



| | |
|---|-----------|
| Presentazione | |
| Le Residenze per anziani: un esempio di integrazione fra sanità e assistenza | 4 |
| La Rete dei servizi che la Città offre agli anziani | 8 |
| Principi fondamentali delle Residenze per anziani | 12 |
| Dove si trovano le Residenze per anziani a Torino | 14 |
| Gli spazi e i servizi standard | 18 |
| Le figure professionali che operano nelle Residenze per anziani | 21 |
| Le modalità di accesso alle Residenze per anziani autosufficienti | 25 |
| Le modalità di accesso alle Residenze per anziani non-autosufficienti | 27 |
| Il Sistema Qualità nelle Residenze per anziani della Città di Torino - La costruzione del modello | 30 |
| Il Sistema Qualità nelle Residenze per anziani della Città di Torino - L'applicazione del modello | 34 |
| Le Associazioni e i Gruppi di Volontariato presenti nelle Residenze per anziani | 44 |
| Le Associazioni di tutela dei diritti | 45 |
| Le forme di tutela previste | 46 |
| L'Ufficio Relazione con il Pubblico (URP) | 48 |
| Glossario dei termini usati | 50 |

Le persone anziane che vivono a Torino possono beneficiare di una rete di servizi di supporto a questa delicata fase della vita.

In questi ultimi anni l'Amministrazione Comunale, in sinergia con le Aziende Sanitarie cittadine, ha migliorato e implementato quei servizi che favoriscono la permanenza dell'anziano nel proprio ambiente di vita quali assistenza domiciliare, affidamento e cure famigliari, pasti a domicilio, telesoccorso.

A fronte di richieste di inserimento in residenze da parte di anziani che, nonostante gli aiuti, non possono mantenere il proprio domicilio poiché necessitano di cure socio-sanitarie, si è provveduto all'attivazione di un progetto di qualità che ha coinvolto tutte le strutture residenziali comunali per anziani autosufficienti e non autosufficienti, al fine di garantire un'accoglienza e qualità del servizio più adeguate alle nuove esigenze dell'ospite e dei suoi familiari.

Il clima di "benessere" che si cerca di mantenere nelle "Case di Riposo" è frutto del lavoro degli attori, sia operatori che volontari, che a vario titolo intervengono quotidianamente nella gestione e apportano i propri "saperi" in relazione ad attitudini ed esperienze maturate nel settore.

La terza età, dunque, la considererei una stagione bella e significativa della vita, nei confronti della quale l'Amministrazione mette in campo risorse e attenzioni importanti.

Nicolas Boileau, scrittore francese, scrive:

"L'autunno ha forse colori più belli e atmosfere più intense rispetto allo splendore fin eccessivo dell'estate e alla freschezza acerba della primavera. E' necessario vivere in pienezza ogni stagione della vita senza nostalgia: c'è sempre un'emozione, una sorpresa, per ogni fase dell'esistenza purché sia vissuta con serenità".

Marco Borgione

*e ai Servizi Sociali
della Città di Torino*



Le Residenze per **anziani**: un esempio di integrazione fra **sanità** e **assistenza**

Non carità ma diritti

La civiltà di un Paese si misura anche da quanto e come si prende cura delle persone più deboli, come gli anziani in difficoltà, malati, o senza legami né aiuti.

Una sensibilità che è cresciuta nel tempo e che nel XX secolo ha raggiunto un traguardo fondamentale con il definitivo superamento del sistema basato sui concetti di carità e beneficenza a favore del modello fondato sui diritti dei cittadini. Diritti sanciti oggi dalla Costituzione e da leggi nazionali e regionali che comprendono, appunto, il diritto alla salute e al benessere. In Italia le concrete realizzazioni di questo spirito innovativo iniziano nel 1978, con la prima legge di riforma sanitaria dalla quale derivano numerose norme in materia sociale, fino alla legge quadro di riforma degli interventi sociali e del sistema integrato dei Servizi, approvata dal Parlamento nel 2000 e successivamente passata a Regioni e Comuni per l'applicazione. Il principio generale contenuto nelle leggi nazionali e regionali di riforma sociale e sanitaria indica quale compito dello Stato e degli Enti Locali quello di garantire le prestazioni sanitarie e socio-sanitarie attraverso i servizi di prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione; essi sono riconducibili ad un'azione comune individuata dalla normativa vigente come area dell'integrazione socio-sanitaria e dei livelli essenziali di assistenza (D.G.R. 51/03 – Applicazione dei LEA, in conformità al D.P.C.M. 29/11/2001). Le esigenze molteplici delle persone che richiedono cure e prestazioni particolari, trovano risposta compiuta attraverso la messa a disposizione di un sistema d'interventi integrato in grado di far superare ai cittadini le situazioni di sofferenza e creare percorsi di cura caratterizzati dalla continuità assistenziale e dalla presa in carico unitaria da parte dei servizi sanitari ospedalieri e socio-sanitari territoriali.

ANZIANI: LE NORME PER LA TUTELA DELLA SALUTE

Il Progetto Obiettivo Anziani del 1992 ha rappresentato un valido quadro di riferimento per la realizzazione di interventi integrati, anticipando non solo i contenuti della nuova Riforma Sanitaria varata nello stesso anno ma anche, successivamente, gli indirizzi della normativa regionale riguardante il percorso dell'anziano non autosufficiente in ambito sanitario e socio-sanitario.

Si indicavano, infatti, come scopi primari:

- l'integrazione tra attività sociali e sanitarie;
- l'avvio e lo sviluppo delle cure a domicilio dalla fase post acuta alla fase

di lungoassistenza domiciliare (*Assistenza Domiciliare Integrata - Ospedalizzazione Domiciliare*);

- la scelta di valutazioni multidimensionali (Unità Valutativa Geriatrica, Unità Valutativa Alzheimer), cioè sia mediche che sociali, degli stati di non autosufficienza, per utilizzare le risorse in modo da offrire risposte personalizzate ai bisogni dei cittadini;
- l'organizzazione di servizi aperti semiresidenziali, o residenziali assistiti, per sostituire i tradizionali luoghi di ricovero;
- la ricerca e l'uso di strumenti per controllare e valutare la qualità di questi servizi e delle prestazioni erogate.

Il Progetto Obiettivo Anziani assegnava alle Regioni il compito di ristrutturare le vecchie "Case di Riposo" e altri edifici civili creando Residenze moderne, inserite in aree urbane, o comunque in luoghi che favorissero legami con la comunità e i collegamenti con gli altri servizi cittadini, e progettate per gruppi ristretti di ospiti, in modo da offrire un'atmosfera più familiare, confortevole, sicura e riservata.

La risposta della Regione Piemonte consiste in una serie di norme (D.G.R. 38/92 - Linee guida '94 e D.G.R. 41/95 attuativi della legge regionale 37/90) che precisano le regole per la riconversione dei vecchi istituti di ricovero pubblici e privati.

Si definiscono i requisiti strutturali e di gestione, ma anche l'organizzazione e la nuova tipologia degli Istituti di ricovero e dei servizi a ciclo diurno per sostenere la permanenza a domicilio (D.P.C.M. 308/01). In tal modo si avvia la creazione di una rete di servizi territoriali sanitari e domiciliari e strutture ospedaliere e di residenzialità ben articolati tra di loro per sostenere un progetto riabilitativo clinico ed assistenziale in relazione al bisogno della persona assistita.

Tutta la normativa in materia, nazionale e regionale, indirizza verso un percorso mirato ad accompagnare l'anziano sia al proprio domicilio, sia in ospedale, fino alle strutture residenziali a medio-lungo soggiorno, graduando l'intervento nelle sue varie articolazioni anche in base all'intensità, complessità e durata delle cure necessarie (D.G.R.72/04). A questo riguardo, la Regione ha recentemente definito il nuovo modello integrato di assistenza residenziale socio-sanitaria a favore delle persone anziane non autosufficienti.

Nella Deliberazione di Giunta n° 17-15226 del 2005 si afferma che "il sistema dei servizi rivolti alla persona anziana ha il compito di:

- garantire, anche sull'area della residenzialità socio-sanitaria per anziani, la flessibilità e l'adattabilità della risposta erogata;

- elaborare e gestire la progettualità individuale ai fini della personalizzazione della risposta residenziale, con monitoraggio sistematico e adeguamento dell'intervento in relazione all'evolversi della situazione trattata;
- comporre in forma omogenea i fattori di costo relativi a ciascun intervento, in relazione ai livelli assistenziali garantiti dalle strutture residenziali socio-sanitarie. Il modello assistenziale è finalizzato a riportare la persona e i suoi bisogni al centro del sistema e della rete dei servizi, partendo dal presupposto che la risposta residenziale costituisce una delle risorse di cui il sistema sanitario e socio-sanitario dispone per far fronte al percorso di salute e di assistenza dell'anziano".

L'obiettivo è integrare le strutture residenziali nell'ambito della rete complessiva dei servizi socio-sanitari per gli anziani.

IL NUOVO MODELLO DI ASSISTENZA RESIDENZIALE

L'assistenza agli anziani non autosufficienti, come dimostra l'esperienza di molte strutture, è un'azione globale-estensiva, che richiede dinamicità e flessibilità, per poter seguire l'anziano nella sua "instabilità" e variabilità (D.G.R. 29/2000).

La complessità dei bisogni sociali e di salute delle persone anziane trova le risposte adeguate in un insieme di interventi e attività, più globali e nel contempo personalizzati, che vanno dalla rete integrata dei servizi domiciliari, agli interventi di sostegno alle cure anche a ciclo diurno, dai "ricoveri di sollievo" per gli anziani assistiti a casa dalle famiglie a quelli temporanei o definitivi, alle cure post-ospedaliere e di riabilitazione prima del rientro a domicilio. I principi che regolano e coordinano questi servizi sono quelli della **appropriatezza**, cioè dare la risposta più adeguata al problema rilevato, e della **continuità**, cioè mantenere unità e collegamento tra i vari interventi che riguardano la stessa persona.

Per accedere ai servizi è richiesto un esame della condizione fisica e psichica dell'anziano, che viene effettuato dall'Unità Valutativa Geriatrica dell'A.S.L., una commissione che ha il compito di individuare, attraverso la valutazione multidimensionale, i bisogni sanitari e assistenziali delle persone anziane, identificando le risposte più idonee al loro soddisfacimento. Nell'ambito del progetto personalizzato, vengono individuate tre fasce d'intensità assistenziale (bassa, media, alta) per gli interventi da erogarsi nelle strutture socio-sanitarie per anziani non autosufficienti, considerando il rapporto tra

- l'intensità terapeutica e/o riabilitativa dell'intervento, per mantenere l'autonomia funzionale residua della persona e/o a rallentare il suo deterioramento;

- l'intensità socio-assistenziale dell'intervento finalizzato a supportare, a mantenere e a migliorare la vita socio-relazionale delle persone anziane, non assistibili a domicilio.

La necessità di migliorare la qualità dell'assistenza nelle strutture socio-sanitarie per anziani non autosufficienti e di incrementare la risposta disponibile per sostenere famiglie alle prese con cicli di assistenza troppo onerosi, richiederà la revisione complessiva del modello assistenziale oggi adottato dalle strutture residenziali verso una maggiore flessibilità. Ad esempio, un anziano assistito in una struttura residenziale con un progetto di lungoassistenza a bassa intensità per una situazione di moderata non autonomia nelle funzioni quotidiane, in caso di deterioramento del quadro di inabilità può ottenere nella medesima struttura una prestazione assistenziale adeguata all'evoluzione del suo bisogno, attraverso un progetto a media intensità, senza necessariamente essere spostato altrove (D.G.R. 65/2000 e 33/2002).

Verrà quindi superata l'attuale distinzione delle residenze in RAF e RSA in funzione di una maggiore flessibilità del servizio, fermi restando i requisiti strutturali e la presenza di personale qualificato oggi definiti per ciascuna di tali strutture.

L'impiego del personale, delle attrezzature, degli spazi assistenziali e dei posti letto sarà quindi più funzionale alle esigenze degli ospiti.

IL TREND DEMOGRAFICO DELL'AREA TORINESE NEI PROSSIMI VENT'ANNI

L'area metropolitana torinese conta oggi intorno ad un milione e mezzo di residenti (in ordine di grandezza occupa il 4° posto tra le aree metropolitane italiane): è una realtà votata a cambiamenti radicali dal punto di vista dell'integrazione multietnica ma non dal punto di vista della densità della popolazione, tant'è che le proiezioni prevedono che tutta l'area passerà da **1.400.000** residenti nel **2013** a **1.300.000** nel **2023**. Tale declino produrrà un innalzamento dell'età media, in quanto i nati nel periodo di maggior picco demografico (**1950-1970**) avanzeranno nel ciclo di vita, trascinando verso l'alto l'età media dell'intera popolazione. Nel prossimo ventennio un migliaio di cittadini varcherà, mensilmente, la soglia dei **75** anni con i seguenti risultati:

- Nasceranno meno bambini e continuerà il fenomeno di migrazione verso la cintura da parte della popolazione giovane
- I flussi migratori in entrata potranno rallentare tale corso ma non produrranno una totale inversione.
- La popolazione del capoluogo invecchierà più rapidamente (già oggi quella del quartiere **Santa Rita** presenta l'età media più alta): nel **2015** un quarto dei cittadini di Torino avrà più di **65** anni.

