

ANZIANI A DOMICILIO

Drssa Gabriella Leone Medico di Medicina Generale

Il divenire anziani e il tema delle cure necessarie in presenza di problemi di salute più o meno gravi è oggi un argomento ampiamente dibattuto sul quale ci si interroga frequentemente soprattutto per quanto riguarda l'aspetto dell'assistenza domiciliare.

Il desiderio di molte persone anziane è, infatti, quello poter continuare a vivere a casa propria anche in condizioni di disabilità, con o senza la presenza di familiari.

La frase "voglio morire a casa mia" è abbastanza ricorrente nell'esperienza dei medici di famiglia. Per queste persone l'istituzionalizzazione viene vista non come una risorsa ma come un definitivo allontanamento dai propri affetti e dai propri ricordi.

Molti studi hanno individuato la casa come luogo preferito per le cure sia sotto l'aspetto economico, sia per la possibilità di rispondere ai desideri degli anziani stessi (Samaroo B, Porter E.J.). La casa rappresenta "il luogo dove la maggior parte delle persone sente di essere spontanea, sincera, al centro della propria esistenza, padrona dei più intimi rapporti e partecipe delle più profonde emozioni" (Ruddick W.), e ad essa viene riconosciuta una funzione attiva nel consentire al soggetto anziano e/o malato di recuperare le proprie capacità residue o mantenere la salute e l'autonomia relativa.

Pertanto l'obiettivo primario delle disposizioni socio sanitarie deve essere il mantenere le persone nel proprio ambito di relazioni, all'interno del proprio tessuto sociale favorendo, quando possibile, la permanenza nella propria abitazione. Le scelte politiche ed economiche, in ambito socio sanitario, non possono prescindere dal rispetto dei diritti assistenziali della persona e delle loro famiglie.

La collaborazione tra le ISTITUZIONI (Comune, Provincia, Regione), il DISTRETTO SANITARIO e le FIGURE PROFESSIONALI (Medico di Medicina Generale, l'Infermiere Professionale, il personale del Servizio Socio Assistenziale) è indispensabile per far sì che l'anziano sia seguito sotto diversi aspetti pur permettendogli di continuare serenamente a vivere nella propria casa. A ciò si aggiunga il valore del ruolo fondamentale delle famiglie (ove presenti) e della collaborazione delle associazioni di volontariato sul territorio, che costituiscono una risorsa quanto mai preziosa.

La tutela dell'anziano "fragile" rischia di assumere sempre più i toni di un'emergenza sociale a causa di implicazioni di tipo:

- DEMOGRAFICO: aumento dell'età media della popolazione
- SANITARIO: aumento delle cronicità collegate all'invecchiamento della popolazione
- ECONOMICO: aumento della spesa pubblica sanitaria e assistenziale
- SOCIALE: aumento della povertà

ACCENNI DEMOGRAFICI

Alcuni accenni demografici posso mettere in evidenza le criticità legate all'invecchiamento della popolazione.

In base ai dati dell'ISTAT la percentuale dei over 65 anni è passata dal 18,7% del 2001 al 20,8% del 2011 e i grandi vecchi over 85 anni sono passati dal 2,2% al 2,8% del 2011. Questo pur tenendo conto degli immigrati stranieri che "ringiovaniscono" la popolazione.

Le previsioni proiettate fino al 2051 danno per certo un incremento progressivo e inarrestabile dei over 65 e over 85 che si ipotizza preverranno rispettivamente al 33% e 7,8% del totale popolazione residente in Italia.

Più di 2milioni di persone tra i 65 e 87 anni riferiscono di non essere completamente autonome in almeno una delle attività essenziali della vita quotidiana come lavarsi, vestirsi, mangiare, muoversi, nell'accesso agli edifici e nella comunicazione. Il diritto alla mobilità è essenziale per un'adeguata inclusione sociale e dovrebbe essere garantito a tutti, anche a persone che hanno problemi di salute e disabilità.

In base alle previsioni fatte dall'ISTAT il numero di persone disabili nei prossimi 20 anni aumenterà del 65-75%, vale a dire che la prevalenza delle persone non autosufficienti passerà dai circa 2 milioni attuali ai 3,5 milioni nel 2030.

Questo cambiamento demografico, con allungamento della vita media e delle cronicità, implica la necessità di un ripensamento a livello logistico e strutturale delle prestazioni erogabili.

Quale approccio è auspicabile, allora, per la cura della persona anziana? Quali sono le pratiche migliori, le più rispettose dell'anziano nella sua dignità di persona?

Ciò richiede un passaggio fondamentale DALLA CURA DELLA MALATTIA al FARSÌ CARICO DELLA PERSONA NELLA SUA INTERESSA, tenendo conto dei seguenti aspetti:

- LO STATO FISICO (PREVENZIONE PRIMARIA DELLE MALATTIE CRONICO DEGENERATIVE per favorire un invecchiamento attivo; CURA; RIABILITAZIONE)
- LO STATO COGNITIVO
- IL TONO UMORE
- LE CONDIZIONI SOCIO-SANITARIE

Quanto sopra potrebbe sembrare banale ma occorre tenere sempre presente che il soggetto anziano fragile ha bisogno di relazioni , di contatti. La medicina moderna ha preso in considerazione, separatamente, corpo e mente (cognitiva ed emozionale). La iper-specializzazione, l'uso stesso di tecnologie "fredde" (tac, risonanza ...) ha aumentato la distanza tra operatori e pazienti. Oggi, forse, si assiste in controtendenza ad una rivalutazione globale della persona.

Altro fattore su cui riflettere è il GIOVANILISMO PERPETUO di cui è permeata la nostra società e che tende ad allontanare l'anziano, malato cronico.

Secondo l'OMS la politica di prevenzione delle invalidità fisiche e mentali si attua in tre livelli:

- 1) Controllo dei rischi e promozione della salute : valutazione delle capacità funzionali dell'anziano nella sua casa, alimentazione adeguata, controlli dentali, igiene e cura della persona , promozione della comunicazione, riduzione delle cause fisiche di isolamento e adozione di nuovi ruoli sociali, scelte strategiche relative alle abitazioni, ai trasporti, aiuti familiari
- 2) Individuazione precoce delle invalidità e inabilità e loro trattamento
- 3) Riabilitazione e continua assistenza

Per il BENESSERE DELL'ANZIANO A DOMICILIO vanno prese in considerazione attività anche non strettamente di carattere sanitario, ma che contribuiscono al mantenimento della salute della persona quali:

- 1) ADEGUATEZZA DELL'ABITAZIONE : pulizia, illuminazione, aerazione, appoggi, ausili vari ecc.
- 2) IGIENE E CURA DELLA PERSONA
- 3) ALIMENTAZIONE E DIETA EQUILIBRATA
- 4) MOBILITA' attraverso l'esercizio quotidiano
- 5) BENESSERE PSICO-SOCIALE e STIMOLI MENTALI: relazioni sociali, iniziative ludico-ricreative culturali, hobbies. In assenza di stimoli relazionali si favorisce il rimuginare sul passato e il distacco dal presente.

Spesso accade però che l'anziano, specie se solo e con poche risorse economiche, non sia in grado di provvedervi autonomamente.

Secondo i dati dell' ISTAT del 2011, considerando congiuntamente l'assistenza sanitaria domiciliare e gli aiuti per la vita quotidiana, emerge che il 17% delle persone con limitazioni funzionali non riceve alcun sostegno dallo stato

LE FIGURE DI RIFERIMENTO

In un ottica di tutela della persona anziana possiamo quindi identificare alcune figure fondamentali di riferimento :

- 1) LA FAMIGLIA: in Italia, più che in altri paesi, la famiglia rappresenta un attore basilare nella cura a lungo termine delle persone anziane , sopperendo alle carenze del welfare. Il sistema è però a rischio di implosione sia per l'aumento dei soggetti da accudire che per la diminuzione dei soggetti che accudiscono (diminuita natalità, diminuzione delle famiglie con figli e aumento delle famiglie monoparentali)
- 2) MEDICO DI MEDICINA GENERALE, MEDICO DI CONTINUITA' ASSISTENZIALE e SPECIALISTI: il ruolo del medico di famiglia è fondamentale per la presenza costante e per il rapporto di fiducia che si instaura con il paziente e il nucleo parentale, permettendo così una visione generale sui bisogni.
- 3) INFERMIERE PROFESSIONALE del Distretto, ASSISTENTI SOCIALI e altre figure come le ASSISTENTI DOMICILIARI che collaborano attivamente nelle cure domiciliari e affiancano Medico di Medicina Generale e famiglia .
- 4) ASSOCIAZIONI DI VOLONTARIATO: il volontariato è un caposaldo dell'assistenza , più o meno specializzata,dell'anziano. Il volontariato è indubbiamente un valido sostituto/supporto negli ambiti in cui il welfare vacilla.
- 5) Le "BADANTI", il cui numero è in crescita: si stima che il 6.6% degli over 65 utilizzi la figura di una " badante" (10% al nord) (Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali). Sicuramente il dato è sotto stimato considerato anche il numero di persone che svolgono un lavoro in nero, regolarizzate.

IN EUROPA

In tutta Europa l'andamento demografico è simile, e presenta il medesimo quadro di "invecchiamento" della popolazione (EUROSTAT 2010).

In tutti i paesi europei la cura degli anziani oscilla tra il polo della FORMAL CARE (cioè del servizio pubblico) e la INFORMAL CARE (famiglia, amici, volontari).

Nel Nord Europa la copertura del Sistema pubblico è decisamente maggiore rispetto all'Italia. In Italia esistono rilevanti differenze tra le diverse regioni, tra nord e sud: Veneto, Friuli, Emilia Romagna e Lombardia, ad esempio, prendono in carico a diverso titolo circa il triplo degli anziani non autosufficienti rispetto a Campania, Calabria e Puglia (IRS 2010).

Nei Paesi Nordici quasi 1/3 della spesa del welfare è destinata al finanziamento dei servizi, negli altri Paesi prevalgono le prestazioni in denaro.

Le diverse modalità di gestione hanno ripercussioni importanti a livello sociale. Le politiche nazionali dovrebbero porsi in maniera critica nei confronti delle modalità di supporto alle famiglie nella mansione di gestione e cura dell'anziano fragile, sostenendo forme di cure intergenerazionali, senza creare o perpetuare disuguaglianze di genere e di classe.

Il settore del Long-term care è infatti spesso fortemente dipendente dalla famiglia e principalmente dal ruolo di caregiver della donna. L'erogazione monetaria, al posto dei servizi, implica che la famiglia possa decidere se utilizzare tali contributi per acquistare servizi o per contribuire al budget familiare occupandosi direttamente delle cure; questo presuppone che un membro della famiglia rinunci al lavoro per la cura della persona. Più spesso questo ruolo viene svolto dalla donna con conseguenti possibili ripercussioni negative sia in termini di partecipazione al mercato del lavoro e di prospettive future per il proprio invecchiamento, sia dal punto di vista sociale conflittuale, di isolamento e di burn out psicologico

In tutti i paesi europei sono presenti diverse tipologie di intervento a favore degli anziani e delle famiglie che, fondamentalmente, si sovrappongono ma hanno una distribuzione diversa a seconda dei paesi. Ne possiamo elencare alcune:

- a) **SERVIZI DI CURA DOMICILIARI:** misure che non prevedono lo spostamento dell'anziano dal proprio domicilio. Implicano assistenza sociale e sanitaria integrate e quindi un progetto unitario, limitato o continuativo nel tempo. Spaziano da soluzioni che definiamo "leggere" come supporto domestico, la cura della persona, l'assistenza medico-infermieristica fino a interventi di maggiore intensità di cura come l'ospedalizzazione domiciliare attraverso la medicalizzazione dell'ambiente domestico. Questo modello assistenziale, nato in Francia negli anni '60 (Rossi G., Bramanti D., Medda S.2007), si è diffuso negli altri paesi ed è una forma alternativa al ricovero ospedaliero, con lo scopo di ridurre i costi e migliorare la qualità di vita del paziente. Nei paesi nordici la percentuale di over 65aa che beneficiano di servizi domiciliari è del 20%, percentuale che scende al 10-12% in Francia e in Austria e al 2-5% nei Paesi che si affacciano sul Mediterraneo (Bramanti D., Carrà E. 2011). I servizi domiciliari necessitano del supporto di una rete familiare di aiuto che comporta però un forte carico di lavoro e di stress e per questo motivo, a sostegno delle famiglie, si possono attuare forme di aiuto come gruppi di sostegno per sollievo e interruzione nei compiti di accudimento domestico permettendo ai care giver familiari di "tirare il fiato"; oppure, analogamente nei casi in cui l'anziano sia solo è possibile attivare modalità vicarie delle figure familiari (come affidamento diurno). In Germania, per esempio, il ruolo del caregiver è perfino previsto dalla legge e altri Paesi hanno introdotto sistemi assicurativi per i caregiver. Da questo si evince che nei paesi del nord Europa si è disposti a pagare per questo servizio.
- b) **DAY CARE (CENTRI DIURNI), RICOVERI DI SOLLIEVO TEMPORANEI** cioè forme intermedie che hanno come obiettivo l'alleggerimento del carico di lavoro della famiglia.
- c) **ALLOGGI PROTETTI** che rappresentano tentativi di creare ambienti domestici sostitutivi.
- d) **RICOVERI IN STRUTTURE ASSISTENZIALI.**

LE FORME DI ASSISTENZA A DOMICILIO si possono spiegare come segue:

- 1) SUPPORTO PER LE ATTIVITA' QUOTIDIANE (SERVIZI SOCIO-ASSISTENZIALI). Igiene ambientale, igiene personale, preparazione pasti, consegna della spesa, consegna dei pasti a domicilio, accompagnamenti vari, interventi di tipo relazionale, disbrigo di pratiche es. invalidità civile, piccole manutenzioni e adattamenti dell'abitazione.
- 2) TELESOCCORSO
- 3) INTERVENTO ECONOMICO A SOSTEGNO DELLA PERMANENZA A DOMICILIO: ASSEGNO DI CURA ossia un contributo economico per sostenere persone anziane e familiari, atto ad evitare inserimento in struttura, attuato in base ad un progetto e finalizzato all'assunzione di una "badante" oppure per il pagamento di ore di assistenza effettuata da parte di gruppi o associazioni. Questa soluzione ha ripercussioni positive sul mondo del lavoro.
- 4) CONTRIBUTI E CONSULENZE PER L'ADATTAMENTO DELLA CASA al fine di eliminare barriere architettoniche, introdurre automazioni, arredi e ausili domestici
- 5) AGEVOLAZIONI E ASSISTENZA FISCALE per anziani non autosufficienti
- 6) SOLIDARIETA' DI BUON VICINATO : un servizio di affido diurno degli anziani e/o disabili adulti che prevede supporto quotidiano di un "vicino" per l'anziano solo o dove la rete familiare è debole (con riconoscimento del lavoro di cura)
- 7) ASSISTENZA INFERMIERISTICA DOMICILIARE
- 8) ASSISTENZA DOMICILIARE PROGRAMMATA (ADP) per persone che non possono accedere agli ambulatori
- 9) ASSISTENZA DOMICILIARE INTEGRATA (ADI) per i pazienti gravi con intervento di più di una figura professionale dal MMG, IP, SPECIALISTI, ASS. DOMICILIARI
- 10) CURE DOMICILIARI DI LUNGO DEGENZA finalizzate al recupero di capacità e autonomia in patologie croniche, che prevede contribuzione condivisa tra ASL e pazienti (o serv. Sociali)
- 11) CURE PALLIATIVE: si occupano in maniera attiva e totale dei pazienti colpiti da una malattia che non risponde più a trattamenti specifici e con prognosi infausta
- 12) CUSTODE SOCIALE: figura "professionale" del welfare a sostegno della domiciliarità, socialità e della sicurezza. E' un valido esempio di partnership tra amministrazione pubblica e terzo settore. Agisce tessendo una rete di sostegno, riattivando relazioni tra famiglia, vicini e comunità; visita gli anziani a domicilio, registra le richieste e i bisogni degli anziani e dei familiari e si attiva per la risoluzione con azioni di informazione, accompagnamento, orientamento.

La diverse modalità di fronteggiare i bisogni degli anziani rappresentano una sfida alle scarse risorse delle famiglie sia della disponibilità di caregiver che delle risorse economiche necessarie a rispondere adeguatamente alle esigenze.

Il Long term care è da sempre un settore sotto finanziato in Italia rispetto al resto dell'Europa e alle reali esigenze della popolazione, nonostante i bisogni siano in aumento.

In generale l'impegno delle limitate risorse economiche è indirizzato ad offrire servizi per anziani senza famiglia, manca invece il sostegno effettivo dei carichi familiari. Prevalgono offerte di tipo sostitutivo e residenziale mentre minore attenzione è riservata a interventi che assumono un'ottica esplicitamente familiare. Qualche cambiamento è stato attuato ma un significativo orientamento delle prassi consolidate non è ancora avvenuto.