



**Provincia  
di Biella**

## Osservatorio Provinciale sulla Disabilità - 2008

<http://www.provincia.biella.it/on-line/Home/Progetti/Osservatoriosulladisabilita.html>

Parte II  
Area Percorsi

*Provincia di Biella*

Osservatorio Provinciale sulla Disabilità 2008  
*Provincia di Biella*

*A cura di*  
Q.R.S. - Biella



*Testi di*  
Emilio Sulis, Manuela Vinai, Sonia Messina

*Con la collaborazione di*  
Marta Lanza

Si ringrazia Cecilia Corniati per le elaborazioni contenute nei paragrafi 1.3.1 e 1.5

## 2.6 Percorso disabilità della persona anziana: la non-autosufficienza

La popolazione italiana ha subito un progressivo invecchiamento nel corso degli ultimi decenni, come nel resto dei paesi industrializzati, dovuto ai profondi mutamenti demografici derivati dal calo della natalità e dal prolungamento dell'aspettativa di vita.

Spesso però all'allungamento della vita non corrisponde un effettivo miglioramento della sua qualità: la diminuzione dell'autosufficienza, la presenza di patologie multiple e l'isolamento sociale sono problemi che aumentano e si aggravano con l'età.

La persona anziana non autosufficiente viene generalmente resa visibile ai servizi sociali e sanitari dalla segnalazione da parte della famiglia, nel momento in cui non è più in grado di accompagnare ed assistere la persona anziana. Nella maggior parte dei casi, il momento del primo contatto con i servizi sociali o sanitari si svolge in situazioni di urgenza od emergenza: una dimissione ospedaliera imminente; il degradarsi di un fragile equilibrio familiare oppure il precipitare di situazioni fisiche e cognitive della persona anziana sono alcune delle situazioni ove la non-autosufficienza della persona anziana prende visibilità sociale.

L'iter di accesso ai servizi è regolamentato dalla Deliberazione della Giunta Regionale del 30 marzo 2005, n. 17-15226: "il nuovo modello integrato di assistenza residenziale socio-sanitaria a favore delle persone anziane non-autosufficienti. Modifiche e integrazioni alla D.G.R. n. 51-11389 del 23.12.2003 "D.P.C.M. 29.22.2001, Allegato 1. Punto 1.C. Applicazione Livelli Essenziali di Assistenza all'area dell'integrazione socio-sanitaria".

Il percorso dell'anziano non autosufficiente in ambito sanitario e socio-sanitario prevede lo sviluppo dalla domiciliarità dalla fase post-acuta alla fase di lungo assistenza, nonché la realizzazione di percorsi integrati fra ospedale e territorio a garanzia della continuità assistenziale.

L'Unità di Valutazione Geriatrica (U.V.G.) è individuata come il nucleo centrale del coordinamento per accedere ai diversi servizi rivolti agli anziani.<sup>2</sup> L'U.V.G. è un'equipe multidisciplinare che integra i servizi sociali e sanitari, le cui funzioni sono principalmente:

- individuare i bisogni sanitari e assistenziali (valutazione multidimensionale);
- predisporre il progetto di intervento individualizzato e, qualora sia previsto l'inserimento in una struttura residenziale, identifica la fascia d'intensità assistenziale;
- predisporre la documentazione per l'eventuale integrazione della retta da parte del Comune o Ente Gestore socio-assistenziale;
- monitorare la realizzazione e l'andamento dei progetti individualizzati (P.A.I.).

Secondo le più recenti norme regionali, l'U.V.G. non deve solamente attribuire punteggi, bensì "comprendere", attraverso un approccio globale, non solo le patologie e il contesto socio-familiare dell'anziano, ma anche e soprattutto la sua volontà di come vivere e affrontare la sua non autosufficienza.<sup>3</sup>

Nel territorio biellese, l'U.V.G. ha svolto nel passato soltanto un ruolo autorizzativo per l'ingresso alle strutture residenziali. Il progetto in atto di trasformazione dell'U.V.G. ripropone il ruolo di essa con funzione di "regia" in modo che possa

---

<sup>2</sup> L'U.V.G. può intervenire anche per pazienti di età inferiore ai 65 anni, in presenza di patologie invalidanti, tali da far ravvisare nel caso in oggetto caratteristiche di norma proprie dell'anziano (per esempio, la malattia di Alzheimer o altre forme di demenze).

<sup>3</sup> D.G.R. 10 marzo 2008, n. 42-8390.

utilizzare tutto il ventaglio di interventi possibili, partendo dal contesto domiciliare, fino a quello residenziale, passando attraverso le cure intermedie e/o la semiresidenzialità.

Esistono due U.V.G. (sedi Distretto di Biella e di Cossato) entrambe con una configurazione multidisciplinare, composte dal Direttore del Distretto Sanitario o suo delegato, dal Direttore del Consorzio Socio-assistenziale o suo delegato, da un geriatra, da un fisiatra, dalla coordinatrice infermieristica distrettuale, dal medico di medicina generale dell'anziano/a, dall'assistente sociale territoriale della zona di provenienza dell'anziano/a.

Il progetto di organizzazione dell'U.V.G. dell'A.S.L. BI prevede che il ruolo centrale della valutazione vada assolto dal medico di famiglia e dall'assistente sociale di riferimento che, conoscendo direttamente l'anziano, possono istruire la pratica, predisponendo le necessarie schede di valutazione. La Commissione U.V.G., in presenza del medico di famiglia e dell'assistente sociale, esamina il tutto e, se ritiene la valutazione sufficientemente accurata, si limita ad una rapida validazione della medesima. Se ravvisa invece la necessità di ulteriori approfondimenti, provvede direttamente ad effettuarli, possibilmente andando a valutare l'anziano nel suo contesto abitativo. Con questo metodo, è stato ridotto il tempo d'attesa della valutazione entro circa un paio di settimane dalla richiesta, evitando agli anziani il disagio arrecato dagli spostamenti.

Il ventaglio delle opportunità a favore degli anziani non autosufficienti può essere elencato secondo le diverse tipologie di intervento, ordinate in base all'intensità assistenziale crescente:

Contesto	Intervento
DOMICILIARE	Assistenza Domiciliare Integrata per Cure Palliative Assistenza Domiciliare Integrata per altre patologie (+ eventuale fisioterapia) Assistenza Domiciliare P Servizio Infermieristico Domiciliare (SID) Assistenza Domiciliare dei Comuni e dei Consorzi Assegni di cura Telesoccorso Altre iniziative di sostegno alla domiciliarità
SEMIRESIDENZIALE	ADI Lungoassistenza (da attivare) Centri Diurni Integrati (CDI) - 40 posti con finanziamento quota sanitaria Centri Diurni Alzheimer (CDA) - 25 posti con finanziamento quota sanitaria
RESIDENZIALE A BREVE TERMINE	Post Degenza Strutture di Cure Intermedie (SCI) di Trivero Alcuni posti c/o RSA Bioglio Nucleo Residenziale Alzheimer c/o Cerino Zegna Hospice c/o Belletti Bona
RESIDENZIALE A MEDIO-LUNGO TERMINE	RSA Alta Intensità RAF Media Intensità RAF Bassa Intensità (da attivare) RSA per paz. Psichiatrici anziani non autosufficienti (da attivare)
OSPEDALE	Trattamento evento patologico acuto

Successivamente, l'U.V.G. procede alla definizione del Progetto Assistenziale Provvisorio e la Segreteria comunica all'anziano l'esito della valutazione, l'inserimento in lista d'attesa con relativo codice identificativo.<sup>4</sup>

L'esistenza della lista d'attesa (vale dire, la lista di persone che attendono la "convenzione/voucher" dopo la dichiarazione di non-autosufficienza e di avente diritto da parte dell'UVG) è legata all'insufficiente quantità di "convenzioni/voucher" in atto da parte dell'ASL BI.

La lista d'attesa, per determinare la posizione nella graduatoria, tiene in considerazione sia l'aspetto temporale (da quanto tempo è stata effettuata la domanda) che la gravità del caso (punteggio di valutazione dell'U.V.G.) e l'eventuale urgenza del medesimo. Ciò avviene tramite l'attribuzione ad ogni persona di un punteggio derivante dalla somma di: punti di attesa (1 punto per ogni giorno di attesa), punti di gravità (10 punti per ogni punto della valutazione U.V.G.; ad esempio un punteggio UVG corrisponderebbe a 180 punti) ed eventuale condizione di urgenza (che tecnicamente si risolve con l'attribuzione di 1000 punti aggiuntivi, che portano automaticamente la persona in testa alla lista). La lista d'attesa viene elaborata ordinando i punteggi in senso decrescente. Questo sistema di gestione della lista d'attesa è attualmente in fase sperimentale.

Successivamente alla valutazione dell'U.V.G., e comunque al giungere del proprio turno in lista di attesa, va consegnato alla persona anziana l'elenco delle strutture residenziali che hanno allestito posti letto idonei alla sua fascia di gravità. Parimenti all'anziano va comunicato l'importo esatto della quota alberghiera delle residenze inserite nell'Albo Fornitori.

Una volta comunicata alla persona l'accesso alla convenzione/voucher, essa deve trovare collocazione in una struttura residenziale che garantisca un posto letto idoneo, come fascia assistenziale, alla corrispettiva fascia di gravità rilevata dall'U.V.G.

L'A.S.L.BI ha inserito nell'Albo Fornitori n°33 residenze per anziani<sup>5</sup> per un totale di n° 1263 posti letto:

- 930 posti letto di bassa e media intensità,
- 313 posti letto di alta intensità,
- 20 posti letto di Nucleo Alzheimer temporaneo.

Di fronte a questa vasta offerta di servizi residenziali, le convenzioni/voucher attualmente distribuite per anziani non autosufficienti sono 780.

Una riflessione sugli ultimi due anni

Gli ultimi due anni hanno visto un cambiamento considerevole per quanto riguarda i

---

<sup>4</sup> Nell'ambito della gestione della lista d'attesa, l'A.S.L. mantiene un elenco speciale per persone anziane affette da morbo di Alzheimer in presenza di rilevanti disturbi comportamentali o/o in presenza di patologia somatica che richiede una rivalutazione terapeutica. Per queste persone, l'U.V.G. predispone l'inserimento presso il Nucleo Alzheimer Temporaneo (collocato presso la Struttura "Cerino Zegna" di Occhieppo Inferiore) definendo un progetto assistenziale a tempo determinato e verifica con cadenza definita nel piano assistenziale per valutare la sussistenza delle necessità di permanenza presso il Nucleo o se sia attuabile la dimissione o trasferimento ad un nucleo RSA del medesimo presidio o di un'altra struttura, seconda la scelta effettuata dal parente/tutore/curatore dell'assistito.

<sup>5</sup> Le strutture residenziali biellesi si sono organizzate in due gruppi di coordinamento:

- Il GRAB (Gruppo Residenze Assistenziali Biellesi)
- Il CCRB (Coordinamento Case di Riposo del Biellese)

Tra queste strutture molte sono iscritte all'albo fornitori ASLBI e prevedono un'integrazione della retta (detta quota sanitaria) da parte dell'ASLBI per quegli anziani valutati idonei dall'U.V.G.

servizi residenziali. Il cambiamento ha consistito nel superamento del sistema di convenzioni "chiuse" tra l'A.S.L. e le strutture, che riconosceva la quota sanitaria ad un numero predefinito (571) di posti letto, collocati soltanto in un numero ristretto di strutture convenzionate. Esistevano una lista d'attesa per uomini ed una lista d'attesa per donne, per ognuna delle strutture convenzionate, oltre ad ulteriori liste per le persone che avevano temporaneamente rifiutato un inserimento, ma alle quali si riconosceva la possibilità di rientrare nel sistema in qualsiasi momento.

Nell'anno 2007-08, il numero complessivo di posti "finanziabili" è stato portato a 611 e poi a 780. Tuttavia, il cambiamento più significativo è consistito nel fatto che ogni anziano che entra nel numero predefinito di posti (dopo una lunga attesa), può scegliere la struttura che preferisce. La scelta può cadere tra tutte quelle iscritte nell'elenco dei fornitori dell'ASL (o accreditate presso altre ASL) che abbiano i requisiti richiesti dalla valutazione U.V.G. sul suo caso. Generalmente, l'anziano non entra quindi più nel posto letto che si è fisicamente liberato presso una struttura (per decesso o dimissione), ma tende, ad esempio, a scegliere il posto più vicino alla sua residenza.

Questo cambiamento ha sollevato l'inadeguatezza del numero complessivo di posti "finanziati". La richiesta di valutazione UVG per un successivo inserimento in struttura ha avuto un fortissimo incremento in un lasso temporale ristretto da parte di persone che erano già inserite a proprie spese in strutture (che nel frattempo erano entrate nell'Albo Fornitori) dopo il sopraggiungere di problemi di non autosufficienza.

L'attesa si è dunque allungata, sia per la valutazione UVG che per ottenere l'inserimento o, comunque, l'integrazione della retta. Tale allungamento dell'attesa fa sì che l'anziano trovi autonomamente, a sue spese, una collocazione in struttura. Al momento in cui può accedere al contributo sanitario è possibile che l'evoluzione del suo grado di non autosufficienza richieda l'inserimento in una struttura diversa da quella in cui si trova ed in cui potrebbe voler restare.

#### La disabilità anziana sommersa

Il sistema pubblico conosce abbastanza bene gli anziani da lui inseriti nelle strutture, ed anche le persone in lista d'attesa, che sono già state valutate dall'UVG. Tuttavia è carente la conoscenza di tutte le persone anziane non autosufficienti che, per diversi motivi, non entrano nel percorso: domanda - valutazione uvg - inserimento in lista attesa - accesso ai servizi.

Si tratta di persone che vivono al proprio domicilio autonomamente, o con l'aiuto dei familiari, sia presso strutture residenziali o semiresidenziali, che al proprio domicilio. Nella peggiore delle ipotesi queste persone vivono una condizione misconosciuta dalla rete dei servizi.

In tema di risposta ai bisogni, è necessario segnalare quanto sia cresciuta tra i cittadini, gli operatori, gli amministratori la consapevolezza che occorre sempre più individuare strategie che contemplino accanto ad interventi mirati e molto specifici sul piano tecnico (ad esempio la cura sanitaria, la riabilitazione, le terapie di mantenimento, i progetti assistenziali individualizzati, ecc.) una pluralità di interventi che supportino la qualità della vita (ad esempio un certo modo di svolgere il lavoro di cura, l'attenzione all'ambiente, l'attenzione agli aspetti psicologici e a quelli relazionali, il supporto ai familiari che curano, la valorizzazione dei rapporti sociali).

Quindi i fattori sono molteplici: il tipo e la gravità della perdita di autonomia, il modo di viverla dell'anziano, il modo di viverla della famiglia, la presenza o meno, l'ampiezza e la validità di una rete di supporto, la presenza o meno di operatori e servizi, la qualità delle relazioni sia tra familiari sia tra familiari e servizi. I bisogni sono

diversissimi, cambiano nel tempo, e vanno visti anche in relazione ai bisogni di chi svolge il lavoro del "prendersi cura".

Si tratta di una domanda complessa dove i bisogni sanitari e quelli sociali della persona anziana sono sempre più spesso compresenti; una domanda indiretta, dove chi chiede o segnala non coincide con chi è portatore del problema in prima persona ma lo è indirettamente; una domanda "confusa" tra l'aspettativa di risolvere immediatamente un problema divenuto insostenibile e la speranza di sentirsi proporre alternative meno drastiche e psicologicamente accettabili quali interventi di "respiro"; una domanda di intervento "forte", sostitutivo, come nei casi in cui qualcuno segnala situazioni di anziani in stato di abbandono, anziani a rischio di subire violenze e raggiri.

La programmazione territoriale biellese, nei documenti programmatici, punta sullo sviluppo di percorsi assistenziali e di cura unitari, che prendano in carico il soggetto e la sua famiglia, li orientino e li accompagnino nelle diverse fasi della condizioni di non autosufficienza. E' in corso di definizione quindi un piano organico, ossia una "filiera dei servizi per non autosufficienti" che mette a sistema i diversi servizi e interventi erogati da vari attori istituzionali e non con quelli che le famiglie organizzano in proprio con l'obiettivo di mantenere l'anziano il più a lungo possibile e nel miglior modo possibile, nel proprio contesto abitativo e relazionale, privilegiando quindi, innanzitutto, il settore delle cure domiciliari, nella loro accezione più ampia.

