesta

Servizi di trasporto, funzioni di mediazione di rete e *case-management* professionale. I servizi di tipo sanitario o riabilitativo devono essere garantiti dai normali servizi territoriali. In alternativa, possono essere utilizzati anche alcuni servizi di un CDI integrato nella struttura.

Possibili integrazioni con altri servizi sociali e sanitari

Servizio sociale per il governo delle ammissioni, il *case management* e per le mediazioni di rete. Centro diurno e diurno integrato. Servizi domiciliari sociali e socio-sanitari proiettati verso la comunità. Servizi infermieristici o riabilitativi ambulatoriali aperti alla popolazione esterna. Ambulatori messi a disposizione dei servizi



di medicina generale, cure primarie territoriali e continuità assistenziale. Spazi di aggregazione aperti alla popolazione esterna.

Collegamenti istituzionali

Comuni e servizi sociali comunali, ASL, medicina generale (CREG, ADP, ADI, PUA), medicina di gruppo, SAD, ADI.

Durata dell'accoglienza

Breve periodo (3 mesi-1 anno).

Costi di realizzazione

Compatibili con quelli necessari per la realizzazione di strutture assistenziali professionali.

Consumo di territorio

È preferibile il recupero di stabili d'interesse o interventi di riqualificazione urbanistica, purché compatibili con le esigenze di localizzazione.

Costi di gestione

Ammortamenti, manutenzione straordinaria, interventi di base, amministrazione, utenze, servizi alberghieri, servizi alla persona, etc.

Affitti o rette

La retta giornaliera dovrebbe essere inferiore a quella media delle RSA del territorio di riferimento, con l'eventuale integrazione al reddito da parte dei servizi sociali comunali nei casi appropriati. L'integrazione con i servizi di comunità ASL, può prevedere la proposta all'ASL di riferimento di adottare in forma sperimentale l'erogazione di un *voucher* di comunità che tuteli alcune funzioni socio-sanitarie (terapie, monitoraggio, servizi alla persona) favorendo l'offerta di tariffe alberghiere più contenute o arricchendo l'offerta di servizi. Esigenze sanitarie o riabilitative di livello superiore possono essere tutelate dall'erogazione dei *voucher* specifici previsti dalla normativa sui servizi ADI. L'accoglienza è compatibile con il mantenimento dell'indennità di accompagnamento.

Accreditamento

Oggi non possibile. In futuro, sociale o socio-sanitario. Si tratta di una soluzione coerente con molte indicazioni della DGR 116/2013.

RUG compatibili

Funzione fisica ridotta, RUG da 44 a 37, ADL da 4 a 15. MAPLe da moderato a elevato.

Attenzioni progettuali e possibili criticità

È indispensabile mantenere confini chiari e ben distinti rispetto al ruolo e agli obiettivi di una RSA. Le residenze comunitarie non sono RSA a basso profilo o minore intensità ma soluzioni orientate a favorire le autonomie e garantire cure più personalizzate, con l'obiettivo di restituire la persona alla comunità, mantenendo, se necessario, una continuità di relazione. È bene, quindi, evitare di integrare prestazioni sanitarie inappropriate, mantenendo fede alla prevalente natura sociale degli interventi. I compiti sanitari, anche di sorveglianza della stabilità clinica, vanno assegnati rigorosamente ai sistemi di cure primarie e alla medicina specialistica territoriale. Anche le dimensioni della struttura devono essere contenute, anche in questo caso per valorizzare la personalizzazione degli interventi e rendere più chiara la differenza rispetto ai servizi istituzionali. Le dimensioni eccessive, permettono economie di scala, ma attraverso razionalizzazioni del metodo di lavoro e l'adozione di processi e tempi standardizzati, avvicinando il metodo e il modello di accoglienza a quello proprio delle strutture istituzionali.

È utile, inoltre, prestare particolare attenzione alla vicinanza geografica della struttura alla comunità di riferimento, evitando – se non in casi molto particolari – l'ac-

APPENDICE 2 - TRE MODELLI DI RESIDENZIALITÀ POSSIBILI

coglienza di persone provenienti da altri territori. La vicinanza è un valore aggiunto gradito a persone e famiglie, che facilita il sostegno al lavoro di cura domestico e il superamento positivo di eventuali criticità intercorrenti. Il metodo di lavoro deve inoltre privilegiare la qualità delle relazioni, prima ancora che la capacità di garantire tutte le risposte possibili o la qualità, soprattutto sanitaria, dell'offerta. Per lo stesso motivo, il coinvolgimento dei familiari è decisivo. Si tratta di famiglie già impegnate nel lavoro di cura e che devono rispondere a criticità che ritengono temporanee. La partecipazione va favorita e rappresenta anch'essa un valore aggiunto desiderato. Il privilegio della relazione favorisce anche la personalizzazione, così come il mantenimento delle dimensioni dell'esperienza entro confini contenuti. Si tratta in ogni caso di strutture con ridotti margini di remunerazione. È quindi necessaria una particolare cautela nel governo delle ammissioni, l'adozione di un buon metodo organizzativo e di un attento governo dei tempi di assistenza. Alcune limitazioni di autonomia sono per loro natura incompatibili con modelli organizzativi leggeri: la totale dipendenza nei trasferimenti letto-sedia, la necessità di essere imboccati, la necessità di programmi di modificazione delle posture a letto, la totale incapacità di utilizzare i servizi igienici sono limitazioni che impongono più spesso équipe composte da due persone, anche durante la notte, raddoppiando in genere le presenze sui tre turni e in misura superiore l'organico complessivo. Competenza ed esperienza degli operatori favoriscono l'ottimizzazione dei tempi di assistenza. L'incertezza normativa rende ancora più importante la partecipazione istituzionale anche nella fase progettuale; è bene condividere con ASL, comuni e medici di famiglia tutte le fasi di sviluppo del progetto e i suoi obiettivi e confini. Una buona copertura istituzionale favorisce l'utilizzo dei sistemi di finanziamento integrativi (*voucher*, buoni, fondi sperimentali, FNA) e rappresenta una garanzia rispetto ai sistemi di vigilanza (ASL, NAS). L'integrazione della soluzione comunitaria con CDI ed erogatore accreditato per i servizi domiciliari è una soluzione spesso adottata dalle esperienze più recenti; garantisce maggiore solidità normativa, economie di scala, un più ampio spettro di soluzioni possibili e un più solido radicamento territoriale. Nella situazione attuale, non si tratta più di esperienze integralmente gestibili da realtà di volontariato o erogabili in forma gratuita. Piuttosto, rappresentano un terreno privilegiato di buona collaborazione fra attori professionali e organizzazioni di volontariato, che migliora l'efficacia di entrambi senza limitare la qualità e continuità delle risposte fornite.



Monolocali di Via Turati (Bollate), foto FHS

RINGRAZIAMENTI

Il gruppo di lavoro rivolge un particolare ringraziamento per il sostegno e il contributo a tutte le fasi della ricerca a: Franca Carminati (Caritas Ambrosiana); Gabriella Bellini e Anna Spatola (Comune di Brescia); Rossana Ronzoni (Politecnico di Milano); Rosemarie Tidoli (Lombardia Sociale, Milano); Cristiano Gori (Lombardia Sociale, Milano); Gianbattista Guerrini (Fondazione Brescia Solidale, Brescia).

Hanno partecipato alla rilevazione dei dati e allo sviluppo dei temi trattati:

- Floriana Malvezzi e Ettore Vittorio Uccellini (Azienda Sociale Cremonese, Cremona);
- Paola Diciaula (Comune di Paullo);
- Fulvio Sanvito, Claudia Pattarini e Luca Bassi (Cooperativa L'Arcobaleno, Lecco);
- Elena Del Re (Cooperativa L'Arca, Chiavenna);
- Marco Predazzi e Rita Nichele (Il Melo, Gallarate);
- Graziella Saracco, Giovanni Mazzocchi e Giuseppe Calvano (Comune di Milano);
- Aurelia Riva (ASP Terza Età, Milano);
- Virginia Bozzi, Giulia Fasciolo, Giovanna Moretti e Anna Miori (Amici della Casa di accoglienza S. Ambrogio, Milano);
- Antonella Gaspari e Sylvie Barret (Casa Madonnina Cedri, Legnano);
- Carlo Monticelli, Francesco Moretti, Guido Giancola e Giancarlo Silva Confalonieri (Abbeyfield Italia, Milano);
- Rita Origo, Sara Mariazzi e Cristina Cortesi (Cooperativa Simone De Beauvoir, Milano);
- Sandra Buralli e Tiziana Cappiello (Cooperativa Prontocura, Cremona);
- Elena Cocchi e Claudia Anselmi (Cooperativa L'Oasi, Grumello Cremonese);
- Luisa Sironi e Giuseppina Buratti (AVSA, Cornate d'Adda);
- Daniele Gagliano (Cooperativa L'Approdo, Milano);
- Danilo Stagi e Giuseppe Gilio (Hotel Adda, Paderno d'Adda);
- Vincenza Scaccabarozzi (Cooperativa La Rotonda, Vimercate);
- Marco Parenti, Marta Plebani, Alfredo De Amicis, Cristian Moretto (Gruppo Segesta, Milano);
- Flavio Valli e Barbara Brignoli (Cooperativa Servire, Treviolo);
- Luca Pozzi e Roberto Mauri (Cooperativa La Meridiana, Monza);
- Paolo Vercesi (Pii Istituti Unificati, Belgioioso);
- Riccardo Mauri (Comunità di Sant'Egidio, Milano);
- Roberta Barilli (Cremona Solidale, Cremona);
- Ivan Scaratti (ASP Bruno Pari, Ostiano);
- Gianfranco Nicora (Fondazione Aletti Beccalli Mosca, Castronno);
- Antonio Musto (Cooperativa CRM, Milano).



Foto FHS

BIBLIOGRAFIA

- AALTCI - American Association for Long-Term Care Insurance (2008), *Long Term Care Insurance Partnership Plans*. www.aaltci.org.
- Agenzia Regionale di Sanità della Toscana (2009), *Il bisogno socio-sanitario degli anziani in Toscana. I risultati dello studio epidemiologico di popolazione BISS*. Firenze: Documenti dell'Agenzia Regionale di Sanità della Toscana.
- Ambrosini M. (2013), *Immigrazione irregolare e welfare invisibile. Il lavoro di cura attraverso le frontiere*. Bologna: il Mulino.
- ASHA - American Seniors Housing Association (2009), *The Independent Living Report*. Washington DC: ASHA.
- Auser (2012), *Indagine sulle RSA in Italia*. Roma: Auser.
- Avilla-Funes J. A. (2008), Frailty Among Community-Dwelling Elderly People in France: The Three-City Study. *The Journals of Gerontology, Series A: Biological Sciences and Medical Sciences*, 63, 10: 1089-1096.
- Bagarolo R. (2007), Gestione della complessità e instabilità clinica in RSA. *I Luoghi della cura*, 2, 5: 12-15.
- Brayne C. (2006), Cohort Profile: The Medical Research Council Cognitive Function and Ageing Study (CFAS). *International Journal of Epidemiology*, 35, 5: 1140-1145.
- Bressan L. (2000), La sfida di abitare il territorio. Atti del convegno della Caritas Ambrosiana, *Anzianità: dono, benedizione e compito*. Milano, maggio.
- Brizioli E. (2013), La costruzione di un sistema tariffario per le RSA basato sui RUG. In: Pesaresi F. (a cura di), *RSA – Residenze sanitarie assistenziali*. Santarcangelo di Romagna: Maggioli. 151-165.
- Bynum J. P. (2011), Fewer hospitalizations result when primary care is highly integrated into a continuing care retirement community. *Health Affairs*, 30, 5: 975-984.
- Campbell A. J. (1997), Unstable disability and the fluctuations of frailty. *Age and Ageing*, 26, 4: 315-318.
- Caritas Ambrosiana, Consorzio Farsi Prossimo (2001), Atti del convegno *Anziani fragili e interventi di rete. Sperimentare un servizio di prossimità*. Milano, Dicembre.
- Censis (2008). *Social Housing e agenzie pubbliche per la casa*. Roma: Dexia Creditop, Federcasa.
- Cesari M. (2006), Frailty syndrome and skeletal muscle: results from the "Invecchiare in Chianti" study. *The American Journal of Clinical Nutrition*, 83, 5: 1142-1148.
- Cocco F., Pibiri R. (2011), Residenze sociali con servizi per anziani. Il modello della "vivienda dotacional" del Comune di Barcellona. Atti del convegno *Innovare il welfare. Percorsi di trasformazione in Italia e in Europa, Espanet Conference*. Milano, settembre-ottobre.

- Coe N. B. (2012a), *Cost and concerns among residents in senior housing and care communities: evidence from the Resident Financial Survey*. Boston: Center for Retirement Research at Boston College.
- Coe N. B. (2012b), *Residents in Seniors Housing and Care Communities: Overview of the Residents Financial Survey*. Boston: Center for Retirement Research at Boston College.
- Consiglio Federale Confederazione Elvetica (2007), *Strategia in materia di politica della vecchiaia*. Berna: Consiglio Federale.
- Cooper C. (2012), Hertfordshire Cohort Study website.
- Cooper J. (2010), Aging in place: issues facing Manitoba seniors. *Centre on Aging, 27th Annual spring research symposium*. Held at Winnipeg, Manitoba Canada, May.
- Council of the European Union (2009), *European Conference on Healthy and Dignified Ageing*. Held at Stockholm, Sweden, September.
- Di Giulio P. (2008), Dying with advanced dementia in long-term care geriatric institutions: a retrospective study. *Journal of Palliative Medicine*, 11, 7: 1023-1028.
- EAPC - European Association of Palliative Care (2013), *Palliative Care in Long-Term Care Settings for Older People, EAPC Taskforce 2010-2012, Final Report*. Milan: EAPC.
- France Bleu (2014), Des logements réaménagés pour les personnes âgées. www.francebleu.fr.
- Fried L. P. (2001), Frailty in older adults: Evidence for a phenotype. *The Journals of Gerontology, Series A: Biological and Medical Sciences*, 56, 3: 146-157.
- Fried L. P. (2004), Untangling the concepts of disability, frailty, and comorbidity: implications for improved targeting and care. *The Journals of Gerontology, Series A: Biological and Medical Sciences*, 59, 3: 255-263.
- Fries J. F. (1980), Aging, natural death and the compression of morbidity. *The New England Journal of Medicine*, 303, 3: 130-135.
- Fries J. F. (1989), Health promotion and the compression of disability. *The Lancet*, 98, 7: 1163-1166.
- Gaines J. M. (2011), Health and medical services use: a matched case comparison between CCRC residents and national health and retirement study samples. *Journal of Gerontological Social Work*, 54, 8: 788-802.
- GAO, US Government Accountability Office (2010), *Older Americans. Continuing Care Retirement Communities can provide benefits, but not without some risk. Report to chairman, Special Committee on Aging, US Senate*. Washington DC: GAO.
- Genworth (2013), *Cost of care survey. Home care providers, Adult Day Health Care Facilities, Assisted Living Facilities and Nursing Homes, Tenth Edition*. New York: Genworth Financial.

BIBLIOGRAFIA

- Gill T. M. (2006), The dynamic nature of mobility disability in older persons. *Journal of the American Geriatrics Society*, 54, 2: 248-254.
- Gill T. M. (2008), Evaluating disability over discrete periods of time. *The Journals of Gerontology, Series A: Biological Sciences and Medical Sciences*, 63, 6: 588-594.
- Gill T. M. (2010), Assessment of Function and Disability in Longitudinal Studies. *Journal of the American Geriatrics Society*, 58, 2: 308-312.
- Gilleard C. (2007), The impact of age, place, aging in place, and attachment to place on the well-being of the over 50s in England. *Journal of Aging Research*, 29, 6: 590-605.
- Grabowski D. C. (2012), Assisted living expansion and the market for nursing home care. *Health Service Research*, 47, 6: 2296-2315.
- Greene K. (2010), Continuing-Care Retirement Communities: Weighing the Risks. *The Wall Street Journal*, online.
- Gruber-Baldini A. L. (2004), Behavioral symptoms in residential care/assisted living facilities: prevalence, risk factors, and medication management. *Journal of the American Geriatrics Society*, 52, 10: 1610-1617.
- Guaita A. (2000), La salute. In: IReR (a cura di), *Anziani: stato di salute e reti sociali*. Milano: Guerini. 57-108.
- Guaita A. (2005), La residenzialità per anziani. In: Gori C. (a cura di), *Politiche sociali di centro-destra. La riforma del welfare lombardo*. Roma: Carocci. Cap. 10.
- Guaita A. (2010), I bisogni e le risposte. In: Network Non Autosufficienza (a cura di), *L'assistenza agli anziani non autosufficienti in Italia, 1° Rapporto*. Santarcangelo di Romagna: Maggioli. 167-180.
- Guaita A. (2011), Epidemiologia dei residenti nelle strutture. In: Network Non Autosufficienza (a cura di), *L'assistenza agli anziani non autosufficienti. 3° Rapporto*. Santarcangelo di Romagna: Maggioli.
- Guerrini G. (2010), I servizi residenziali. In: Gori C. (a cura di), *Come cambia il welfare lombardo. Una valutazione delle politiche regionali*. Santarcangelo di Romagna: Maggioli.
- Guralnik J. M. (1995), The women's health and aging study. Health and social characteristics of older women with disability. Bethesda, MD: National Institute on Aging, *NIH Publication* n. 95-4009.
- Houttekier D. (2010), Place of death of older persons with dementia. A study in five European countries. *Journal of the American Geriatrics Society*, 58, 4: 751-756.
- Hirdes J. P., Poss J. W., Curtin-Telegdi N. (2008), The Method for Assigning Priority Levels (MAPLe): A New Decision-support System for Allocating Home Care Resources. *BMC Medicine*, 6:9. doi:10.1186/1741-7015-6-9.
- Jones A. L. (2009), The national nursing home survey: 2004 overview. *Vital Health Statistics*, 13, 167: 1-155.



Foto Geralt, Pixabay

- Jürschik Giménez P. (2001), Frailty criteria in the elderly: a pilot study. *Atención Primaria*, 43, 4: 190-196.
- Kang H. (2010), Anxiety, depression, and cognitive impairment in dementia-specific and traditional assisted living. *Journal of Gerontological Nursing*, 36, 1: 18-30.
- Karnekuull K. (2009), Senior Housing in Sweden. *The Journal Arkitecture*, 7.
- Kemp C.L. (2009), I get along with most of them: direct care workers' relationships with residents' families in assisted living. *The Gerontologist*, 49, 2: 224-235.
- King G. (2009), What older people want: evidence from a study of remote Scottish communities. *Rural and remote health*, 9, 2: 1166.
- KRC Research (2008), *LIFE survey*. Arlington VA: Life and Health Insurance Foundation for Education.
- Leading Age (2010), *Today's Continuing Care Retirement Community, CCRC Task Force*. Washington DC: ASHA-American Seniors Housing Association.
- Lobo A. (2000), Prevalence of dementia and major subtypes in Europe: a collaborative study of population based cohorts. *Neurology*, 54, 5: 4-9.
- Lopez S. (2009), La complessità e l'instabilità clinica nell'anziano istituzionalizzato. *Giornale di Gerontologia SIGG*, 57, 1: 23-32.
- Maltais D. (1989), *Maintaining seniors independence: a guide to home adaptations*. Ottawa: Canada Mortgage and Housing Corporation.
- Mather LifeWays Institute on Aging (2011), *National survey of family members of resident living in Continuing Care Retirement Communities*. Evanston IL: Brecht Associates, Mather LifeWays Institute on Aging & Ziegler.
- Micheli G. A. (2004), Plasticità e stati d'animo. Sotto la dimensione cognitiva della perdita di autonomia. *I luoghi della cura*, 2: 20-25.
- Ministero della Salute (2007), *Prestazioni residenziali e semiresidenziali. Relazione finale del sottogruppo Mattone 12*. Roma: Progetto Mattoni SSN.

BIBLIOGRAFIA

- Mitchell S. (2005), A national study of the location of death for older persons with dementia. *Journal of the American Geriatrics Society*, 53, 2: 299-305.
- Mitchell S. (2006), Advanced dementia research in the nursing home: the CASCADE study. *Alzheimer Disease and Associated Disorders*, 20, 3: 166-176.
- Mitty E. (2010), Nursing delegation and medication administration in assisted living. *Nursing Administration Quarterly*, 34, 2: 162-71.
- Mollica R. L. (2009), *State Medicaid reimbursement policies and practices in assisted living. Prepared for National Center for Assisted Living*. Washington: American Health Care Association.
- Mwangi S. M., Straker J. K. (2011), *Ohio CCRCs in the economic downturn*. Oxford: Scripps Gerontology Centre.
- Network Non Autosufficienza (2011), *L'assistenza agli anziani non autosufficienti in Italia. Il monitoraggio degli interventi e il punto sulla residenzialità*. Santarcangelo di Romagna: Maggioli.
- OECD (2003), *Ageing, Housing and Urban Development*. Paris: OECD publishing.
- OMS (2012), Strategie e piano di azione per l'invecchiamento sano in Europa 2012-2020. Organizzazione Mondiale della Sanità, Comitato regionale europeo, Sessantaduesima sessione.
- ONU (1999a), *Verso una società per tutte le età. Anno Internazionale delle Persone Anziane 1999*. New York: ONU.
- ONU (1999b), *Verso una società per tutte le età. Anno Internazionale delle Persone Anziane 1999, Piano d'azione internazionale sull'invecchiamento*. New York: ONU.
- Park-Lee E. (2011), Residential Care Facilities: A Key Sector in the Spectrum of Long-term Care Providers in the United States. Atlanta, CDC - Centers for Disease Control and Prevention, *NCHS Data Brief* n. 78.
- Parker-Oliver D. (2002), Hospice experience and perceptions in nursing homes. *Journal of Palliative care & Medicine*, 5, 5: 713-720.
- Parker-Oliver D. (2003), Hospice and non-hospice nursing home residents. *Journal of Palliative care & Medicine*, 6, 1: 69-75.
- Pasquinelli S. (2008), Badanti: la nuova generazione. Caratteristiche e tendenze del lavoro privato di cura. Milano: Istituto per la Ricerca Sociale.
- Pesaresi F. (2013), *RSA - Residenze sanitarie assistenziali*. Maggioli: Santarcangelo di Romagna.
- Patel H. P. (2010), Hertfordshire sarcopenia study: design and methods. *BMC Geriatrics*, 10: 43-50.
- Pesaresi F. (2003), Servizi domiciliari e residenziali per gli anziani non autosufficienti in Europa. In: Pesaresi F. (a cura di), *Tendenze nuove* 4-5. Bologna: il Mulino. 459-487.

- Pesaresi F. (2009), I servizi residenziali. In: Network Non Autosufficienza (a cura di), *L'assistenza agli anziani non autosufficienti in Italia. Rapporto 2009*. Santarcangelo di Romagna: Maggioli.
- Polzer K. (2013), *Assisted Living State Regulatory Review*. Washington DC: NCAL, National Center for Assisted Living.
- Porrero Placencia I. (1998), *Improving the quality of life for European citizen. Technology for inclusive design and equality*. Brussels: IOS Press.
- Predazzi M. (2000), *Des lieux et des modes de vie pour les personnes âgées*. Brussels: European Union.
- Predazzi M. (2001), *Architectural designs to counter discrimination for the habitat of the third millennium. Towards a society for all ages*. Brussels: European Union.
- Predazzi M. (2002), La cultura dell'arco di vita. In: Guerri A. (a cura di), *Living and curing old age in the world*. Genova: ERGA.
- Predazzi M. (2013), *Arco di vita e habitat in Europa. Realtà, tendenze e ipotesi progettuali*. Milano: Fondazione Housing Sociale.
- Rapp A. (2011), Una residenza d'avanguardia per anziani in Alcacer do Sal. *Domus*, 24: Febbraio.
- Rockwood K. (2006), Long-term risks of death and institutionalization of elderly people in relation to deficit accumulation at age 70. *Journal of American Geriatric Society*, 54, 6: 975-979.
- Rothgang H. (2003), Long-term care for older people in Germany. Description of the German long-term care projection model. In: Comas-Herrera A., Wittenberg R. (eds.), *European Study of Long-Term Care Expenditure*. London: London School of Economics, *PSSRU Discussion Paper* n.1840, pp. 24-42 e 94-101.
- Rusmini G. (2013), Quante sono le badanti in Italia? *Qualificare, Newsletter sul lavoro privato di cura*. www.qualificare.info.
- Santos-Eggimann B. (2009), Prevalence of frailty in middle-aged and older community-dwelling Europeans living in 10 countries. *Journals of Gerontology, Series A: Biological and Medical Sciences*, 64A, 6: 675-681.
- Scortegagna R. (2013), Uno sguardo etico e politico che interroga il lavoro sugli anziani. La resistenza a ogni istituzionalizzazione. Atti del convegno *Verso nuovi modelli di residenzialità con persone anziane*, Koinè, Animazione Sociale, Arezzo, Maggio.
- Sloane P. D. (2004), Medication under treatment in assisted living settings. *Archives of Internal Medicine*, 164, 18: 2031-2037.
- Sloane P. D. (2009), Dying with dementia in long-term care. *The Gerontologist*, 48, 6: 741-751.
- SIGG, Società Italiana di Geriatria e Gerontologia (2005), Linee guida della SIGG per le RSA. *Bollettino SIGG*, 2 (supplemento): 1-8.

BIBLIOGRAFIA

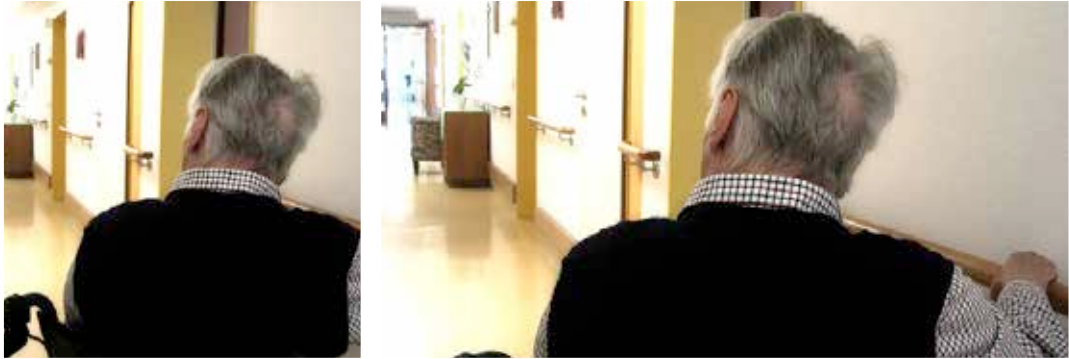


Foto Geralt, Pixabay

- Spitzer W. J. (2004), The coming of age for assisted living care: new options for senior housing and social work practice. *Social Work in Health Care*, 38, 3: 21-45.
- The American Elder Care Research Organization (2014), *Types of Senior Care: Definitions and Comparisons*. San Francisco: Paying for Senior Care.
- Unwin B. K. (2010), Nursing Home Care (Part I). Principles and pitfalls of practice. *American Family Physician*, 81, 10: 1219-1927.
- US Department of Health and Human Services (2007), *Residential Care and Assisted Living Compendium*. Washington DC: US DHHS.
- Van der Steen J. (2014), *White paper defining optimal palliative care in older people with dementia: a Delphi study and recommendations from the European Association for Palliative Care*. www.eapcnet.eu.
- Vergani C. (1997), *La nuova longevità*. Milano: Mondadori.
- WHO (2001), *Health ICF. International Classification of Functioning, Disability and Health*. Geneva: World Health Organization.
- WHO (2007), *Global age-friendly cities: a guide*. Genève: Word Health Organization.
- Wilson K. B. (2007), Historical evolution of assisted living in the United States, 1979 to the present. *The Gerontologist*, 47, 3: 8-22.
- Young H. M. (2008), Types, prevalence, and potential clinical significance of medication administration errors in assisted living. *Journal of the American Geriatrics Society*, 56, 7: 1199-1205.
- Young Y. (2009), Factors associated with permanent transition from independent living to nursing home in a continuing care retirement community. *Journal of the American Medical Directors Association*, 10, 7: 491-497.
- Young Y. (2010), Comparison study on functional outcomes and perceived quality of life between all-inclusive and fee-for-service continuing care retirement communities. *Journal of the American Medical Directors Association*, 11, 4: 257-262.

Ziegler Capital Market (2009), *The Ziegler National CCRC Listing & Profile*. Chicago: BC Ziegler and Company.

Siti internet di approfondimento (Ultimo accesso il 20-02-2014)

Abbeyfield International, www.abbeyfieldinternational.com

Aging in Place and Senior Resources, www.seniorresource.com

American Association for Long-Term Care Insurance, www.aaltci.org

American Association of Homes and Services for the Aging, www.aahsa.org

Assisted Living Federation of America, www.alfa.org

Association des Cantou, www.entraidants.fr

Eldercare Locator, www.eldercare.gov

ElderPoint, Senior Living Solution, elderpoint.com

Ensemble2Génération Logement Intergénérationnel, www.ensemble2generations.fr

La Viedome, www.viedome.nl

Le Balloir Liège, www.maison-de-repos.be, <http://topsenior.jexiste.fr>

Le Foyer "Kangourou", Bruxelles, www.questionsante.be

Leading Age (In precedenza AASHA), Expanding the World of Possibilities for Aging, www.leadingage.org

National Caregivers Library, Types of Care Facilities, FamilyCare America, Richmond. www.caregiverslibrary.org.

National Library, MeSH (Medical Subject Headings), www.ncbi.nlm.nih.gov

National Library, PubMed, www.ncbi.nlm.nih.gov

Osservatorio Europeo del Social Housing 2008, CECODHAS, www.housingeu-rope.eu

SF-GetCare, Board and Care Homes, www.sfgetcare.com

SHARE, Survey of health, ageing and retirement in Europe, www.share-project.org

The Assisted Living Federation of America (ALFA), www.alfa.org

VieDome. Zorg, veilighedi an comfort on één domotica-oplossing. www.vie-dome.tv

Nella Collana QUADERNI DELL'OSSERVATORIO sono stati pubblicati i seguenti titoli, scaricabili sul sito www.fondazionecariplo.it/osservatorio.

Quaderno N.1 – Periferie, cultura e inclusione sociale

Quaderno N.2 – Il valore potenziale dei lasciti alle istituzioni di beneficenza

Quaderno N.3 – Stranieri si nasce...e si rimane?

Quaderno N.4 – Oltre la famiglia: strumenti per l'autonomia dei disabili

Quaderno N.5 – L'educazione finanziaria per i giovani

Quaderno N.6 – Ricerca scientifica in ambito biomedico

Quaderno N.7 – Servizi per l'infanzia

Quaderno N.8 – Assicurazione per persone con disabilità e loro famiglie

Quaderno N.9 – Progetti e politiche per la mobilità urbana sostenibile

Quaderno N.10 – Le organizzazioni culturali di fronte alla crisi

Quaderno N.11 – I Social Impact Bond

Quaderno N.12 – Lavoro e Psiche. Un progetto sperimentale per l'integrazione lavorativa di persone con gravi disturbi psichiatrici

Quaderno N.13 – Il bando "Audit energetico degli edifici di proprietà dei comuni piccoli e medi"

Quaderno N.14 – Infrastrutture di ricerca in Italia

Quaderno N.15 – Performance economica e sociale delle istituzioni di microfinanza: alcune evidenze empiriche

Quaderno N.16 – Cessione della nuda proprietà da parte di soggetti fragili: il possibile ruolo di un soggetto dedicato

Quaderno N.17 – Abitare leggero. Verso una nuova generazione di servizi per anziani

ABITARE LEGGERO
Verso una nuova generazione di servizi per anziani
licensed under a Creative Commons Attribuzione Condividi allo stesso modo 3.0 Unported License.

doi: 10.4460/2014quaderno17





fondazione
c a r i p l o