



Regione Umbria  
Assessorato alle Politiche sociali e abitative

## Fragilità sociali e non autosufficienza

*tracciato di discussione*

### 1. Lo scenario attuale

Il mutamento epocale caratterizzato dalla crisi di tutti i paradigmi che hanno governato le relazioni sociali (lavorative, familiari, educative) negli ultimi due secoli, ha generato incertezze e vulnerabilità precedentemente sconosciute. In particolare i processi di frammentazione e di “individualizzazione” hanno sottratto al dominio delle decisioni pubbliche la riproduzione delle condizioni della vita sociale con una ricaduta sul *legame sociale* in termini di debolezza e solitudini sociali.

La dinamica sociale è caratterizzata da trasformazioni tali, come di seguito sintetizzate, da produrre una diffusa “condizione di fragilità”, con una crescita del senso di insicurezza nella popolazione, oggi maggiormente esposta al rischio e alle difficoltà di inclusione sociale:

- cambiamenti del sistema produttivo, precarietà e flessibilità lavorativa,
- disoccupazione di lunga durata,
- mutamenti demografici (invecchiamento della popolazione, aumento dell’immigrazione),
- disuguaglianza persistente nell’accesso al lavoro tra uomini e donne,
- cambiamenti nelle forme di convivenza,
- rigidità del mercato abitativo,
- diverse disabilità,
- malattie sociali,
- nuove povertà (non solo debolezza economica, ma debolezza delle reti familiari, povertà relazionale).

E’ la combinazione di questi eventi negativi a determinare situazioni di svantaggio e di vulnerabilità sociale caratterizzate sia da bisogni materiali (la casa, il lavoro, il reddito) che da bisogni relazionali (crisi della famiglia, indebolimento delle reti primarie, solitudine).

In aggiunta, va sottolineato come la condizione di fragilità, vulnerabilità e di esclusione sociale non sia un dato uniforme, ma frutto di percorsi individualizzati (fortemente mediati dalle biografie individuali) così che, all’interno di uno stesso aggregato, vi sono disuguaglianze di posizioni sulle quali è necessario modulare le politiche, prevedendo una personalizzazione dei percorsi di reinserimento e di recupero dell’autonomia personale.

In sintesi, la concorrenza di più fattori biologici, psicologici, sociali, relazionali e ambientali contribuiscono a delineare le aree di benessere/malessere.

La condizione di non autosufficienza implica, oltre la riduzione e la perdita di autonomia per ragioni socio-ambientali, la limitazione a svolgere le funzioni essenziali della vita quotidiana, quali:

- le attività per la cura di sé (Activities of Daily Living – ADL)
- le attività strumentali (Instrumental Activities of daily Living – IADL)

Per misurare queste funzioni si utilizzano le scale che stabiliscono la quantità di aiuto necessaria affinché la persona possa svolgerle per sé. Gli strumenti più utilizzati per la valutazione del livello di capacità (o autosufficienza) sono, per l'ADL quello pubblicato nel 1963 da S. Katz e collaboratori, mentre per le IADL, la scala di Lawton e Brody (1969)<sup>1</sup>

La distribuzione per età mostra come la non autosufficienza sia fortemente correlata al fenomeno dell'invecchiamento progressivo della popolazione dovuto a due processi convergenti quali:

- l'allungamento della durata media della vita legata al miglioramento delle condizioni ambientali e dei progressi medico-scientifici<sup>2</sup>
- la diminuzione del tasso di natalità.

La non autosufficienza, non sovrapponibile automaticamente a tutta la disabilità, interessa in particolare due fasce di popolazione:

- gli anziani > 65 anni
- i disabili adulti

Sul versante dell'approccio culturale, di fronte alla complessità della condizione di non autonomia, la Regione Umbria ha scelto di superare impostazioni eccessivamente settoriali e di ricercare una lettura, sia dei bisogni che delle risposte, in grado di assumere "l'unitarietà della persona" secondo un modello di intervento integrato.

Dentro lo scenario sociale che propone nuove fragilità, disautonomie, disabilità, non autosufficienza, oggi, un problema di fondo che si pone alla responsabilità pubblica consiste nell'affrontare l'invecchiamento della popolazione, in quanto fenomeno epocale,

<sup>1</sup> Vedasi la normativa nazionale e regionale vigente, nonché il recente Documento del Ministero della Salute elaborato dalla Commissione Nazionale per la definizione e l'aggiornamento dei Livelli Essenziali di Assistenza.

<sup>2</sup> Il fenomeno della non autosufficienza, secondo i dati dell'Istat, coinvolge nel nostro Paese circa 2.800.000 persone, pari al 5,2% della popolazione dai 6 anni in su. La quasi totalità di questi soggetti (oltre 2.600.000) vive in casa, mentre i rimanenti sono ospiti di strutture residenziali. Circa il 44% dei non autosufficienti residenti in casa risulta, nella terminologia Istat, "confinato" cioè non in condizione di uscire di casa senza aiuto. Di questi, circa 500 mila sono "immobilizzati" a letto o su una sedia e 350 mila presentano un grado di non autosufficienza grave (almeno tre ADL mancanti, l'indicatore tradizionalmente utilizzato per misurare la non autosufficienza). La distribuzione per età mostra come la non autosufficienza interessi soprattutto, anche se non esclusivamente, gli anziani: gli ultrasessantacinquenni costituiscono oltre il 70% dei disabili, con una concentrazione relativa sulle forme più gravi. Molto diffusa tra i non autosufficienti, soprattutto nei grandi centri urbani, è la condizione di single e quella di famiglia con due soli componenti...."

Per i dati riferiti alla realtà umbra si rimanda alla collana "i quaderni dell'osservatorio Regione Umbria OSA e ai "Rapporti di Ricerca " Assessorato Sanità Regione Umbria.

strutturale, non reversibile, come “processo” cogliendone il carattere interattivo con il complessivo funzionamento del modello di vita, in termini di consumi, relazioni, tempi, produzione di beni, e nel ricercare, a partire da qui, un nuovo punto di assestamento dell'intero sistema sociale (riforma complessiva del welfare):

Per questa ragione, il mutamento demografico (e non semplicisticamente l'emergenza anziani) è stato assunto come punto prospettico per ridisegnare il modello di protezione sociale regionale e per delineare politiche appropriate alla complessità e alla diversificazione dei bisogni di una comunità che invecchia, in tal senso caratterizzata da:

- una crescita esponenziale dei bisogni di cura che, va sottolineato, gravano ancora in modo prevalente sulle figure femminili della famiglia
- una maggiore presenza di “anziani attivi” con abilità e competenze da spendere per sé e per gli altri

A fronte di ciò, la programmazione regionale è stata impostata su due fondamentali direttrici:

- la rete delle tutele (che si intreccia necessariamente con il comparto dei servizi sanitari)
- la promozione e il sostegno dell'invecchiamento attivo.

Rispetto al primo punto (la rete delle tutele), è stata posta una diversa attenzione al “contesto”, alla dimensione comunitaria territoriale e al sistema delle relazioni che le persone anziane possono intrattenere e dal quale dipende molto il loro star bene, in alternativa al potenziamento quantitativo delle strutture di ricovero. Una tendenza attestata anche dall'andamento della spesa sociale in Umbria.

Nei territori sono stati potenziati/avviati i servizi domiciliari (in particolare l'assistenza domiciliare leggera presente in tutti gli Ambiti territoriali) e aperti servizi di accoglienza di giorno utili per consentire alle persone di continuare a vivere nei loro luoghi e a supporto del lavoro di cura delle famiglie (servizi di sollievo).

Per quanto attiene al secondo punto (l'invecchiamento attivo), la modalità programmatoria promossa dai Piani di zona incentrata sul coinvolgimento sociale dei diversi soggetti, ha consentito di mettere a leva le competenze degli anziani attraverso la progettazione di apposite azioni dirette a reinvestirle negli stessi luoghi di vita, così che gli anziani hanno rappresentato, tra gli altri, un soggetto protagonista del miglioramento della qualità della vita degli stessi territori.

Ne sono espressione la diffusione sul territorio regionale di centri di aggregazione per la popolazione adulta/anziana e le associazioni di anziani che producono attività e servizi a valenza socio-culturale.

Vi sono, inoltre, altri aspetti della non autosufficienza disgiunti dai processi di invecchiamento che riguardano le persone adulte con disabilità.

La definizione di disabilità viene utilizzata spesso in maniera impropria, utilizzando termini non corretti che definiscono la persona: disabile, handicappato, invalido, inabile.

Inoltre, si evidenzia una differenza di riconoscimento sociale delle disabilità che investe le disabilità sensoriali, con una ricaduta diretta sulle politiche pubbliche

Con riferimento alla definizione di disabilità sancita dell'OMS, ICDH, in attesa che venga attuata la classificazione ICF, si riporta, per una lettura corretta, la sequenza di definizioni che vanno dalla menomazione all'handicap:

- la menomazione è il danno biologico che una persona riporta a seguito di una malattia (congenita o meno) o di un incidente;
- la disabilità è l'incapacità di svolgere le normali attività della vita quotidiana a seguito della menomazione;
- l'handicap è lo svantaggio sociale che deriva dall'avere una disabilità.

## 2. Criticità e questioni aperte

Il Piano sociale regionale prevede le seguenti tipologie di servizi innovativi:

- il *patto di cura*, una soluzione abitativa di tipo mutualistico, regolamentata da un contratto di assistenza curato dall'Ente locale, che consente a persone anziane fragili di condividere con altre persone adulte, appartenenti allo stesso contesto, lo spazio abitativo;
- le *case di quartiere* o centri di accoglienza di giorno, servizi sociali territoriali di accoglienza di giorno, polifunzionali, a supporto delle famiglie con persone anziane al loro interno che hanno bisogno di essere badate.
- le *residenze servite*, quali il gruppo appartamento e la casa famiglia, soluzioni abitative residenziali assimilabili alla convivenza familiare che si avvalgono del supporto dei servizi territoriali, per soggetti anziani con disautonomie.

Questi servizi innovativi, sono tutti assimilabili alla micro-residenzialità e propongono un nuovo modello di convivenza che consentirebbe di fronteggiare le situazioni di difficoltà che oggi vivono, in particolare, gli anziani con un'età elevata e in buone condizioni di salute (i grandi vecchi).

Premesso che queste tipologie di servizi non sono state ulteriormente disciplinate oltre il piano, è opportuno, in questa sede, indagare le ragioni per cui previsione di piano certamente innovativa non ha trovato ancora sufficiente sviluppo nei diversi Ambiti territoriali.

Rispetto alla non autosufficienza, si è perseguita la strada della disponibilità di servizi socio-sanitari, quali l'assistenza domiciliare integrata e una residenzialità protetta, modulata sui diversi gradi di intensità assistenziale rispetto alla complessità del bisogno:

- la Residenza Sanitaria Assistenziale,
- la Residenza Protetta,
- il Centro Diurno

E' recente l'attivazione di quattro Centri diurni Alzheimer, nei rispettivi territori di riferimento delle quattro Aziende USL.

Queste tipologie di servizio socio-sanitario, pur essendo regolamentate, richiederebbero una verifica di qualità per valutarne l'appropriatezza rispetto alla dinamica dei bisogni.

La qualità implica anche in mutamento delle relazioni fra i due sistemi, sociale e sanitario. In questo quadro c'è la necessità di individuare su scala regionale, un livello uniforme di valutazione della non autosufficienza e delle prestazioni di presa in carico.

In particolare per il servizio ADI, la criticità è rappresentata dalla configurazione di un intervento attestato su un modello "storico" che si può considerare superato.

Pertanto si ritiene necessario rimodulare il servizio nelle due componenti (sociale e sanitaria), rispetto al cambiamento delle patologie, dei bisogni e dei contesti dove prendono forma.

Un altro aspetto che richiama la condizione di non autosufficienza, è il carico assistenziale sopportato dalle famiglie. Lo stress psicologico che ne deriva costituisce un fattore di rischio per la "disgregazione della famiglia" e di forte solitudine.

### 3. Le ipotesi programmatiche di sviluppo

L'obiettivo generale è la messa a regime di un sistema sociale regionale finalizzato al benessere della popolazione che superi l'approccio assistenzialistico, a favore di quello promozionale, preventivo e di supporto.

Il Fondo nazionale per le politiche sociali determina ogni anno una quota finanziaria esplicitamente destinata al sostegno domiciliare delle persone non autosufficienti, con particolare riferimento a "progetti integrati" tra assistenza e sanità, realizzati in rete con azioni e programmi coordinati tra soggetti pubblici e privati, volti a sostenere e a favorire le autonomie delle persone e la loro permanenza nell'ambiente familiare.

La programmazione regionale individua come priorità le prestazioni di aiuto e il sostegno domiciliare alla famiglia nelle responsabilità di cura.

Il contesto umbro è caratterizzato da invecchiamento, cronicità, disabilità.

Tenendo conto di questa prospettiva, si dovrà adeguare il sistema di protezione sociale in modo da garantire una risposta adeguata ai diversi bisogni espressi e rilevati sul territorio regionale.

Così come dovrà essere garantita l'efficacia del sistema di offerta (universalità, responsabilità, solidarietà ed equità).

A fronte di tale complessità di risposta diventa fondamentale il rapporto di integrazione tra servizi sociali e servizi sanitari.

In proposito, già il D.lgs. 229/1999 e la L. 328/2000 hanno introdotto modificazioni sostanziali nell'assetto del sistema sanitario e assistenziale.

Tutto ciò è stato recepito dalla Regione Umbria con DGR n. 21 del 12 gennaio 2005 la quale definisce il modello organizzativo gestionale integrato dei servizi socio-sanitari.

Nel rispetto della normativa e viste le criticità registrate, gli assi su cui è necessario incardinare la nuova programmazione sociale sono:

- sviluppare sistemi di qualità rispetto ai servizi esistenti;
- innovare interventi storici quali l'ADI: ciò significa andare al potenziamento della medicina di territorio;
- riconoscere il lavoro sociale di cura (disciplinare interventi e servizi dell'area sociale informale, implementare servizi per le famiglie).

In particolare:

- riqualificare l'offerta sociale di territorio garantendo una risposta di servizio appropriata ai bisogni attuali;
- disciplinare i servizi non ancora regolamentati (servizi sociali residenziali e semiresidenziali);
- definire il Fondo per la non autosufficienza: fonti di finanziamento, gamma degli interventi, destinatari;
- dare forma sociale al lavoro di cura dandogli uno statuto all'interno del sistema di protezione sociale;
- definire e mettere a regime, a partire dagli esiti dell'esperienza realizzata, modelli operativi omogenei dei SAL che vadano nella direzione di un' implementazione delle risposte ai bisogni sociali emergenti.

Perugia, 4 aprile 2007

*Sottogruppo di lavoro*  
Patrizia Francesca Blasi  
Beatrice Bartolini,  
Marcello Catanelli,  
Raffaele Goretti  
Federica Lausi  
Daniele Poletti  
Simonetta Silvestri

*Coordinamento tecnico*  
Adriana Lombardi