

IO RESTO A CASA

Strategie e percorsi
per una domiciliarità
inclusiva e partecipata



soggetto
promotore



Il progetto è stato dichiarato coerente con la programmazione territoriale, e particolarmente rispondente ai bisogni del territorio di Trieste, dal responsabile del Servizio Sociale del Dipartimento Servizi e Politiche Sociali del Comune di Trieste.

partner di
progetto



Il progetto “Io resto a casa. Strategie e percorsi per una domiciliarità inclusiva e partecipata” è finanziato dalla Regione Autonoma Friuli Venezia Giulia con risorse statali del Ministero del lavoro e delle Politiche sociali ai sensi dell'art. 72 del D.Lgs. 117/2017 — Codice del Terzo Settore; è promosso dall'APS Conferenza Permanente per la Salute Mentale nel Mondo Franco Basaglia in partnership con la Comunità di Sant'Egidio Friuli Venezia Giulia e l'APS Auser Territoriale di Trieste.

Febbraio 2022

INDICE

1. Il progetto di ricerca-azione p. 5
 2. Trieste, gli anziani, la pandemia e il patrimonio della deistituzionalizzazione p. 10
 3. Servizio sociale, sanità territoriale e Ater fra distanziamento e vicinanza p. 23
 4. Itis e le sue sperimentazioni di domiciliarità p. 44
 5. Il programma Habitat Microaree di Azienda Sanitaria Comune e Ater p. 53
 6. Domiciliarità innovativa e abitare inclusivo p. 68
 7. Le associazioni che si occupano di persone anziane p. 83
 8. Riflessioni sul percorso fatto e proposte
...per continuare p. 98
- Le addette e gli addetti ai lavori citati: con chi e quando abbiamo parlato p. 111
 - Glossario p. 112
 - Bibliografia p. 118

Il progetto di ricerca-azione

Il progetto di ricerca-azione “lo resto a casa. Strategie e percorsi per una domiciliarità inclusiva e partecipata”¹ trova le sue ragioni nel riconoscimento della necessità di un cambio di paradigma nell’assistenza alle persone anziane, onde garantire loro diritti e libertà: diritto di autodeterminarsi, di scegliere sulla propria vita, di rimanere nella propria casa, nel proprio contesto sociale, di non vivere una solitudine che affanna e costruisce fantasmi.

Diritti e libertà non sempre sono garantiti alle persone in tutto l’arco della vita, in particolare si indeboliscono nell’emergere e/o nell’aggravarsi di disabilità collegate all’età avanzata, a malattie, a carenza o debolezza dei contesti familiari e sociali protettivi e di sostegno. In particolare se la persona anziana appartiene a classi meno abbienti. Non si invecchia tutti alla stessa età e nello stesso modo, ma questo è significativamente influenzato dall’appartenenza sociale, dal reddito, dal tipo di lavoro svolto, dal contesto sociale e familiare. Le modalità dell’invecchiamento mettono in luce le disuguaglianze sociali.

Il cambiamento del paradigma dell’assistenza alle persone anziane è stato reso ancora più evidente e necessario dalla pandemia, che ha segnato gli ultimi due anni e ha messo con maggiore chiarezza in luce i rischi dell’istituzionalizzazione.

È necessario quindi un ripensamento generale a livello culturale, politico, economico, sociale. Importante in questo processo appare il decreto del Ministro alla Salute del settembre 2020 d’istituzione di una Commissione per la riforma dell’assistenza sanitaria e sociosanitaria della popolazione anziana, resa necessaria «anche in considerazione all’emergere, con tutta evidenza ma non esclusivamente, in relazione al Covid 19, di una questione dei diritti e libertà degli over 65, non di rado messe in discussione in lungodegenza e residenze²».

Se i miglioramenti delle condizioni di vita e della medicina hanno allungato la vita, non sono stati capaci al tempo stesso di dare valore alla vita: si vive più a lungo, ma troppo spesso a prezzo di un restringimento, spesso non necessario, dei diritti e delle libertà. Come dice mons. Paglia, «ci sono stati nel nostro Paese in passato momenti nei quali si è avuto il coraggio e la lungimiranza di individuare nuovi paradigmi, come quando negli anni '90 è stato avviato un processo di riforma radicale per la chiusura degli istituti per minori, introducendo l’adozione e la creazione delle case-famiglia. È stata una grande vittoria di civiltà. Ricordo anche la legge Basaglia del 1978 che ha liberato il Paese dai manicomi e da istituzioni veramente disumane» (Paglia, 2021, p. 49).

Questo è il momento per ripensare il paradigma sull'assistenza agli anziani e avviare riforme radicali. Occorre «ridare valore e possibilità alla vecchiaia, contro ogni logica di sopravvivenza anonima e insignificante, come fase della vita in cui la qualità, i desideri, le relazioni siano possibili, in cui la tutela non diventi negazione della soggettività e dei diritti. Tenendo insieme identità, welfare, sviluppo sociale, avvicinando le istituzioni ai soggetti e qualificandole» (Del Giudice, 2020, p. 3).

La ricerca-azione intende indagare e intervenire, nell'area del Comune di Trieste (Ambito 1.2), sulle opportunità che le persone anziane, in particolare se fragili, hanno di «scegliere, sulla base di eguaglianza con gli altri, il proprio luogo di residenza e dove e con chi vivere» e di avere «accesso ad una serie di servizi di sostegno domiciliare, residenziale o di comunità, compresa l'assistenza personale necessaria per permettere loro di vivere all'interno della comunità e di inserirsi al suo interno e impedire che esse siano isolate» (art.19 Convenzione ONU diritti persone con disabilità³), con un'attenzione specifica alle dinamiche sanitarie e sociali che l'epidemia del Covid 19 ha portato in evidenza.

Il contesto appare di significato sia in relazione alle caratteristiche demografiche e sociali proprie del Comune di Trieste, ma anche perché in questo territorio negli ultimi 15 anni sono state sperimentate pratiche innovative nell'area dell'integrazione socio-sanitaria in riferimento alla popolazione anziana, oltre al fatto che sono state emanate importanti indicazioni legislative e di indirizzo regionali.

Secondo i dati del Censimento permanente della popolazione del Friuli Venezia Giulia (ISTAT, 2021), Trieste al 31 dicembre 2019 ha una popolazione di 201.613 abitanti, su una popolazione totale regionale di 1.206.216 unità. La provincia di Trieste, con 231.445 abitanti, è la più piccola d'Italia in termini di superficie — si estende solo sul 2,7% del territorio regionale —, ma in essa vive quasi un quinto della popolazione della regione (19,2%). Al censimento del 1971 la popolazione della provincia di Trieste era di 300.304 unità con una densità di 1.413 abitanti per kmq; 48 anni dopo, nel 2019, la popolazione è diminuita di quasi 70 mila unità e la densità è scesa a 1.089 abitanti per kmq.

Riguardo all'età della popolazione, all'interno di una regione che si conferma come la seconda regione più vecchia d'Italia, la provincia di Trieste presenta valori più elevati della media regionale per tutti gli indicatori, quindi è caratterizzata da una popolazione mediamente più vecchia. L'età media della popolazione a Trieste è di 48,7 anni, contro i 47,3 della regione e il 45,2 dell'Italia. Inoltre l'indice di vecchiaia (percentuale di popolazione in età 65 e più / popolazione in età 0-14) è di 266,2, contro i 224,1 della regione e 179,4 dell'Italia; l'indice di dipendenza degli anziani (percentuale di popolazione in età 65 e più / popolazione in età 15-64) è di 47,9, contro il 43,0 della regione e il 36,4 dell'Italia; l'indice di struttura della popolazione attiva (il rapporto tra la componente più anziana e quella più giovane della popolazione in età lavorativa) è 159,1, contro il 158,2 della regione e il 140,7 dell'Italia.

obiettivi specifici e metodologia

Il progetto si declina in 3 obiettivi specifici, considerati e portati avanti in maniera strettamente sinergica l'uno con l'altro, coltivando e sviluppando i nessi fra conoscenza e azione:

ob.1 Conoscere, approfondire e rappresentare le condizioni di vita delle persone anziane, evidenziando, anche in relazione alla crisi pandemica, le circostanze che favoriscono e quelle che al contrario ostacolano la permanenza a casa e/o nei contesti familiari e sociali (di contro a pratiche ordinarie di istituzionalizzazione) e gli interventi, formali e informali, attivati nel territorio, espressione di un welfare di prossimità, di responsabilità, di diritti.

ob.2 Favorire il protagonismo delle persone anziane, dei loro famigliari e dei caregiver, promuovendo la consapevolezza di avere diritti e possibilità di scelta, anche nella pandemia (di contro a pratiche standardizzate e de-soggettivizzanti).

ob.3 Promuovere un'azione culturale nella comunità attraverso la diffusione delle conoscenze acquisite e delle connessioni possibili per la costruzione di una domiciliarità inclusiva e partecipata.

Partner del progetto sono la Comunità di Sant'Egidio Friuli Venezia Giulia e l'APS Auser Territoriale di Trieste. Collaboratori del progetto: l'Azienda Sanitaria Universitaria Giuliano Isontina, l'APS Club SPDC no restraint, l'Associazione Made in Zindis. Il Servizio Sociale del Comune di Trieste ha certificato la coerenza del progetto con la programmazione territoriale. Il percorso è stato portato avanti con un approccio di ricerca-azione, caratterizzato da:

- il coinvolgimento attivo dei soggetti implicati dalla questione affrontata, con una particolare attenzione alle voci degli anziani destinatari degli interventi e dei loro caregiver
- la stretta connessione e sinergia fra il versante della conoscenza e quello delle pratiche
- l'orientamento a offrire a tutti i soggetti coinvolti possibilità di apprendimento e cambiamento
- il carattere intrinsecamente socializzante, aperto e inclusivo.

Conf.Basaglia ha costituito un gruppo di lavoro di cinque donne diverse per età, esperienze e competenze, accomunate da una particolare sensibilità e interesse rispetto ai temi da esplorare. Il gruppo ha lavorato in maniera strettamente sinergica e condivisa. Sono stati organizzati momenti di riflessione e coprogettazione con i partner e collaboratori del progetto.

La mappatura dei servizi e delle esperienze di sostegno alla domiciliarità degli anziani nel Comune di Trieste si è basata sull'analisi di materiali di presentazione dei servizi e dati forniti dagli Enti e sulle interviste svolte. Per il Servizio Sociale Comunale il lavoro si è articolato nello specifico attraverso incontri con i responsabili dell'Area Anziani; sono state anche sentite due assistenti sociali che si occupano di anziani. Per quanto riguarda l'Azienda Sanitaria (Asugi) sono stati incontrati il direttore socio-sanitario, i direttori di due Distretti, la responsabile della domiciliarità innovativa e alcune operatrici. Si è analizzato anche il ruolo dell'Azienda dell'edilizia residenziale pubblica (Ater), della quale si è incontrata la dirigente dell'Area pianificazione e controllo.

Sono state mappate le realtà associative, della cooperazione sociale e imprenditoriali, che nel Comune di Trieste collaborano con le istituzioni sanitarie e sociali per mettere in campo percorsi e strumenti per la domiciliarità degli anziani, e sono stati organizzati incontri specifici con le principali: Itis, Televita, Cooperativa Sociale Amico, Pro Senectute, Cooperativa Sociale Lybra e le associazioni Comunità di Sant'Egidio, de Banfield, Auser, Caritas e Acli.

Si è deciso di svolgere approfondimenti nelle zone della città dove sono più sviluppate le esperienze di sostegno alla domiciliarità degli anziani (Secondo e Terzo Distretto sanitario), avendo in questo modo uno sguardo sia su zone centrali (Secondo Distretto) sia su zone periferiche (Terzo Distretto).

La ricerca-azione si è svolta fra il febbraio e il dicembre 2021 tramite:

- > interviste semi strutturate individuali e di gruppo (focus group) a dirigenti e operatori degli Enti di riferimento, anziani, caregiver, volontari;
- > analisi di documentazione, letteratura, articoli di stampa locale;
- > elaborazione di dati quantitativi;
- > visite ad esperienze concrete e osservazione partecipante.

Le metodiche per l'azione sono state finalizzate a:

- 1)** rafforzare il coinvolgimento, la conoscenza reciproca e la rete fra i diversi soggetti istituzionali e non, tramite tavoli e seminari di coprogettazione e tramite l'evento pubblico conclusivo;
- 2)** offrire la possibilità di esprimere e far valere il proprio punto di vista e la propria esperienza ai soggetti fragili che sono stati intervistati;
- 3)** soprattutto nell'ambito delle esperienze concrete, colmare i vuoti che si creano tra servizi e destinatari dei servizi e abbattere ostacoli istituzionali, fisici e sociali che si frappongono al coinvolgimento di cittadini e collettività nelle scelte che li riguardano.

Si è infine cercato nel capitolo conclusivo di questo report di sintetizzare gli spunti di riflessione critica e le indicazioni per l'azione che emergono dall'analisi svolta, nella direzione di politiche di welfare che favoriscano per tutte e tutti una vecchiaia nei diritti e nel rispetto della dignità e delle proprie aspettative.

NOTE AL CAPITOLO

1. Il progetto è promosso da Conferenza Permanente per la Salute Mentale nel Mondo Franco Basaglia (ConF.Basaglia) e finanziato dalla Regione Friuli Venezia Giulia. ConF.Basaglia è una associazione di promozione sociale, costituita a Trieste nel 2010 dai più stretti collaboratori di Franco Basaglia. Svolge progetti formativi, culturali e di ricerca, interscambi nazionali e internazionali, fornisce consulenza e assistenza tecnica a soggetti istituzionali nel campo della salute mentale, dell'integrazione socio-sanitaria e sviluppo umano sostenibile, della tutela dei diritti e del contrasto all'esclusione.

2. Decreto del Ministero di Salute del 10/09/2020 di istituzione di una Commissione per la riforma dell'assistenza sanitaria e socio-sanitaria della popolazione anziana, con il compito di coordinare l'attività del Ministero in particolare relativamente alla assistenza domiciliare alle persone anziane. La Commissione, composta da autorevoli rappresentanti delle istituzioni, del mondo scientifico e culturale, è presieduta da mons. Vincenzo Paglia, Gran cancelliere del Pontificio Istituto Teologico per le Scienze del Matrimonio e della Famiglia.

3. Va sottolineato che la Convenzione, ratificata nel 2009 dal Governo italiano, è diventata legge, L. 18/2009.

Trieste, gli anziani, la pandemia e il patrimonio della de- istituzionalizzazione

il contesto di riferimento

Trieste e il Friuli Venezia Giulia sono stati, e tuttora sono, il contesto di riferimento per l'esperienza teorico-pratica e etico-politica che si è sviluppata con Franco Basaglia e il suo gruppo di lavoro a partire dagli anni Sessanta (a Gorizia) e Settanta (a Trieste) sulla base di pratiche di decostruzione/smontaggio dell'istituzione totale manicomio e dell'ideologia psichiatrica che la fonda e giustifica e di costruzione/invenzione di servizi territoriali aperti, alternativi al manicomio, e di pratiche, strategie e politiche di salute mentale nei luoghi di vita delle persone. A Trieste, nel marzo 1980, è stato chiuso, per la prima volta nel mondo, il manicomio, quando già era attiva nel territorio la rete di servizi di salute mentale territoriali, a questo alternativi. L'esperienza di Trieste aveva anticipato nei fatti, ed era stata di riferimento, la legge di riforma dell'assistenza alle persone con disturbo mentale, Legge 180 del 1978, la cosiddetta legge Basaglia, poi integrata nella riforma sanitaria di istituzione del Servizio Sanitario Nazionale (Legge 833 del 1978). Si è trattato — in psichiatria con una forza dirompente, ma anche più in generale in sanità — di un grande cambio di paradigma, di una rivoluzione copernicana che ha messo al centro non più l'istituzione chiusa e la malattia reificata che essa è deputata a trattare, ma il territorio e le sue istituzioni, le persone con sofferenza mentale divenute cittadini titolari di diritto nella loro complessità, la loro soggettività, i loro bisogni e le loro risorse. Trieste è stata dal 1971 fino ad oggi teatro e motore di fondamentali innovazioni in quest'area, divenendo fin dal 1973 Centro di riferimento per l'OMS e continuando fino ad oggi a sviluppare esperienze riconosciute a livello nazionale e internazionale come buone pratiche di riferimento non solo in salute mentale ma anche più in generale nella salute territoriale.

Va ricordato che negli anni Settanta a Trieste, in un processo allargato di deistituzionalizzazione, veniva chiuso l'Alloggio popolare per i senza fissa dimora Gaspare Gozzi e l'istituto psico medico pedagogico con l'apertura di case famiglie per bambini ed adolescenti. Si sviluppavano inoltre servizi territoriali non segreganti per persone con disabilità cognitive gravi organizzati da associazioni di familiari (Cest). Dalla seconda metà degli anni Novanta inoltre l'esperienza portata avanti nella salute mentale — la presa in carico della persona nella sua globalità, i servizi di prossimità radicati nel territorio e tarati prioritariamente sul lavoro domiciliare, il lavoro di equipe e la valorizzazione di tutte le figure professionali — diventa patrimonio della sanità territoriale, con i costituendi Distretti sanitari. Alcune delle esperienze virtuose di domiciliarità che consideriamo in questa ricerca fanno parte di questo percorso.

È a partire da questo patrimonio culturale ed esperienziale che come gruppo di lavoro della ricerca-azione siamo andate ad approcciare e dialogare con la complessa situazione delle persone anziane a Trieste, per analizzarla e leggerla consapevolmente e criticamente, aperte anche a contributi diversi, a possibili scoperte e nuovi incontri e confronti, in un'ottica di deistituzionalizzazione permanente e costante ricerca.

L'Italia è ai primi posti al mondo nella graduatoria dell'indice di vecchiaia (Cozzolino, Fraboni, Sabbadini, 2021) e abbiamo già visto che Trieste è una delle città in Italia in cui la generale tendenza all'invecchiamento della popolazione è più avanzata. La percentuale di over 65 nella provincia di Trieste si attesta oggi al 28,6%.

Come sottolineano Del Giudice e Dirindin (2021), l'invecchiamento della popolazione viene in genere impropriamente additato come la principale causa dell'insostenibilità del nostro sistema di welfare, nonostante l'aumento dell'aspettativa di vita sia in realtà una grande conquista dell'umanità. Il problema non è l'invecchiamento in sé: il problema sono le scelte politiche inadeguate ad affrontarlo e l'attenzione va spostata su queste. C'è da chiedersi perché preferiamo trattare gli anziani come “scarti” invece che riconoscerli e valorizzarli come risorsa e c'è da riflettere su come finalmente andare in questa seconda direzione, ben più ricca di senso e di potenzialità.

«La vecchiaia in tutte le sue forme chiede sempre di essere ascoltata: quando racconto sempre la stessa storia, quando per mezza giornata cerco gli occhiali e non li trovo perché li avevo sul naso, quando in tanti momenti penso che di lì a poco dovrò andare a trovare mia madre che mi sta aspettando, quando non sono più capace di farmi nemmeno un caffè, o quando non trovo la strada per tornare a casa o per uscire e mi perdo e ho paura. Tanta paura che scappo via senza una meta... per fortuna, le donne e gli uomini che invecchiano, un numero che non so dire tanto è grande, e tante persone che vivono la loro faticosa diversità chiedono di restare nelle relazioni, di non essere catalogati “non autosufficienti” e archiviati, di non diventare invisibili, di essere sorretti per resistere fin tanto che è possibile» (Dell'Acqua, 2020, p. 122).

Il Covid non ha aiutato, anzi ha contribuito a svelare, amplificare e rendere maggiormente drammatica la cultura degli anziani come “scarti”, la cui vita sembra valere meno di quella degli altri. Ci riferiamo in particolare alle politiche fatte in alcune regioni di inserimento di anziani ancora positivi dimessi dall'ospedale nelle RSA, con la conseguente diffusione del contagio e le morti. Tali scelte, insieme al mancato tempestivo intervento per proteggere questi soggetti fragili e istituzionalizzati, ha determinato quella da molti definita come “la strage dei vecchi”. In un report dell'Istituto Superiore di Sanità (ISS) aggiornato al 21 luglio 2021 (ISS, 2021) vengono conteggiate 127.044 persone decedute positive al Covid-19 in Italia fino a quella data e viene calcolata la loro età media: è di 80 anni. Il Covid è letale infatti soprattutto per gli anziani, e in particolare, come si può approfondire nello stesso report dell'ISS, per gli anziani con pluripatologie. Quanti in fondo pensano che, visto che sono soprattutto loro a morire, è un problema meno grave? Ma la vita degli anziani è preziosa in tutti i casi e come tutte le altre!

le case di riposo e la pandemia

Gli anziani sono oggi una categoria a rischio di esclusione e istituzionalizzazione, non a caso le due cose vanno insieme. Nell'attuale organizzazione sociale ed economica sembra più semplice, quando non sono “autonomi”, rinchiuderli nelle case di riposo — “per il loro bene”,

o almeno così si dice — piuttosto che occuparsene nei normali contesti di vita.

L'esperienza della deistituzionalizzazione ci insegna a cercare altre strade e a smascherare gli interessi economici e i rapporti di potere insiti in questa scelta, prendendo posizione dalla parte degli esclusi, perché possano rimanere nel contratto sociale. Ci insegna a vedere che «le persone anziane sono una risorsa. Garantiscono alle famiglie e alle comunità la continuità tra passato, presente e futuro, alimentano le radici che identificano e danno senso alla vita delle comunità e testimoniano la storia che hanno vissuto affinché chiunque possa far tesoro del passato per agire nel futuro. Sono risorsa per le nuove generazioni, per i bambini e per i loro genitori che possono contare sulla loro esperienza e su un loro costante sostegno» (Del Giudice e Dirindin, 2021).

Molta strada è ancora da fare in questa direzione, anche a Trieste e provincia, dove al grande numero di persone anziane fa riscontro ancora un grande numero di strutture residenziali, 72, in cui spesso queste persone vengono “sistematiche” quando non riescono più a vivere da sole, per un totale di circa 3.000 posti letto tra pubblico e privato.

Queste strutture, che costituiscono lo sfondo della nostra indagine incentrata sulla domiciliarità, sono di diversi tipi e dimensioni. La classificazione delle residenze⁴ e i connessi requisiti che queste devono per legge soddisfare sono legate ai profili di bisogno dei destinatari e si articolano in differenti livelli. Il terzo livello è rivolto anche ai profili di bisogno di maggiore complessità e rilevanza sanitaria e sociosanitaria, e via a scendere fino ad arrivare al livello base che è rivolto a profili di bisogno di complessità più lieve. Infine ci sono le residenze per anziani autosufficienti.

> **residenze per anziani non autosufficienti di terzo livello:** a Trieste e provincia sono 4 con in tutto 721 posti letto. Si tratta della struttura dell'Azienda Pubblica di Servizi alla Persona “Itis”, la più grande di Trieste, con 411 posti letto, e di altre tre strutture, una privata di mercato “Ad Maiores”, una privata sociale “Casa Emmaus” e una privata di Ente religioso “Livia Ieralla”;

> **residenze per anziani non autosufficienti di secondo livello:** sono 13 con 901 posti letto. Fra queste la maggioranza sono strutture del privato di mercato, ma ci sono anche tutte le strutture comunali di Trieste “Gregoretti” e “Centro per l'Anziano”, che comprende “Casa Bartoli” e “Casa Serena”, oltre a due strutture di Comuni della provincia, Duino Aurisina e Muggia, una struttura del privato sociale “Villa Sissi” e una privata di Ente religioso “San Domenico”;

> **residenze per anziani non autosufficienti di primo livello:** 14 con 450 posti letto. Sono tutte strutture del privato di mercato;

> **residenze per anziani non autosufficienti di livello base:** 35 con 727 posti letto, di cui una privata di Ente religioso e tutte le altre del privato di mercato;

> **residenze per anziani autosufficienti:** 5 con 127 posti letto, di cui 4 private di Ente religioso e 1 del privato di mercato.

Le case di riposo sono istituzioni totali: luoghi di residenza dove le persone, “tagliate fuori dalla società per un considerevole periodo di tempo” (Goffman, 1968, p. 29), vivono nello stesso luogo tutti gli aspetti della loro vita quotidiana, insieme ad altri che non hanno scelto e secondo ritmi e regole imposte dall'istituzione⁵. Sono realtà tendenzialmente, seppur in gradi diversi a seconda delle caratteristiche di ogni singola struttura, alienanti e malsane, costituendo come dice l'Istituto Superiore di Sanità un importante fattore di rischio per il decadimento generale dell'anziano (ISS, 2021b). L'esperienza del Covid ci ha fatto vedere con forza e drammaticità un ulteriore specifico aspetto di questo fatto: la convivenza di numerose persone insieme, seppur in misura diversa a seconda di come questa viene gestita dal punto di vista igienico e logistico, aumenta enormemente i rischi di contagio in caso di epidemia. Uno studio dell'ISS (2020) ha prontamente documentato l'entità dei contagi nelle case di riposo con una analisi su scala nazionale relativa al periodo fra il 1° febbraio e il 5 maggio 2020. Seppur parziale, in quanto ha interessato solo le strutture che hanno accettato di rispondere ad un questionario (cioè 1.356 strutture per anziani, sulle 3.420 alle quali era stato inviato), fornisce dati significativi e importanti. Nelle strutture e nell'arco di tempo considerati i deceduti con tampone positivo al Covid-19 sono stati il 7,4% di tutti i decessi e i deceduti

per i quali la positività al Covid-19 non era stata accertata ma che presentavano sintomi di tipo influenzale e sospetto Covid-19 sono stati il 33,8%. Sommando, come suggerisce l'Iss, le due popolazioni, con e senza tampone effettuato, si raggiunge il 41,2% dei deceduti.

A Trieste i dirigenti dei Distretti sanitari che abbiamo intervistato hanno evidenziato come, quando è esplosa la pandemia, nella primavera 2020, l'emergenza sia stata molto dura in particolare nelle numerose case di riposo della città. Spesso non solo gli ospiti ma anche gli operatori si ammalavano e per garantire l'assistenza è stato necessario che personale dei Distretti, in via del tutto eccezionale, coprisse i turni nelle case di riposo più in difficoltà. I Distretti hanno fornito anche, nelle strutture, i dispositivi di protezione individuale.

Sulla stampa locale, e nella città, nei primi giorni di aprile 2020 “scoppia” il caso della casa di riposo La Primula, dove la situazione era particolarmente grave. “Piccola” casa di riposo, come a Trieste ce ne sono tante, ricavata in un condominio: 39 su 40 gli ospiti positivi (Il Piccolo, 7/4/2020 e 8/4/2020). In pochi giorni, 8 ospiti con pluripatologie muoiono. E anche fra gli operatori, e fra i condomini, si riscontrano casi di persone positive. Presto questa struttura è stata giudicata irregolare dal Dipartimento di Prevenzione dell'Azienda Sanitaria ed è stata disposta l'evacuazione degli ospiti in altre strutture più idonee per la cura dell'epidemia.

Sempre nell'aprile 2020, la situazione nella generalità delle case di riposo triestine, spesso prive di spazi adeguati, si presenta nella sua complessità e la Regione e l'Azienda Sanitaria, per fermare i contagi, progettano di allestire una nave-ospedale dove chiudere gli anziani positivi al Covid per tenerli separati da chi non è positivo. Inizia una trattativa con una società di Genova che potrebbe fornire una nave con centinaia di posti. Quest'ultima per essere idonea necessita la revisione dell'impianto di areazione e il rifacimento dei pavimenti e per funzionare dovrebbe mantenere i motori sempre accesi.

Sono state molte, fin da subito, le perplessità e contrarietà in città, ma per settimane la Regione è andata avanti nella trattativa con la società genovese in questa direzione e nell'indicare la soluzione della nave come l'unica possibile. Risultavano essere invece diverse le strutture ad offrire posti letto idonei per isolare le persone positive e la soluzione della nave sollevava molti interrogativi. Uno fra tutti: «la nave è stata pensata per proteggere le vite dei vecchi o interessi di qualcuno? I costi della nave sembrano ammontare a un milione e duecentomila euro al mese, 700 mila euro per l'affitto della nave e mezzo milione per il personale» (Del Giudice, 2020, p. 1).

Il progetto della “nave dei vecchi”, come riprende Del Giudice (2020), emblematico perché sarebbe andato ad isolare ulteriormente, in mare, persone già in partenza segregate nelle case di riposo, testimonia una grande difficoltà nell'emergenza a individuare soluzioni efficaci e rispettose dei bisogni degli anziani. È comunque poi naufragato, in quanto la Protezione Civile e la Capitaneria di Porto hanno chiesto ulteriori elementi per valutare, che non sono stati mai forniti, e parallelamente la prima ondata stava scemando.

La situazione comunque non era risolta. Sono continuati per tutto il 2020, e nuovamente aumentati, con la seconda ondata, in autunno, e fino all'inizio del 2021, i focolai e i decessi a questi legati nelle case di riposo di Trieste.

Esaminiamo di seguito dei dati quantitativi sui decessi legati al Covid nella provincia di Trieste forniti dall'Azienda Sanitaria Giuliano Isontina⁶, per comprenderne meglio l'entità. Riportiamo il dettaglio nelle case di riposo mese per mese e i dati aggregati per i periodi marzo-dicembre 2020 e gennaio-ottobre 2021 sia nelle case di riposo che in totale.

Decessi Covid Case di riposo provincia di Trieste mese per mese (dati Asugi 2021)

MESE (2020)	marzo	aprile	maggio	giugno	luglio	agosto	settembre	ottobre	novembre	dicembre
DECESSI COVID OSPITI CDR	22	71	9	1	1		1	12	64	85
MESE (2021)	gennaio	febbraio	marzo	aprile	maggio	giugno	luglio	agosto	settembre	ottobre
DECESSI COVID OSPITI CDR	39	15	11	6	7				3	5

Decessi Covid totali e ospiti case di riposo, marzo-dicembre 2020 e gennaio ottobre 2021, provincia di Trieste (dati Asugi 2021)

ANNO	Tot decessi covid 2020	Tot decessi covid ospiti cdr	% ospiti cdr su tot
2020 (da marzo)	435	266	61%
2021 (fino a ottobre)	386	86	22%
TOT (marzo 2020-ottobre 2021)	821	352	43%

Le persone morte con diagnosi di Covid (tampone positivo) a Trieste e provincia nel 2020 sono state 435 e, di queste, 266, cioè il 61%, erano ospiti di case di riposo. Nel 2021 la situazione cambia: fino a ottobre, le persone morte con diagnosi di Covid a Trieste e provincia sono state 386 e di queste 86 erano ospiti di case di riposo, cioè il 22% del totale. Questa grandissima differenza fra il 2020 e il 2021 si può forse spiegare con la priorità data alle case di riposo nella campagna vaccinale portata avanti intensamente dal febbraio 2021. La grande rilevanza numerica degli ospiti delle case di riposo fra i deceduti positivi al Covid19 è in ogni caso indubbia e si attesta complessivamente nell'arco del periodo marzo 2020-ottobre 2021 al 43%. Si tratta di percentuali molto alte, che colpiscono ancora di più considerando che gli anziani che vivono in strutture residenziali a Trieste e provincia sono poco più dell'1% della popolazione complessiva.

Anche le tendenze individuate a livello nazionale e internazionale vanno in una direzione analoga, seppur con intensità molto diverse. Come rileva Pesaresi (2021) in uno studio riguardante la prima ondata, il numero dei morti collegati al Covid 19 nelle strutture per anziani di tutto il mondo, secondo i dati a disposizione relativi a numerosi Paesi, va dal 25% al 75% del totale dei morti per Covid. Relativamente allo scenario italiano, sulla base dei dati provenienti dalla già ripresa Survey dell'ISS (2020), che sono gli unici di fonte certa ad estensione nazionale, Pesaresi tenta una proiezione sul totale dei posti letto nelle strutture per anziani e stima al 32,2% la proporzione di morti per Covid nelle strutture sul totale dei morti per Covid in Italia nella prima ondata.

Tornando ai dati relativi a Trieste, colpisce anche che, nel periodo gennaio-ottobre 2021, i decessi totali legati al Covid-19 sono sì diminuiti nelle case di riposo rispetto al 2020 (86 vs 286), contestualmente alla pronta diffusione del vaccino al loro interno, ma sono invece aumentati al di fuori di esse (300 vs 149), dove il vaccino si è diffuso molto più lentamente e meno capillarmente. E va considerato che mancano ancora al conteggio i mesi di novembre e dicembre 2021, in cui purtroppo ci si aspetta un aumento di contagi.

Per quanto riguarda le strutture per anziani a Trieste c'è inoltre da dire che è continuata a lungo la gestione dei contagi tramite la chiusura degli spazi o lo spostamento degli anziani contagiati in strutture dedicate.

Come ci ha segnalato il direttore del Secondo Distretto Sanitario, Giacomo Benedetti, ha contribuito alla necessità di spostare le persone l'importante presenza di piccole case di riposo, «non organizzate, senza una cultura sanitaria, senza professionalità», spesso situate all'interno di condomini: i percorsi di isolamento per le persone positive in questo tipo di strutture, caratterizzate da un certo affollamento in spazi inadeguati, non erano possibili e così in caso di focolai non si poteva fare altrimenti che spostare queste persone.

Un altro aspetto drammatico della situazione, e non solo a Trieste, è stato quello delle restrizioni delle libertà degli anziani ospiti delle case di riposo al fine di arginare i contagi. Persone chiuse nelle strutture, o spostate in altre strutture, che non solo molto a lungo non hanno potuto incontrare i loro famigliari, né altre persone come i volontari, ma spesso non hanno potuto nemmeno uscire dalla loro stanza.

In merito a questo il responsabile amministrativo delle case di riposo comunali Domenico Venier racconta che nelle strutture comunali «gli ospiti non potevano uscire dalle camere, non potevano vedere persone. È durato fino all'estate 2020, la fase più dura, con più decessi. Nelle altre fasi la situazione si era già stabilizzata. Parlando con gli ospiti e gli infermieri c'è stata una fatica per le persone che non potevano uscire dalle stanze, ma non c'è stata una misurazione di questa fatica. Abbiamo cercato fin da subito di dare uno strumento quantomeno di contatto visivo (telefoni e tablet) e a fine anno 2020 siamo riusciti a mettere in ogni struttura la "stanza degli abbracci". Adesso ci sono i protocolli per le visite approvati dall'Asugi. La cosa positiva è che quando siamo diventati Covid Free la vita all'interno delle strutture è ripresa. Non sono riprese le feste e i momenti di convivialità aperti al pubblico, ma in un'occasione abbiamo pensato di fare una festa interna di soli ospiti. Le visite sono riprese con la stanza degli abbracci. Circa 6 visite al giorno. Poi, dopo un nuovo blocco, sono riprese con tamponi e/o vaccino. Non è ancora "aperto, liberi tutti", ma, con determinate cose, si può fare».

La circolare del Ministero del 30/11/2020 che dava disposizioni per riaprire le strutture alle visite, in molte zone d'Italia, come è stato largamente documentato, non è stata sufficiente per garantire le riaperture. A Trieste, anche grazie alla diffusione da parte dell'Azienda Sanitaria e ai successivi protocolli per le visite, sulla base di quanto detto dai dirigenti dei Distretti sanitari intervistati pare abbia avviato l'effettiva riapertura, seppur strettamente regolamentata, alle visite.

Possiamo comunque immaginare le pesantissime conseguenze della situazione di chiusura che si è protratta molto a lungo nel corso del 2020, poi migliorata, ma lentamente, nel corso del 2021, sullo stato di salute di questi anziani che, nel clima già di per sé altamente stressante dell'emergenza, sono stati privati della possibilità di relazionarsi faccia a faccia con le persone a loro care e di muoversi nel loro seppur piccolo abituale spazio di azione.

Un'altra ricaduta sulle limitazioni dei diritti degli anziani nelle case di riposo durante la pandemia è riferita all'aumento del ricorso alla contenzione meccanica, pratica già particolarmente diffusa nelle residenze per gli anziani e finalmente emersa nel già citato Survey dell'ISS del 2020. Le 1.356 case di riposo che rispondono al questionario dichiarano di aver effettuato, dall'1 febbraio al 26 aprile 2020, 16.802 contenzioni. Anche in riferimento a

questo Trieste vanta una peculiarità: nelle case di riposo, dopo un importante percorso di contrasto all'uso della contenzione portato avanti dal 2006 da un gruppo di infermieri del servizio infermieristico dell'Azienda Sanitaria e dei Distretti e da alcuni operatori del Dipartimento di salute mentale, la contenzione è stata superata. Abbiamo chiesto al dottor Benedetti una sua valutazione sul riemergere o meno di questa pratica durante la pandemia: «Se parliamo di contenzione meccanica, come legare le persone, no. Controlliamo che non venga fatto, nelle case di riposo, e questa cultura è rimasta. Siamo bene su questo fronte. Ma se invece parliamo di contenzione ambientale, di isolamento e problematica legata alla gestione dell'anziano con disturbi del comportamento, che dovrebbe prevedere un'autonomia di spostamenti, non contenitiva, per ridurre l'utilizzo dei farmaci, su questo il problema c'è stato. Ci sono moltissimi anziani con disturbi del comportamento. Molti sono stati contagiati e per questi c'è stato un problema di gestione che ha portato a un aumento dell'uso dei farmaci e dell'isolamento all'interno della stanza».

L'esplosione della pandemia e la diffusione dei contagi ha portato infine a chiudere ai nuovi ingressi di anziani nelle case di riposo, con tutti i problemi economici per chi le gestisce che questo ha comportato. Molti letti si sono liberati, a causa dei "normali" decessi degli anziani ospiti e per i decessi aggiuntivi connessi al Covid, e nel 2020 non è stato possibile riempirli. Dopo i primi mesi del 2021 si sono riaperte le ammissioni, ma per qualche tempo i famigliari hanno esitato a ricorrere alla soluzione residenziale per i loro cari. Domenico Venier, responsabile amministrativo delle case di riposo comunali, ha riferito che, nonostante la diminuzione di circa 10 posti letto in ogni struttura, conseguenza dei protocolli dell'Azienda Sanitaria che prevedono delle zone di filtro e delle zone di isolamento, le case di riposo in genere sono restatesi molto a lungo in una inusuale situazione di posti letto liberi.

Nell'estate 2021 ci è stata segnalata da una delle assistenti sociali che abbiamo intervistato la ripresa delle domande e degli ingressi per le case di riposo: «Adesso ho tantissimi inserimenti in casa di riposo. Penso di non aver mai fatto così tante richieste del contributo pubblico di integrazione della retta delle case di riposo per chi non può pagare. Forse anche perché in questo momento il Comune è virtuoso rispetto a questo capitolo di spesa, ha i soldi per coprire le rette, comunque ho tantissime richieste. Forse anche complice il fatto che sono morte tante persone durante la pandemia e ci sono quindi tanti posti liberi. Non mi è mai capitato di trovare così tanta disponibilità in tutte le case di riposo» (Francesca Guardiani, assistente sociale anziani UTS2).

Domenico Venier, in relazione ai fondi comunali di "integrazione rette" per le case di riposo, previsti quando la persona e i famigliari non possono pagare, ha infatti fornito dati che mostrano una diminuzione della spesa fra il 2019 e il 2020.

Fondi spesi dal Comune per l'Integrazione Rette delle case di riposo di Trieste nel 2019 e nel 2020

2019	€ 1.330.000,00
2020	€ 1.149.000,00

In riferimento invece all'aumento delle persone in lista d'attesa per entrare in casa di riposo, il responsabile amministrativo ha esplicitato che molte persone fanno domande "preventive", per essere sicuri di ottenere all'occorrenza l'assegnazione di un posto, ma senza la sicurezza di voler effettivamente utilizzare questo posto.

Di seguito riportiamo l'andamento di alcuni dati relativi alle case di riposo comunali, interessanti ed esemplificativi pur rappresentando queste solo una piccola parte delle case di riposo di Trieste, in riferimento al numero dei residenti, le liste di attesa, i decessi e i fondi spesi. Sono tre le case di riposo comunali: il Gregoretto con 91 posti letto, Casa Bartoli con 120 posti letto, Casa Serena, con due plessi rispettivamente da 68 e 20 posti letto.

In queste si è assistito, fra l'inizio della pandemia nel marzo 2020 e il marzo 2021, ad un importante calo degli ospiti (da 260 passano a 203), con un aumento dei decessi nel primo anno di pandemia rispetto all'annualità precedente (64 decessi contro i 47 del periodo marzo 2019-febbraio 2021).

Numero ospiti e persone in lista d'attesa nelle case di riposo Comunali al 1/3/20, 1/3/21 e 1/6/21

	numero ospiti	numero persone in lista d'attesa
al 01/03/2020	260	188
al 01/03/2021	203	223
al 01/06/2021	202	255

Numero decessi nelle case di riposo comunali fra il marzo 2019 e il febbraio 2020 e fra il marzo 2020 e il febbraio 2021

	numero decessi
dal 01/03/2019 al 29/02/2020	47
dal 01/03/2020 al 28/02/2021	64

Coerentemente con il calo degli ospiti, c'è stata una diminuzione fra il 2019 e il 2020 dei fondi spesi.

Fondi spesi dal Comune per le Case di Riposo Comunali

2019	€ 1.796.000,00
2020	€ 1.400.000,00

i finanziamenti del servizio sanitario nazionale alle case di riposo

Non sono solo i fondi comunali, che intervengono, senza massimali, a finanziare la retta delle case di riposo quando la persona e i suoi familiari non possono pagare. A monte ci sono i fondi del Servizio Sanitario Nazionale, che pagano una parte della retta per le persone non autosufficienti, prescindendo quasi completamente dal reddito degli ospiti.

Ranieri Zuttion, attualmente direttore dell'Area Welfare di Asugi, da anni si batte per modificare questo assetto, che definisce un "meccanismo istituzionalizzante": «I LEA (Livelli Essenziali di Assistenza) stabiliscono che esiste un sostegno pubblico sanitario alle persone accolte nelle residenze per anziani. Non c'è un analogo sostegno pubblico a domicilio. È inutile dire contrastiamo l'istituzionalizzazione, se poi alle famiglie diamo il contributo solo se l'anziano va in casa di riposo. Il sistema di monitoraggio nazionale dei LEA prevede che le regioni ottemperino ai LEA se raggiungono certi standard di offerta residenziale (più hai livelli di risposta residenziale, più sei riconosciuto adempiente quindi hai il finanziamento): è un paradosso totale con quanto scritto all'articolo 21 dei LEA dove si dice che bisogna privilegiare la domiciliarità. All'articolo 30, 31, 34 per tutte le forme di bisogno (anziani, disabili...) invece si dice che se vai in una casa di riposo hai diritto al 50-70% del costo a carico del Servizio Sanitario Nazionale».

Abbiamo approfondito con Zuttion le caratteristiche e l'entità di questi finanziamenti. In Friuli Venezia Giulia le attuali regole prevedono che, per ogni posto convenzionato in casa di riposo,

la Regione intervenga con un contributo che varia da un minimo di 28 euro al giorno ad un massimo di 32,50 euro al giorno. Tale valore corrisponde alla somma del contributo “abbattimento retta” e del rimborso “oneri sanitari”. Il contributo “abbattimento retta” (L.R. 10/97, art. 13) viene corrisposto per ogni anziano non autosufficiente in una casa di riposo convenzionata ed è composto da una quota fissa giornaliera di 18 euro e una quota variabile di massimo 2,50 euro al giorno legata alla situazione economica (ISEE) del beneficiario. Il rimborso “oneri sanitari”, regolato dal DGR 124/2020, viene corrisposto alle strutture residenziali per rimborsare le spese effettivamente sostenute e rendicontate per l'assistenza infermieristica e riabilitativa (limite massimo: 12 euro al giorno per posto letto convenzionato) e per la gestione dei rifiuti speciali e i trasporti sanitari (limite massimo: 125 euro all'anno per posto letto convenzionato).

Di seguito la spesa nel 2019 e 2020 per l'“abbattimento retta”, che quindi è solo una parte della spesa del SSN per le strutture, nella provincia di Trieste. Come si vede non c'è una diminuzione ma un aumento, fra il 2019 e il 2020, nonostante nel corso del 2020 siano diminuiti i livelli di occupazione dei posti letto nelle strutture. Tale aumento della spesa nel 2020 è spiegato dal fatto che alla fine del 2019 ci sono stati numerosi nuovi convenzionamenti di posti letto nella provincia di Trieste.

Fondi spesi per l'abbattimento retta delle case di riposo di Trieste e provincia nel 2019 e nel 2020 (dati Asugi 2021)

2019	€ 9.034.099,05
2020	€ 9.229.231,95

Per quanto riguarda la spesa per gli “oneri sanitari”, non disponiamo dei dati relativi agli oneri rimborsati ma solo degli importi stanziati dalla Regione, riportati nella seguente tabella.

Fondi stanziati per il contributo “oneri sanitari” per le case di riposo di Trieste e provincia nel 2019 e nel 2020 (dati asugi 2021)

2019	€ 6.185.960,00
2020	€ 7.033.352,82

Ambedue questi fondi del Servizio Sanitario Nazionale sono a favore degli anziani non autosufficienti che vivono nelle strutture, ma non di coloro che vivono al proprio domicilio.

Zuttion ci riporta che è stata avviata una sperimentazione, seppur molto circoscritta, di utilizzo di questi fondi, sulla base della legge finanziaria del 2019, anche in esperienze di domiciliarità⁷.

Zuttion infine mette in discussione, relativamente alle persone non autosufficienti, l'intera impostazione dei finanziamenti, legati ai LEA, relativi al “fabbisogno di residenzialità”: «La Regione attualmente, per norma, deve stabilire il fabbisogno di residenzialità e sulla base di quello garantire i LEA. Io sostengo che non esiste un fabbisogno di residenzialità in assoluto, a priori, perché questo dipende dall'investimento che viene fatto per la domiciliarità. Bisognerebbe ragionare, piuttosto, su un fabbisogno di non autosufficienza, cioè un fabbisogno di supporto da parte di chi non è autosufficiente. Che poi una parte di queste persone debba ricorrere alla casa di riposo si valuta dopo: prima si devono individuare le persone e i loro bisogni. Il passo successivo dovrebbe essere stabilire che tutti hanno diritto a pari sostegno, che vadano in casa di riposo o che rimangano a casa, e che di conseguenza non legarsi alla struttura, ma attribuire un budget alla persona. La persona potrà quindi decidere, a certe condizioni, di rimanere a domicilio».

l'istituzione nella nostra testa

C'è un altro aspetto infine da considerare, che riguarda il modo stesso in cui le istituzioni totali, come tutte le istituzioni, ma in maniera più incisiva e rigida, danno forma a come le persone interpretano la realtà. Le istituzioni non sono solo realtà

concrete a noi esterne, ma entrano anche dentro di noi, nelle nostre teste. La sola loro esistenza crea il loro oggetto o meglio dà forma al modo in cui è visto e pensato questo oggetto, e condiziona le pratiche di chi si occupa di questo oggetto e della collettività tutta. Se la principale risposta alla non autosufficienza degli anziani consiste nell'istituzionalizzazione, questa verrà necessariamente vista dalla collettività come la soluzione di riferimento, forse in diversi casi l'unica possibile, e, di fronte ad un anziano che incomincia a perdere abilità e a divenire non autosufficiente, si tenderà quindi a chiedersi "Dove lo mettiamo?", prima ancora che "Cosa possiamo fare perché possa vivere bene a casa sua?". Se le risposte domiciliari invece acquistano spazio e sostegno, sarà più semplice iniziare a pensare e vedere il problema diversamente.

Riportiamo qui la prima delle esperienze che abbiamo raccolto dalla voce dei diretti interessati, in quanto esemplifica nel concreto con quale facilità viene consigliata la casa di riposo e come la pandemia ha portato a mettere questa tendenza in discussione, mandando in crisi il modello residenziale.

C'era una volta (e c'è ancora) il diabete, che dal 1989 è entrato a far parte della vita del signor Giovanni. Trent'anni dopo gli fa dei brutti scherzi, salendo moltissimo la sera (fino a 280) e scendendo un sacco il mattino (fino a 40): Giovanni sviene quasi ogni mattina, cambia colore, inizia a sudare, finché succede che si sente male quando è da solo e lo ritrovano 17 ore dopo.

A quell'epoca — era il 2019, ma sembra un'era geologica fa — viveva da solo in zona Campanelle con l'aiuto di una badante: al momento delle dimissioni dall'ospedale i medici convincono il suo unico figlio che non può più vivere da solo e suggeriscono una casa di riposo. Giovanni viene accolto alla Primula: si rassegna a questa decisione, ma in cambio ottiene il permesso di uscire liberamente da quella che lui definisce più una casa di cura che una casa di riposo. Tra gli ospiti molti non sono in nessun modo autosufficienti, ma il personale è scarso e non qualificato (la notte è in turno una sola persona e non è né un medico né un infermiere): Giovanni vede quello che accade e cerca di dare una mano.

Arriva il Covid e sappiamo com'è andata, in particolare alla Primula: grazie ad un fazzolettone che Giovanni si mette sulla bocca e sul naso è uno dei pochi a non contagiarsi, tanto che ad un certo punto mettono lui in isolamento. Lo scenario è apocalittico, di notte — racconta — è lui a preparare la terapia per gli ospiti ancora vivi. Ad un certo punto lascia la Primula e viene trasferito al Sanatorio triestino: è in questo momento che il Distretto di competenza, il numero 3, si mette in contatto con il figlio, esprimendo delle perplessità sulla scelta di istituzionalizzare un uomo lucido, autonomo, collaborante.

Il figlio tuttavia ha paura che possano ripetersi episodi simili a quello già verificatosi: gli operatori del Distretto lo rassicurano e gli propongono un breve periodo a sue spese in albergo, in modo da avere tempo per cercare una soluzione abitativa idonea e al contempo dimostrare che il signor Giovanni era in grado di affrontare la vita quotidiana in autonomia.

Finalmente suo figlio gli trova un appartamento ammobiliato a San Giacomo, in via dell'Istria 12: a casa

sua, infatti, non può tornare, perché è stata affittata con un contratto quadriennale. Abita da solo, ma con l'aiuto di una signora, che quattro volte a settimana per due ore e mezza lo aiuta nelle pulizie e nella preparazione dei pasti; uno dei nipoti (ne ha cinque) gli fa la spesa.

Per lui non è stato attivato il FAP, perché c'era disponibilità economica.

Poche settimane fa ha subito un intervento a causa di un'occlusione intestinale, ha perso molto peso, ma è di nuovo in piedi e spera di poter riprendere le sue passeggiate in giro per la città, anche se abita in uno stabile senza ascensore con due rampe di scale piuttosto impegnative prima di raggiungere il suo appartamento al primo piano.

Il signor Giovanni ha 77 anni, da 25 è in pensione (faceva l'impiegato in banca), da altrettanti è rimasto vedovo: sua moglie, che era stata caposala al Pronto Soccorso del Maggiore, è morta all'età di 47 anni a causa di una leucemia fulminante poche settimane dopo che lui aveva smesso di lavorare.

[Giovanni]

gli anziani e la città: la casa come primo luogo di cura

La casa cura. Tanto più con l'avanzare dell'età, la persona è rassicurata dal permanere nel proprio ambiente di vita, dal poter mantenere i ritmi che ha scelto, dalla conoscenza degli spazi, degli oggetti, dai contesti anche esterni e dalle relazioni in cui è inserita. E la stragrande maggioranza delle persone anziane vive al proprio domicilio, in Italia circa il 79%, in famiglia, spesso con il coniuge (la percentuale è in crescita) o da sole (soprattutto le donne) (Del Giudice e Dirindin, 2021). Ma in particolare, quando la persona comincia a perdere abilità, quando si sente fragile o non autosufficiente, necessita, lei e la sua famiglia, di un contesto che la supporti, di una "città che cura" (Rotelli, 2016; Gallio e Cogliati Dezza, a cura di, 2018).

L'orizzonte della "città che cura" diventa una realtà concreta solo con servizi territoriali forti e sufficientemente aperti ai territori e incentrati sulle persone e i loro bisogni, che supportano processi in cui tutti, soggetti e servizi, uniscono le forze per obiettivi di bene comune, evitando frammentazioni, sovrapposizioni, separatezze, esclusioni. Nel caso della persona anziana non basta la permanenza della stessa al proprio domicilio: il problema è come questa vive, con quale autonomia, quale libertà, quale possibilità di scelta, quali relazioni. Che dire infatti se la persona vive murata in casa perché non riesce più a fare le scale, non ha l'ascensore e non ha nessuno che la aiuta a uscire? Che dire se ha bisogno di aiuto, ma non ha la capacità di chiedere aiuto né di farsi strada nella giungla delle burocrazie, delle competenze e dei "non è di mia competenza", dei tempi di attesa degli aiuti previsti dalle istituzioni? Che dire se è completamente sola? Che dire se ottiene sì assistenza ma senza avere sufficiente voce per contrattare le modalità e l'organizzazione della sua quotidianità?

La Regione Friuli Venezia Giulia, in linea con le indicazioni nazionali e degli organismi internazionali, ha messo a punto negli anni una cornice normativa di qualità per il welfare territoriale, che orienta i servizi verso parole d'ordine come integrazione, territorio, domiciliarità e coinvolgimento attivo della cittadinanza e mette a disposizione per gli anziani e le persone con disabilità strumenti per supportarne la permanenza al proprio domicilio.

I servizi territoriali del Servizio Sociale e dell'Azienda Sanitaria a Trieste, in collaborazione anche con l'Azienda dell'Edilizia Residenziale Pubblica e altri Enti e soggetti, forniscono agli anziani e non solo fondamentali presidi, aiuti, risposte, con gradi diversi di accessibilità, flessibilità, tempestività, integrazione e quindi di efficacia.

Alcuni di questi si basano su una logica di attesa della domanda, non di iniziativa, mancando quindi di proattività nel rilevare e rispondere ai bisogni, ma c'è una importante tensione a superare questo ed altri limiti, che ha portato fra l'altro, nelle zone individuate come le più svantaggiate della città, Azienda Sanitaria, Comune e Ater, con il coinvolgimento del Terzo settore, ad avviare insieme il Programma Habitat Microaree. Ci sono inoltre in città numerose associazioni impegnate in importanti azioni di supporto, solidarietà e vicinanza con gli anziani più fragili e i loro caregiver.

Molto è stato fatto, molto rimane da fare. La pandemia ha estremizzato le problematiche già da sempre presenti, aumentando l'isolamento degli anziani non solo all'interno delle case di riposo ma anche all'esterno. Come ci ha segnalato Antonella Rai, funzionaria del Comune di Trieste, due gravi fatti di cronaca avvenuti a Trieste nell'aprile 2021 sembrano esemplificarlo.

Nella primavera del 2021 vengono trovati dopo diverse settimane i corpi, morti, in avanzato stato di decomposizione, di un padre ottantenne e un figlio cinquantenne, nel loro appartamento. Sono stati degli operai che stavano lavorando su un'impalcatura attorno all'abitazione a dare l'allarme per il forte odore da questa proveniente. I vigili del fuoco sono entrati sfondando la porta e hanno trovato un appartamento in condizioni di sporcizia e degrado e i corpi dei due uomini, in due stanze diverse, stesi per terra sopra delle coperte. Nell'appartamento non c'erano letti. È stato escluso dalla Procura che si sia trattato di omicidio o di suicidio. Si ritiene che il figlio cinquantenne, che soffriva di obesità, sia morto prima per cause naturali (si era ammalato di Covid?) e che il padre sia morto successivamente, stroncato da un malore, dopo aver scoperto la morte del figlio. I vicini di casa non avevano notato nulla di strano né nel periodo precedente né nel periodo successivo alla morte dei due (Il Piccolo, 9/4/21).

Un altro tragico fatto è accaduto poche settimane dopo a una coppia di anziani (TriestePrima, 22/4/21). Il figlio, che viveva all'estero, ha capito, dopo aver cercato inutilmente di mettersi in contatto con i genitori, che c'era qualcosa che non andava — anche perché gli avevano detto giorni prima di avere entrambi l'influenza — e ha allertato il 118. I sanitari sono andati a verificare la situazione nell'appartamento e hanno trovato l'uomo in stato confusionale: da giorni viveva accanto al cadavere della moglie, morta in casa. È stato portato all'ospedale ed è risultato positivo al Covid. Si erano entrambi ammalati ma, forse anche per paura del trattamento ospedaliero di questa malattia, non hanno voluto chiedere aiuto?

Sono storie che, nel primo caso in maniera soltanto ipotetica, nel secondo più sicura, intersecano in qualche modo la pandemia, ma non parlano solo di questa. Parlano di solitudine, di assenze, di miseria anche se non economica, che la pandemia ha solo acuito. Sono segno di quanto ancora rimane da fare per costruire coesione sociale e vicinanza istituzionale.

NOTE AL CAPITOLO

4. La tipologia, che riportiamo, è tratta dal regolamento D.P.Reg 144/2015 e successive modifiche e i dati sulla quantità delle strutture e dei posti letto, aggiornati al 2021, sono forniti dall'Area Welfare della Regione Fvg. Si segnala che nell'elenco non compaiono le Residenze sanitarie assistenziali (RSA) in quanto, a differenza che nel resto di Italia, in Friuli Venezia Giulia la RSA non è una casa di riposo ma è una struttura che accoglie in maniera temporanea (in genere con degenze inferiori a un mese) persone anziane che hanno bisogno di riabilitazione e/o di recupero psicofisico, che non possono essere trattate a domicilio e per le quali non si ritiene necessario il ricovero ospedaliero. Si tratta di strutture private convenzionate con l'Azienda Sanitaria e ogni Distretto gestisce i propri posti letto presso le Residenze Sanitarie Assistenziali ad esso afferenti.

5. Facciamo qui riferimento alla definizione di "istituzione totale" come elaborata dal sociologo Erving Goffman nel suo celebre "Asylums". È lui stesso ad annoverare gli istituti per vecchi tra le istituzioni totali, deputate ad offrire residenza a categorie di persone "socialmente indesiderate" (Goffman, 1968, p. 34).

6. Si tratta di dati interni provenienti dal database del Dipartimento di Prevenzione dell'Asugi non ancora validati.

7. Si tratta delle sperimentazioni di domiciliarità innovativa che approfondiremo nel capitolo 6.

Servizio sociale, sanità territoriale e Ater fra distanziamento e vicinanza

I servizi territoriali sanitari e sociali consistono in articolati dispositivi e strumenti per la presa in carico integrata della persona che ha bisogno di cure e assistenza nel suo contesto di vita. Ma, seppur molto sviluppati a Trieste, non sono sempre facilmente accessibili, non sono sempre propriamente integrati, non sono sempre sufficienti. Quando le persone anziane perdono abilità e diventano non autosufficienti, la soluzione della casa di riposo è quella più scorrevole: quasi “uno scivolo”, come un'operatrice intervistata l'ha definita, mentre la strada per restare al proprio domicilio, ci ha detto la stessa operatrice, è “in salita”.

Durante la pandemia, nonostante la soluzione della casa di riposo sia stata meno praticabile e non possibile in alcuni periodi, i servizi territoriali, in particolare al manifestarsi della epidemia, non sono stati implementati, anzi in alcuni casi sono stati fortemente indeboliti. Nella tensione fra lo sforzo da parte dei servizi di stare vicino ai territori e ai cittadini e le barriere e distanze frapposte per esigenze organizzative ma anche difensive e di tutela, hanno prevalso le barriere e le distanze. Il noto, e sempre immanente, rischio di riprodurre muri e chiusure anche nei servizi territoriali, nella pandemia si è molto amplificato. Il distanziamento è stato necessario per contrastare il virus, ed è stato prescritto dal Governo, ma il distanziamento fisico e le misure igieniche di prevenzione del contagio non si possono confondere con il distanziamento sociale e istituzionale. E tanto più non devono comportarlo.

Dalla ricerca fatta sembra che a volte queste diverse forme di distanziamento siano invece andate di pari passo. Nello specifico delle persone anziane e la permanenza al proprio domicilio la ricerca-azione ha evidenziato sia gli ostacoli e i problemi che sono aumentati, sia

anche alcuni presidi e strumenti che sono invece riusciti a mantenere efficacia e vicinanza nel rispondere ai bisogni.

Nel descriverli cercheremo anche di fornire alcune coordinate più generali, sui servizi territoriali sanitari e sociali triestini per quanto riguarda gli anziani, come anche sull'Azienda dell'Edilizia Residenziale Pubblica, Ater, che a Trieste gestisce un importante numero di alloggi destinati a persone con fragilità.

L'integrazione socio-sanitaria e i suoi dispositivi

L'area degli anziani rappresenta una delle aree principe dell'integrazione socio-sanitaria.

L'integrazione socio-sanitaria è rivolta a «persone che presentano bisogni di salute che richiedono prestazioni sanitarie e azioni di protezione sociale, anche di lungo periodo, sulla base di progetti personalizzati redatti sulle scorte di valutazioni multimediali» (Art. 2, comma 1 DPCM 14 febbraio 2001). Le prestazioni che concorrono alla realizzazione dei progetti personalizzati possono essere sanitarie a rilevanza sociale, socio-sanitarie a elevata integrazione sanitaria, ambedue di competenza delle Aziende Sanitarie, e prestazioni sociali a rilevanza sanitaria che competono ai Comuni, con partecipazione alla spesa da parte dei cittadini.

Il sistema territoriale dei servizi sanitari e sociali deve concorrere quindi, in forma strutturata e sinergica, a garantire una risposta ai bisogni complessi delle persone, considerate in maniera unitaria e globale, garantendo percorsi personalizzati e il superamento di risposte separate, valorizzando le risorse della persona e del suo contesto, come quelle formali ed informali del territorio.

Di seguito entriamo nel dettaglio di alcuni dei principali dispositivi e strumenti dell'integrazione socio-sanitaria a favore delle persone anziane.

Il Punto Unico Integrato (PUI) è lo sportello unificato di accesso socio-sanitario per la popolazione anziana, luogo d'accoglienza in cui, da parte di un assistente sociale comunale e un infermiere del Distretto Sanitario, vengono date informazioni, viene fatta la prima valutazione del bisogno e viene fornita consulenza sociosanitaria. È un servizio essenziale così come indicato dalla Legge Regionale 6 del 2006. Il servizio rappresenta il punto d'avvio del percorso di presa in carico (di area sociale, sanitaria o socio-sanitaria) per le persone anziane con problemi di autosufficienza ed è anche il principale canale, per chi non è già in carico al servizio sociale, per accedere al percorso per la fruizione del Fondo per l'autonomia possibile (FAP).

Nel Comune di Trieste c'è una sede del Punto Unico per ognuno dei quattro Distretti Sanitari, e, prima della pandemia, ogni sede era aperta al pubblico due mattine a settimana.

Con l'esplosione della pandemia il Punto Unico è stato chiuso al pubblico e ha continuato a funzionare solo come contatto telefonico con i due servizi. La parte sanitaria e la parte sociale hanno poi ripreso a ricevere il pubblico, ma separatamente, ognuno presso le sue sedi. Anche attualmente (ottobre 2021) il Punto Unico Integrato è ancora sospeso.

Come è andata con il Punto Unico esemplifica bene una questione più generale, che riguarda anche molti altri aspetti e strumenti del lavoro dei servizi: la pandemia ha in qualche modo compromesso la pratica dell'integrazione socio-sanitaria,

cioè la capacità dei servizi sanitari e sociali di lavorare insieme nella presa in carico globale delle persone con bisogni sanitari e sociali. L'integrazione fra sociale e sanitario, centrale nella normativa di riferimento e importante nel rendere possibile la permanenza a domicilio delle persone più fragili, è sempre un nodo problematico, terreno di molte opportunità ma anche di tensioni e barriere: la pandemia non ha fatto altro che enfatizzare queste ultime, estremizzarle, portarle in luce anche nelle esperienze virtuose come quella del Punto Unico.

Stefano Ferroli, funzionario del Comune, descrive in questo modo quanto è successo, sottolineando molto il venir meno della possibilità da parte della sanità di collaborare come in precedenza: «La sanità è stata posta, ed è ancora, talmente sotto stress che quando si parla di non autosufficienza non lavoriamo più in maniera integrata. La non autosufficienza per definizione è un percorso di valutazione e presa in carico integrata, e su questo si basa il nostro protocollo di valutazione e presa in carico con l'Asugi. Ma l'Asugi è stata stravolta dalla pandemia e quindi tutti i nostri protocolli e tutte le nostre prassi di presa in carico sono state completamente scombinare. Abbiamo continuato a lavorare insieme, però tutte le risorse umane e il tempo che prima la sanità poteva impiegare per collaborare e per aiutarci nelle prese in carico, ovviamente sono state gravemente compromesse dalla necessità urgente di fronteggiare la pandemia, specialmente nella popolazione anziana, che è stata quella più devastata dal Coronavirus.»

Gli operatori e dirigenti sanitari intervistati hanno anch'essi raccontato il grave sconvolgimento che la pandemia ha portato nei servizi e le difficoltà nell'integrazione socio-sanitaria, ma riconducono maggiormente le difficoltà alla tendenza, da parte del Comune forse in misura maggiore che dell'Azienda sanitaria, a privilegiare forme di telelavoro e avere quindi poco confronto sul campo con l'utenza e con gli operatori degli altri servizi. Un esempio sono le modalità di valutazione integrata per l'assegnazione del FAP, che da parte del Servizio sociale con l'esplosione dell'emergenza sono diventate telefoniche.

Il Fondo per l'autonomia possibile (FAP) è rivolto a persone non autosufficienti ed è finalizzato a favorire la permanenza al proprio domicilio dei destinatari, in particolar modo degli anziani⁸. Si tratta di uno strumento volto a sostenere economicamente progetti personalizzati di assistenza privata contrastando il rischio di istituzionalizzazione. L'attivazione del Fondo si basa su una valutazione integrata da parte del servizio sociale e sanitario e il contributo viene assegnato sulla base di requisiti di condizione economica (non molto limitanti: ISEE inferiore a 30.000 euro per gli anziani) e di situazione socio-sanitaria valutata sulla base del numero di "ADL" (Activities of Daily Living) perse dalla persona. Il contributo varia anche a seconda del numero di ore di assistenza necessarie.

Per quanto riguarda gli anziani varia da un minimo di 1.548 € e un massimo 6.204 € l'anno per massimo 20 ore settimanali di assistenza e da un minimo 2.760 € a un massimo 10.920 € l'anno quando la quantità di ore di assistenza è maggiore di 20 a settimana⁹.

Il FAP è uno strumento molto utile e molto utilizzato, anche se per le persone anziane e fragili, soprattutto se sole, ottenere e gestire il fondo presenta di per sé alcune problematiche.

Prima di tutto, le pratiche per la ricerca, l'assunzione e la gestione di un assistente familiare privato da pagare con l'aiuto del fondo sono complesse. A questo si ovvia se all'anziano viene

assegnato un amministratore di sostegno competente, ma i tempi per l'assegnazione non sono immediati, e/o rivolgendosi a una cooperativa, ma in questo secondo caso aumentano i costi. Inoltre, per la fruizione del fondo possono passare diversi mesi, anche più di 6, in quanto la graduatoria con le nuove domande viene formalizzata solo ogni 6 mesi. Una volta approvata la graduatoria, gli Ambiti del Servizio Sociale attivano i progetti in ordine di punteggio fino all'esaurimento dei fondi trasferiti dalla Regione. I funzionari del Servizio Sociale intervistati ci hanno riferito che a Trieste spesso succede che i progetti siano più dei fondi a disposizione e che quindi, perché tutti i progetti approvati siano finanziati, si debba aspettare che la Regione eroghi ulteriori fondi.

Il FAP non è retroattivo e, in attesa di riceverlo, l'unica soluzione, se la persona non riesce a pagare temporaneamente l'assistenza di cui ha bisogno, è che i servizi attivino altri strumenti e fondi. Un'altra criticità è che ci sono tanti anziani fragili che però non rispondono ai criteri per l'assegnazione del FAP: se hanno bisogno di più assistenza di quella offerta direttamente dal servizio sociale e non possono permettersela rimangono scoperti. E c'è l'importante problema che, se la persona ha un reddito basso (pensione minima), il FAP non è in nessun caso sufficiente a garantire un'assistenza sulle 24 ore: se il bisogno è di questo tipo l'unica strada percorribile quando si hanno problemi di reddito e non si hanno aiuti in famiglia è l'istituzionalizzazione.

Al momento del primo lockdown, il servizio sociale ha introdotto modalità telefoniche per fare la valutazione integrata per decidere l'accesso dell'utente al Fondo per l'Autonomia possibile, mentre il servizio sanitario ha continuato in presenza. La valutazione telefonica continua a essere permessa anche in questa fase e, anche se da qualche tempo si è ripreso anche da parte delle assistenti sociali a fare la valutazione di persona quando si tratta del primo accesso al fondo, quando si tratta di valutazioni successive alla prima succede tuttora che vengano fatte telefonicamente, a meno che non sia richiesto l'aumento del fondo per l'aggravamento della persona.

Da quanto ci è stato riferito dalle funzionarie e dai funzionari sia dei distretti che del servizio sociale si è ridotto molto anche, più in generale, il numero degli incontri di UVD fatti in presenza.

Unità di valutazione distrettuale (UVD). Le UVD sono équipe multiprofessionali, formate da infermieri del distretto sanitario, il medico di base e l'assistente sociale comunale, funzionali alla presa in carico integrata degli anziani con problemi socio-sanitari complessi.

A seconda delle esigenze della persona o della situazione da valutare vengono coinvolte anche specifiche ulteriori figure professionali (fisiatra, fisioterapista, geriatra, psicologo, psichiatra...) e persone in vario modo coinvolte nel progetto di assistenza (per es. un familiare, l'amministratore di sostegno, un volontario particolarmente vicino alla situazione, ecc...).

Prima della pandemia gli incontri delle UVD, organizzati nelle fasi in cui è necessario individuare e coordinare gli interventi più adatti a rispondere ai bisogni complessi della persona, venivano spesso fatti a domicilio, con il coinvolgimento della persona stessa e dei caregiver. Con la pandemia questa pratica si è interrotta e sono state privilegiate modalità telematiche. In alcune Microaree¹⁰ si è cominciato a sperimentare una modalità per la quale un singolo operatore della Microarea si reca al domicilio e si connette via remoto con tutti gli altri operatori coinvolti. Anche dove non è attiva questa sperimentazione comunque l'equipe integrata non si reca più insieme al domicilio dell'utente, gli operatori in presenza vengono ridotti al minimo e vengono utilizzate spesso telefonate per il raccordo con l'equipe o altre modalità a distanza. Molto spesso, se in presenza, le UVD, come vengono per brevità chiamate dagli operatori, vengono fatte presso le sedi dei servizi e non più a domicilio dell'utente, con un aumento quindi delle difficoltà a coinvolgere attivamente quest'ultimo.

«Se non perdi di vista il contatto con la persona, certe cose ti fanno risparmiare un sacco di tempo, fai comunque circolare le informazioni, le persone anziane non si fanno problemi, lo accettano bene», spiega una funzionaria intervistata, Antonella

Rai, parlando della sperimentazione delle UVD da remoto, con un solo operatore che va a casa della persona e si connette con gli altri. «Sono convinta che bisogna proseguire in questa direzione, ma con buon senso. La presenza e la vicinanza vanno garantite.»

La direttrice del Terzo Distretto dell'Azienda Sanitaria Ofelia Altomare è più radicalmente dell'idea che le UVD andrebbero garantite sempre e da tutti in presenza, in caso di pandemia usando i dispositivi di protezione e nel rispetto di tutte le norme di sicurezza: «Come non fai una terapia intensiva o un intervento chirurgico in smart working, non puoi fare un lavoro socio-sanitario integrato di UVD, equipe multidisciplinare, a distanza. Non lo puoi fare. Devi garantire la presenza».

Seppur con punti di vista diversi, gli "addetti ai lavori" intervistati concordano comunque tutti che nel complesso l'integrazione socio-sanitaria è saltata e che questo è stato un problema. Così intervengono i funzionari comunali:

«Mi rattrista molto che invece di usarlo per aiutarci, questo strumento dell'integrazione l'abbiamo mollato e ognuno è corso per le sue a fare quello che pensava di dover fare. Siamo andati in tilt.» (Antonella Rai).

«Anche perché, per dire una stupidaggine che non è tanto una stupidaggine, banalmente ogni situazione di urgenza dove bisognava fare un progetto integrato per il rientro a domicilio, cosa succedeva? Ci si trovava assistenti sociali, infermieri del distretto e familiari presso l'RSA o molte volte anche presso il reparto ospedaliero. Quel momento era fondamentale per scambiarsi le opinioni e per parlare direttamente con la persona, perché è fondamentale parlare con la persona, mentre da un anno a questa parte si fa tutto per email. Adesso chi è entusiasta dello smart working e delle nuove tecnologie sembra quasi che abbia avuto l'occasione per fare un salto di qualità e di progredire, ma da questo punto di vista è stato veramente un disastro. Dal punto di vista del rapporto con la persona, se io devo costruire un rapporto con qualcuno che è stato ricoverato in ospedale, che ha perso autonomia, e devo capire cosa pensa, cosa vorrebbe e cosa si può fare per lui, dovrei parlare con la persona insieme alla sua famiglia, a suo figlio, al suo vicino di casa, all'infermiera, al medico, ma adesso invece tante volte attiviamo servizi alla cieca.» (Stefano Ferroli)

il servizio sociale comunale e l'assistenza domiciliare

Il servizio sociale comunale è finalizzato a predisporre e erogare servizi e aiuti utili a superare le situazioni di bisogno e difficoltà lungo tutto l'arco della vita dei cittadini, con una particolare attenzione per i bisogni sociali, e svolge inoltre una funzione di ascolto e di aiuto per prevenire e ridurre il disagio sociale. Opera in modo integrato con diversi altri Enti e soggetti pubblici, del Terzo Settore, della cittadinanza. È suddiviso per target specifici: minori, adulti, anziani, disabili.

Prima del 2014 a Trieste il servizio sociale era organizzato in quattro Unità Operative Territoriali (UOT), che coincidevano con i 4 Distretti Sanitari: c'era una sede territoriale per ogni UOT, dove c'erano assistenti sociali per tutti i target di popolazione. Successivamente le UOT sono diventate due, ognuna a sua volta suddivisa in due UTS (Unità Territoriali Sociali). È stata mantenuta la suddivisione territoriale nell'operatività, ma sono state ridotte le sedi nei territori. In particolare nel caso degli anziani tutte le aree territoriali della città fanno riferimento alla stessa sede fisica, attualmente in piazza Vittorio Veneto e in fase di trasferimento.

Anche se le assistenti sociali sono in genere disponibili ad andare a domicilio delle persone, la distanza fra la sede del servizio anziani e i territori più periferici e svantaggiati della città non facilita il rapporto con i cittadini. Inoltre con il Covid non c'è più stata la possibilità di andare senza appuntamento presso la segreteria del servizio anziani nel suo orario di apertura. L'unica attuale possibilità di contatto in presenza senza appuntamento con il servizio sociale è quella del primo accesso, che viene offerta a tutte le categorie di potenziale utenza presso lo stesso sportello, collocato in due diverse sedi (via dei Moreri e via Locchi) a seconda della zona di residenza e aperto ogni mattina. Questo sportello, come anche il Punto Unico Integrato Anziani di cui abbiamo parlato nel precedente paragrafo, è stato chiuso con il primo lockdown, ma successivamente — a differenza del Punto Unico, di cui a ottobre 2021 si è ancora in attesa della riapertura — è stato riaperto.

Il servizio sociale con l'esplosione della pandemia ha scelto di limitare al massimo le interazioni faccia a faccia sia con altri operatori che con l'utenza, ma senza eliminare quelli che sono stati considerati servizi indispensabili. Le assistenti sociali nel primo lockdown hanno avuto indicazione di interrompere le visite domiciliari, tranne nei casi di segnalazione di gravi problemi igienici e abbandono, e gli incontri faccia a faccia con l'utenza, oltre che di evitare, in ufficio, la copresenza con altri nella stessa stanza. È stata data quindi alle assistenti sociali la possibilità di lavorare da casa il 50% del tempo e il restante tempo passarlo in ufficio, con turni che rendevano possibile evitare la copresenza.

Anche le attività a contatto diretto con l'utenza delle assistenti domiciliari comunali, operatrici del SAD (servizio di assistenza domiciliare) che si occupano soprattutto di socialità e di persone parzialmente autosufficienti, — ci è stato riferito dai funzionari intervistati — e sono state ridotte molto, anche per la scarsità nel primo periodo di dispositivi di protezione individuale, pur non interrompendo mai da parte loro il monitoraggio delle situazioni. L'andamento delle attività in presenza fornite dalla cooperazione sociale ha avuto più continuità, ma con qualche riduzione o modifica nel momento dell'esplosione dell'emergenza.

Il Servizio assistenza domiciliare (SAD) e l'Assistenza domiciliare integrata (ADI) consistono in interventi socio-assistenziali di sostegno alla domiciliarità, fruibili singolarmente o in forma integrata, con tariffe agevolate che variano in modo direttamente proporzionale alla condizione economica dell'utente (certificazione ISEE) e che nella fascia più bassa (ISEE fino a 5000 euro) scendono a zero. I servizi sono destinati a persone di tutte le età con problemi di autonomia funzionale, problemi relazionali e di gestione della vita quotidiana. I destinatari effettivi sono per la maggioranza anziani. I servizi sono volti al soddisfacimento di bisogni assistenziali e relazionali e sono erogati direttamente a domicilio da assistenti domiciliari comunali (in tutto 30 persone) per attività di supporto, monitoraggio e socialità (SAD) o dalla cooperazione sociale per attività di assistenza (ADI, svolta con operatori socio sanitari, in tutto 35), consegna pasti, pulizie e manutenzione alloggi. Le attività di assistenza fornite dalla cooperazione, spesso con un certo turnover di operatori per la stessa persona, coprono 365 giorni all'anno nella fascia oraria delle 7.00 alle 21.00, mentre le assistenti domiciliari comunali lavorano solo dal lunedì al venerdì mattina con due rientri pomeridiani a settimana.

Il SAD e l'ADI possono consistere in aiuti frequenti, anche quotidiani, ma non coprono mai più di 3 ore al giorno di assistenza a persona nel caso

dell'assistenza fornita dalla cooperativa (per un totale di 21 ore a settimana, dal lunedì alla domenica) e non coprono mai più di 2 ore al giorno a persona da parte delle assistenti domiciliari comunali (per un totale di 10 ore a settimana, dal lunedì al venerdì). A queste ore, che possono essere anche molte meno — il minimo è circa 2 ore a settimana — possono sommarsi pasti a domicilio quotidiani e pulizie periodiche. Questi strumenti necessitano di un iter di attivazione non breve, che comporta fra l'altro la presentazione della certificazione ISEE, che l'utente deve fare in patronato o online sulla base di una articolata documentazione.

Il Pronto intervento domiciliare (PID) è attivato in caso di emergenza. È disciplinato da un protocollo integrato fra Comune e Azienda Sanitaria e consiste in una modalità di attivazione rapida dei servizi domiciliari e nella disponibilità di alcuni posti letto per accoglimento temporaneo in una struttura residenziale comunale.

Paradossalmente, in un momento di grande bisogno di supporto per i cittadini più fragili come è stata l'esplosione della pandemia, i funzionari intervistati ci hanno espresso la loro percezione di una complessiva riduzione dell'assistenza domiciliare erogata dal Comune: «Tante persone hanno rinunciato a dei servizi per loro non indispensabili per il timore di essere contagiati dagli operatori. E noi stessi abbiamo tagliato dei servizi non indispensabili. Per cui l'andamento dell'erogazione dei servizi è molto strano, perché per assurdo nel 2020 noi abbiamo avuto un calo nell'erogazione dei servizi domiciliari: siamo andati ad erogare solamente i servizi indispensabili per le situazioni di non autosufficienza grave senza rete familiare. Abbiamo avuto quantitativi orari molto più alti per meno persone, perché si è trattato delle persone che venivano dimesse dall'ospedale o dalle RSA in condizioni di non autosufficienza, abbiamo dovuto investire più ore per meno persone.» (Stefano Ferroli).

I funzionari intervistati hanno pure riferito che spesso le pulizie sono state interrotte, e non sempre sono state successivamente riprese nel corso dell'anno, mentre è aumentata soltanto, con il primo lockdown, la consegna dei pasti a domicilio, che ha riguardato anche diverse persone precedentemente non in carico.

Abbiamo analizzato alcuni dati, i più significativi dei quali riportiamo di seguito, che quantificano l'utenza dei servizi domiciliari e il suo andamento negli ultimi 4 anni. La riduzione dei servizi di assistenza domiciliare all'esplosione della pandemia, di cui ci è stato riferito, non è visibile dai dati e questo è legato al fatto che questi ultimi riguardano l'intero 2020 e non solo il periodo del primo lockdown (marzo–maggio 2020).

Gli utenti complessivi del servizio comunale nel 2020 sono di più rispetto agli anni precedenti. In particolare sono aumentate le persone che ricevono pasti a domicilio e questo si vede sia dal dato “di stock” (cioè riferito a un momento specifico e non a un intervallo temporale) al 31/12 del 2020 rispetto al dato al 31/12/2019, sia dal dato “di flusso” (cioè riferito a un intervallo temporale e non a un momento specifico) dell'anno 2020 rispetto al dato dell'anno 2019.

	2018	2019	2020	dal 1/1/21 al 1/10/21
Totale utenti servizio domiciliare nell'anno (compresi pulizie e pasti)	590	600	644	592
Erogazione pasti — Numero utenti al 31/12 (dato di stock)	179	159	180	198
Erogazione pasti — Numero utenti nell'anno (dato di flusso)	226	208	256	251

Si può invece vedere di seguito, per quanto riguarda i fruitori di ADI, che il dato “di stock” al 31/12/2020 è più basso di 7 unità rispetto al dato al 31/12/2019 (aumenta invece al 1/10/21). Questo sembra confermare quanto si è potuto già cogliere dalla citazione di Stefano Ferroli riportata sopra rispetto al diminuire delle persone non autosufficienti alle quali il Comune ha fornito assistenza domiciliare con l'esplosione della pandemia.

La questione è però più complessa. Infatti, guardando il dato “di flusso”, il numero complessivo degli utenti di ADI, l'assistenza domiciliare per persone non autosufficienti, nel corso dell'anno 2020 è aumentato rispetto al 2019. Ferroli però, con il quale abbiamo analizzato i dati, ci ha segnalato che si tratta di un aumento riconducibile all'aumento di casi di aperture del servizio che sono state seguite molto velocemente da chiusure dello stesso, a causa dei frequenti decessi e i frequenti ricoveri. Essendosi l'ADI nel 2020 occupata principalmente di situazioni molto gravi, i ricoveri e i decessi sono stati infatti particolarmente frequenti.

	2018	2019	2020	dal 1/1/21 al 1/10/21
ADI per non autosufficienti — Numero utenti al 31/12 (dato di stock)	145	161	154	187
ADI per non autosufficienti — Numero utenti nell'anno (dato di flusso)	184	199	244	285

Come si è già visto, di fronte al problema della non autosufficienza la casa di riposo è spesso la soluzione più semplice, anche se non la più rispettosa dei bisogni della persona, ma con la pandemia le case di riposo, soprattutto nella prima ondata, sono state l'epicentro del contagio e di conseguenza questa soluzione non è stata utilizzata.

Alla luce del fatto che l'assistenza domiciliare comunale per non autosufficienti (ADI), nello stesso periodo della pandemia in cui si sono fermati gli ingressi nelle case di riposo, da quanto ci riferiscono e da quanto in parte si vede dal dato di stock al 31/12/20 sopra menzionato, non sembra essere aumentata, e che l'aumento del flusso di utenti dell'anno nel 2020 è spiegato da prese in carico brevi, “apri e chiudi”, c'è da chiedersi come sono stati soddisfatti i bisogni di assistenza e supporto non coperti dalle case di riposo. Il parere dei funzionari intervistati è che sia aumentato, soprattutto, il carico dei famigliari.

Dai dati forniti inoltre risulta esserci stato un aumento di utilizzo del Fondo per l'autonomia possibile (FAP) per l'assunzione di assistenti familiari in privato.

	2019	2020
Numero anziani beneficiari di FAP	1225	1309
Fondi impegnati per i FAP per gli anziani	6.126.006 euro	7.348.189 euro

Ferrolì ha sottolineato che è stato anche usato molto il PID domiciliare, cioè il percorso di attivazione rapida di SAD e ADI in caso di urgenza, soprattutto per attivare aiuti per persone dimesse dall'ospedale. E, come si approfondirà nel prossimo paragrafo, l'Azienda Sanitaria ha contribuito con lo strumento flessibile e tempestivo del Budget di salute.

Su questo tema specifico sono emerse difficoltà di collaborazione fra Azienda Sanitaria e Comune, in particolare sottolineate dal direttore socio-sanitario dell'Asugi, Fabio Samani, che ha segnalato che il PID, «strumento che per noi è quasi imprescindibile, per la gestione in emergenza di alcune situazioni che sono molto poco sanitarie anche se l'alert deriva sempre dal mondo sanitario», non è stato utilizzato a sufficienza a suo parere da parte del Comune.

In effetti, come ci ha spiegato Ferrolì, mentre il PID domiciliare è stato molto utilizzato, il PID residenziale, che consiste in posti letto nelle strutture residenziali comunali finalizzati ad accogliere temporaneamente anziani con problemi di non autosufficienza in vista di un ripristino delle condizioni precedenti, è venuto meno con la pandemia: «Le case di riposo comunali, dovendo gestire gli accoglimenti in maniera diversa e incontrando maggiori difficoltà con le regole di sicurezza, hanno sospeso del tutto i posti ricovero PID. La risorsa di conseguenza è venuta completamente a mancare, aggiungendo maggiori criticità ad un sistema già al limite.»

Gradualmente, dopo il primo lockdown, da giugno 2020, sono ripresi almeno in parte gli incontri in presenza delle assistenti sociali con l'utenza, sia tramite visite domiciliari che tramite incontri in sede. La possibilità, che prima non c'era, di lavorare in parte da casa, comunque, per le assistenti sociali è rimasta. «Anche prima della pandemia questa possibilità cominciava ad essere sondata. Ci era stato chiesto con che percentuale si pensava di poter svolgere il lavoro da casa. Noi avevamo indicato una percentuale 80-20 per le assistenti sociali. Adesso verrà regolamentato definitivamente. Il Covid ha dato la spinta in questa direzione» ha dichiarato Antonella Rai.

Va precisato che la diminuzione di alcuni servizi in presenza da parte del Comune nei momenti di maggiore emergenza non ha significato che non siano state messe in atto fin dall'inizio risposte all'emergenza. Si è trattato però il più possibile di risposte "a distanza". È stato istituito, durante il primo lockdown, un numero verde di Televita¹¹ per fare da interfaccia con la cittadinanza e trasmettere segnalazioni al Comune sulla base delle quali venivano, quando necessario, attivate risposte urgenti, anche bypassando le procedure ordinarie (es. pasti e spese a domicilio, i primi mesi in collaborazione con la Protezione civile). Questo numero di Televita è ancora attivo, ma non più in particolare per questioni legate al Coronavirus: sta diventando un numero verde di accesso ai servizi sociali di Trieste, una sorta di sportello telefonico. Ci sono anche i numeri diretti dei servizi, ma questo, come ci ha spiegato uno dei funzionari intervistati, è il numero dove chiama chi non conosce il servizio e il numero specifico che deve contattare. Gli operatori di Televita poi mandano una mail al servizio, dal quale la persona viene richiamata.

Sono stati infine erogati in grande quantità dal servizio sociale, fin dai primi mesi dell'emergenza, i buoni spesa straordinari che il Governo ha istituito per le persone con situazione economica corrente sotto una certa soglia. Questi buoni spesa, che sono stati erogati nel 2020 e anche per buona parte dell'anno 2021, seppur utili sembrano essere un altro esempio dell'aumento della distanza fra i servizi e i cittadini: possono essere richiesti solamente online, al sito <https://servizisociali.online.trieste.it/>. Questo per una persona fragile, e in particolare per un anziano solo, è spesso molto difficile. Si aggiunge il fatto che,

come si leggeva nei primi mesi del 2021 sul sito, “dal 28 febbraio 2021 per poter usufruire dei servizi offerti dal portale è necessario autenticarsi attraverso il sistema SPID – Sistema Pubblico d’Identità Digitale”: sembra un percorso ad ostacoli. Nelle Microaree gli anziani vengono aiutati a fare questo tipo di pratiche, almeno quelli conosciuti o raggiunti dall’operatore, o che raggiungono l’operatore, ma nei territori dove le Microaree non ci sono come hanno fatto e come fanno?

In sintesi, e andando oltre la situazione della pandemia, il Servizio Sociale come si è detto offre assistenza domiciliare con costi che variano a seconda del reddito a chi ha problemi di non autosufficienza, ma per massimo tre ore al giorno nelle situazioni più gravi. Come ci ha spiegato Francesca Guardiani (UTS2), un’assistente sociale intervistata, «è troppo poco. Non è sufficiente per queste persone, che quindi tante volte sono state traghettate verso il mercato privato, che però è molto caro, per cui non erano in grado di sostenere le spese. Quello che noi abbiamo notato è che spesso le persone sono a casa senza la sufficiente assistenza domiciliare. Quindi tante volte preferiamo fare un inserimento in una struttura in modo da essere sicuri che avranno l’assistenza adeguata. Altrimenti sappiamo che in casa, chiusa la porta, potrebbe succedere di tutto. Forse stiamo meglio a saperli all’interno di una struttura in cui sono monitorati h24. Bisognerebbe che i servizi costassero meno. Il mercato privato è troppo caro, un’ora di cooperativa ti viene a costare 20/25 euro l’ora».

Gli strumenti del Servizio Sociale sono comunque fondamentali e acquistano in efficacia quando integrati con le altre risposte sanitarie e comunitarie, per una integrazione sociosanitaria a favore del soggetto e il suo permanere nel suo ambiente naturale di vita.

i distretti sanitari, la gestione dell'emergenza e gli interventi urgenti con budget di salute

Nel 1995, per il superamento delle Unità Sanitarie Locali voluto dalla Legge 502 del 1992 nasce l’Azienda dei Servizi Sanitari Triestina, che assume come priorità, su spinta anche del patrimonio della deistituzionalizzazione in psichiatria, la riorganizzazione dei servizi territoriali per offrire risposte di cura alternative all’ospedalizzazione e diminuire quindi il ricorso improprio ai ricoveri ospedalieri. Viene promossa la costruzione di servizi territoriali di prevenzione, cura e riabilitazione in tutte le aree della sanità e in questo contesto nascono a Trieste i Distretti sanitari, che sono per legge un importante dispositivo del Servizio Sanitario Nazionale ma che raramente sono stati nel concreto valorizzati come tali. A Trieste vengono realizzati quattro Distretti, ognuno per un’area di circa 60 mila abitanti, che assumono concretamente la valenza di organizzazioni integrate d’area, con una funzione quindi non solo sanitaria ma di integrazione con tutti gli Enti e i soggetti della comunità che possono contribuire alla salute della popolazione. I Distretti mettono al centro le persone, non le loro malattie, e questo si rispecchia anche nel fatto che le strutture che in essi sono collocate prendono il nome dalle caratteristiche delle persone di cui si occupano e non dai loro specifici problemi sanitari — “struttura complessa adulti e anziani” e “struttura complessa bambini, adolescenti donne e famiglie” – o dai servizi che offrono – “struttura semplice servizio infermieristico distrettuale” e “struttura semplice riabilitazione”. Ai Distretti fanno capo diversi medici specialisti oltre che i servizi infermieristici, anche domiciliari, che a differenza che nel resto d’Italia sono attivi 7 giorni su 7 e 24 ore su 24 e gestiti direttamente dal pubblico, e di riabilitazione. Anche i medici di base, seppur non inquadrati nell’Azienda Sanitaria, lavorano in stretta collaborazione con i Distretti.

L’organizzazione del Distretto è fondamentale per la domiciliarità degli anziani, in quanto garantisce la continuità assistenziale e la continuità ospedale–territorio attraverso un’elevata personalizzazione dei percorsi e l’integrazione con gli altri servizi e soggetti pubblici (e privati) che si occupano di salute, sociale e abitare. La riabilitazione post ospedaliera, le cure ambulatoriali e domiciliari per le malattie a lungo termine (long term care) sono tutti servizi erogati dai Distretti e fondamentali in particolare per la popolazione anziana anche se non solo.

Il ruolo dei Distretti nel far fronte alla pandemia è stato centrale. Nella prima fase, quando c’è stato il lockdown a livello nazionale (marzo–maggio 2020), l’emergenza a Trieste è stata soprattutto nelle case di riposo, mostrando con forza la fragilità del sistema residenziale: i Distretti, come hanno testimoniato i dirigenti intervistati, hanno lavorato moltissimo con le case di riposo sia per indirizzare le misure di contrasto ai contagi e presa in carico delle persone positive al virus, sia per fornire dispositivi di protezione, sia anche per supportare con propri operatori le strutture che a causa dei contagi si trovavano senza personale. Molte energie e risorse dei servizi territoriali si sono spostate su questo fronte e le attività

ordinarie hanno quindi subito rallentamenti.

Ma, come ci ha segnalato Giacomo Benedetti, direttore del Distretto 2, se i Distretti sono nati e si sono sviluppati con la vicinanza ai cittadini come centrale criterio di qualità, nella pandemia da un giorno all'altro si sono trovati a dover mettere radicalmente in discussione questa impostazione o quantomeno il modo in cui fino ad allora era stata declinata: «Tutta la parte emozionale e di contatto l'abbiamo persa di vista. C'è stato uno stravolgimento totale. È stato difficile perché il nostro lavoro è cambiato radicalmente. Ci siamo trovati soli, sia nelle relazioni interne che con la persona, la famiglia, il territorio di competenza. Quindi si è creato un problema di relazione con l'assistito e di relazione tra gli operatori sia a livello orizzontale che verticale».

Anche la sanità territoriale quindi ha avuto molte difficoltà, soprattutto inizialmente, a trovare nuovi modi di stare vicino ai cittadini nei loro contesti di vita nonostante le regole di distanziamento. Si è già visto che le procedure ordinarie di integrazione sociosanitaria si sono interrotte. A questo si aggiunge che le visite specialistiche sono state sospese mantenendo il contatto con i pazienti telefonicamente.

Le persone intervistate ci hanno riferito che il servizio infermieristico domiciliare comunque ha retto, riuscendo a fornire a domicilio le cure necessarie ai pazienti in carico, anche a chi prima dell'emergenza si recava in ambulatorio e con il lockdown non poteva farlo.

E, soprattutto, si può individuare fin dai primi mesi dell'emergenza, come spiega la direttrice del Terzo Distretto Ofelia Altomare, nonostante le difficoltà, una capacità di risposta territoriale molto importante, basata sulla flessibilità e tempestività dei servizi dei Distretti, che andrebbero riconosciute come caratteristiche importanti per l'efficacia degli stessi anche nei momenti di crisi: «Il Distretto, in stretto raccordo con il 118, con il Dipartimento di prevenzione, con i medici dell'USCA¹², ha lavorato non secondo procedure rigide ma per fare tempestivamente quello che serviva in ogni momento. Mi dispiace che tutto il lavoro territoriale dei Distretti non abbia avuto un po' di attenzione dal punto di vista della comunicazione, non perché ti debbano mettere sul podio, ma per testimoniare, perché magari questa nostra esperienza potrebbe essere utile per proporre innovazione. Quando nei libri di management trovi i concetti di flessibilità e motivazione... Noi possiamo dire nella pratica cosa abbiamo fatto. Nelle regole che si andranno a scrivere spero si consideri la questione della flessibilità e della tempestività.»

Un'altra delle riflessioni provenienti dall'esperienza che Altomare segnala come urgenti da fare riguarda cosa significa qualità della vita, concetto molto legato a quello di salute; qual è la rete che rimane a disposizione delle persone più fragili anche in situazioni di emergenza; come le istituzioni possono rafforzare questa rete relazionale: «Forse non c'è stato ancora il tempo per ragionare sulle pratiche che sono state fatte a livello territoriale. E questa mi sembra una buona opportunità. Magari è il tempo giusto per condividere informazioni e capire, di tutto questo lavoro, che cosa si può delineare come metodo per fronteggiare crisi o per migliorare la qualità della vita normale. Comincerei a riflettere sulla vera rete delle persone, sulle vere risorse che ci sono attorno, sulla qualità della vita per davvero. Che noi fino ad ora davamo per scontata, ma nel momento di bisogno chi c'è, chi rimane? Ad esempio, per le spese a domicilio, sull'onda della necessità, i negozi, gli esercizi anche piccoli, si sono organizzati per portare la spesa a casa: cosa potremmo mettere in piedi come ragionamento sensato di sostegno alla persona anziana? Come possiamo aiutarla? Le porti a casa tutto e non la fai uscire di casa o magari può andare in negozio, scegliere delle cose e poi qualcuno la aiuta a

portarla a casa? Quindi forse ci vorrebbe anche una rete per valorizzare tutti i nostri piccoli esercizi di prossimità che hanno fatto questa cosa. Le istituzioni come potrebbero valorizzare di più questa rete? Siamo di nuovo al modello di Habitat Microaree. Il rischio è che saltando dalla sanità all'economia, in un momento in cui nessuno esce, ti portano a casa le robe, quelle che compri costano meno, ci rimette il piccolo esercizio di prossimità che ha fatto un lavoro eccezionale di presenza sul territorio per un lungo periodo. E come lo sostengo visto che è un soggetto partner della nostra rete di assistenza?»

Per tutto il periodo dell'emergenza fino al febbraio 2021, quando si è potuto iniziare a vaccinare gli ospiti delle case di riposo, un importante impegno dei Distretti è stato la "gestione dei flussi" seguendo le direttive emanate dalla direzione socio-sanitaria. Come si è già visto nel capitolo 2, infatti, le persone che si infettavano nelle case di riposo andavano gestite, spesso spostate, in modo da evitare il rischio che contagiassero a loro volta altre persone. Il governo dell'organizzazione interna delle case di riposo e degli spostamenti degli ospiti malati di Covid verso l'ospedale, le strutture individuate e allestite come "strutture Covid", le RSA¹³, a seconda dei posti liberi e dell'andamento dei contagi (in alcuni periodi alcune RSA dove si era diffusa l'infezione sono state rese "strutture Covid") ha richiesto molte energie.

Nella seconda fase della pandemia comunque, dopo giugno 2020, il sistema sanitario territoriale è riuscito seppur lentamente a riprendere le attività che si erano fermate con il primo lockdown e sempre di più ha potuto garantire la permanenza a domicilio delle persone, in particolare anziani, che si ammalavano di Covid o che avevano altri tipi di problemi di autosufficienza.

Per quanto riguarda le attività che erano state sospese, è stato fatto «un enorme lavoro di recupero delle visite specialistiche che durante il primo lockdown erano state sospese. Il lavoro è stato fatto sia direttamente da parte nostra sia con il coinvolgimento delle strutture private convenzionate. Abbiamo contattato telefonicamente centinaia e centinaia di persone per organizzare le visite che erano saltate» (Cristina Montesi, Distretto 3).

Per quanto riguarda la permanenza a domicilio degli anziani «abbiamo lavorato moltissimo con i budget di salute urgenti, anche perché succedeva che le assistenti familiari si ammalavano di Covid e andava organizzata tempestivamente una alternativa. Ci siamo spesso appoggiati alla cooperazione sociale per avere risposte immediate per gli anziani non autosufficienti, anche di durata breve. È stato molto implementato, anche a livello di fondi a disposizione, il Budget di salute sul pronto soccorso e a domicilio» (Bianca Lenardoni, Distretto 2).

Anche le dirigenti del Distretto 3 intervistate hanno confermato l'importanza che ha avuto l'utilizzo dello strumento del Budget di salute, in tutte le sue forme, nel corso della pandemia, per garantire risposte domiciliari tempestive.

In particolare, il budget di salute urgente, introdotto poco prima dell'esplosione della pandemia nell'ambito di una recente sperimentazione per la continuità delle cure fra il Pronto Soccorso e il territorio (progetto europeo VIGOUR¹⁴) è stato importante: gli anziani fragili che accedono al Pronto Soccorso vengono valutati dal professionista dedicato dai Distretti, che quando adeguato attiva un budget di salute urgente, di assistenza domiciliare fornita dalla cooperativa convenzionata entro 3 ore, evitando così un ricovero improprio. La risposta assistenziale può essere anche sulle 24 ore quando necessario. Il budget di salute urgente in alcuni casi viene attivato anche quando l'anziano si trova a casa, sempre per evitare ricoveri impropri.

Questo strumento ha la durata massima di 7 giorni, nei quali i servizi socio-sanitari lavorando in rete, riescono a valutare e programmare come proseguire per continuare a rispondere ai bisogni assistenziali della persona (eventualmente anche attivando un budget di salute ordinario), nella misura in cui questi persistono. L'Azienda Sanitaria a Trieste e provincia ha attivato 48 budget di salute urgenti nel 2020 e 29 nei primi 6 mesi del 2021, con una media di 16 ore di assistenza urgente a persona. Ulteriori dati si trovano nella tabella di seguito.

	Numero budget di salute urgenti Asugi	Ore di assistenza erogate con budget di salute urgenti	Spesa per budget di salute urgenti
2020	48	764	16242 euro
Primo semestre 2021	29	383	8142 euro

Anche l'uso del budget di salute ordinario è stato molto importante durante la pandemia e, anche in questo caso, con tempi di attivazione brevissimi, spesso inferiori alla singola giornata di attesa.

La direttrice del terzo Distretto Ofelia Altomare afferma che il budget di salute, nella forma ordinaria, durante la pandemia è stato «utilizzato di più e in maniera diversa, in maniera tempestiva, per cui si è presentato per quello che è: uno strumento flessibile e immediato. È necessario adesso costruire dei regolamenti di funzionamento che ti garantiscano queste caratteristiche.»

Con il budget di salute, molti anziani sono stati avviati a percorsi alternativi alle case di riposo. Come, nell'emergenza pandemica, in alcuni casi è stato utilizzato il budget di salute anche in contesti di residenzialità, per supportare anziani con problemi cognitivi ricoverati in struttura: se non ci fosse stato questo strumento per pagare un potenziamento personalizzato dell'assistenza ci sarebbe stato il rischio del ricorso a una sedazione importante. Sempre Altomare: «Abbiamo potenziato l'assistenza, individuando delle figure che in determinate fasce orarie potessero sostenere queste persone nella loro quotidianità. È stata una scelta vincente. Perché sappiamo che in altri contesti la persona con problemi cognitivi viene contenuta farmacologicamente o ambientalmente. Il budget di salute ci ha permesso di continuare a lavorare bene e di dare delle risposte di qualità alle persone. Il periodo era difficile ma tutto quello che si poteva fare per garantire una qualità di vita e di assistenza lo abbiamo fatto. Il budget di salute in questo è stato fondamentale.»

Importante è stata inoltre la possibilità di intervenire tempestivamente quando, come spesso è successo e come già si è detto, la badante di una persona non autosufficiente si è ammalata o, nel caso non fosse residente a Trieste, è tornata al suo paese di origine: tramite il budget di salute si è potuto sostituirla subito con l'assistenza fornita dalla cooperativa convenzionata.

I distretti sono anche riusciti di norma a non ospedalizzare gli anziani che si ammalavano di Covid a domicilio: sono stati curati a domicilio o, se necessario per motivi clinici, in RSA.

IL BUDGET DI SALUTE (BdS) è uno strumento dell'Azienda Sanitaria orientato a un utilizzo integrato con altri enti e soggetti e rivolto a persone che presentano problematiche complesse, per le quali è indispensabile fornire risposte articolate su differenti piani. Nato nell'area della salute mentale, è utilizzato con tutti coloro che sono in condizioni di difficoltà, rischio e vulnerabilità fisica e/o psichica e/o sociale e quindi anche per gli anziani che hanno bisogno di assistenza domiciliare.

Il BdS può essere definito come l'insieme delle risorse economiche, professionali e umane necessarie per innescare un processo, alla cui produzione partecipano la persona stessa, la sua famiglia e la comunità, di sostegno e inclusione, volto ad assicurare a una persona una condizione di benessere

psicofisico e un funzionamento sociale adeguato. Con il BdS le risorse economiche non vengono più utilizzate per pagare prestazioni o rette di ricovero in strutture, ma per investire sul rafforzamento delle risorse-capacità proprie delle persone e del loro contesto. Attraverso i BdS vengono promossi progetti per e con la singola persona nel suo contesto di vita, che coinvolgono i diversi servizi sanitari e sociali competenti e la comunità di riferimento.

Il budget consiste in un contributo economico dedicato alla persona per perseguire gli obiettivi di salute previsti nel suo progetto personalizzato, con attenzione ai determinanti sociali. Nel progetto la persona e il suo contesto devono avere una parte attiva. Secondo l'approccio dei BdS, viene stanziata una "dotazione finanziaria" onnicomprensiva da utilizzare per coprire le spese necessarie per la realizzazione del progetto terapeutico individuale (il valore della dotazione dipende dall'intensità del progetto).

In questo modo, il servizio pubblico non sta "pagando una retta", ma co-progetta e co-gestisce, assieme ai destinatari ed eventualmente al soggetto del privato sociale individuato, un progetto personalizzato e il suo "capitale".

La scelta del soggetto del privato sociale con cui co-progettare e co-gestire l'intervento personalizzato e la connessa dotazione finanziaria avviene tramite avviso pubblico ed un contratto regola i rapporti tra i vari soggetti (pubblico, privato e persona). Per ogni singolo budget di salute i soggetti coinvolti redigono un progetto terapeutico riabilitativo individualizzato che contiene obiettivi ma anche indicatori di risultato utili nel processo di valutazione in itinere.

Il budget di salute è uno strumento altamente personalizzato, flessibile e tempestivo, che riesce a fornire risposte immediate modellate sulla base dei bisogni della persona e in questo modo anche a contrastare i rischi di istituzionalizzazione.

Tutte queste potenzialità non sempre riescono a realizzarsi: è necessario uno sforzo continuo da parte dei servizi per renderle effettive e per evitare che il progetto personalizzato diventi una semplice prestazione erogata e che il protagonismo della persona destinataria dell'intervento e di chi le sta vicino nell'elaborazione e realizzazione del progetto non rimanga solo sulla carta.

Dalle interviste svolte è emerso che prima della pandemia c'erano visioni differenti fra i diversi Distretti sanitari sull'utilizzo dei budget di salute per l'assistenza ad anziani con problematiche sanitarie. Erano il Distretto 2 e il Distretto 3 ad utilizzarli, mentre l'1 e il 4 non li utilizzavano per sostenere gli anziani con bisogno di assistenza, in quanto ponevano dubbi sulla valenza sanitaria di questo tipo di interventi di sostegno e preferivano spendere interamente il budget a loro disposizione per altre categorie di persone per le quali era più evidente a loro avviso la portata sanitaria dell'intervento. La pandemia e la formula del budget di salute urgente dal Pronto Soccorso prevista dal Progetto Europeo VIGOUR sembrano aver rotto questa divergenza: tutti i Distretti, nel 2020 e 2021 hanno usato e stanno usando i budget di salute urgenti per gli anziani e questo ha aperto la strada anche per l'utilizzo per gli anziani, quando necessario, anche i budget di salute ordinari in tutti i Distretti.

Per quanto riguarda i budget di salute ordinari, abbiamo a disposizione alcuni dati solo relativamente al Distretto 3, dove nel 2020 sono stati piuttosto utilizzati per gli anziani. Una parte importante, i "Covid+", della durata media di un giorno, ci è stato spiegato che nel 2020 sono serviti per i necessari spostamenti degli anziani positivi dalle case di riposo ad altre strutture, ma ce ne sono stati 11 finalizzati a supportare al proprio domicilio anziani con problematiche sanitarie.

	2019	2020
N. Bds Anziani	5	53
Spesa Bds Anziani	16965,68	36885,88
Durata media	2,5 mesi	42 con durata media di 1 giorno (Covid+); 11 con durata media di 64,5 giorni
N. Bds Distretto Totali	30	71
Spesa Bds Distretto Totale	228827,08	210677,63

La questione dell'utilizzo dello strumento del budget di salute va ancora approfondita e evidenzia punti di vista discordanti. Così sul tema interviene il direttore socio-sanitario Fabio Samani: «Il budget di salute è uno strumento straordinario. Mi fa molto piacere che sia stato inserito come previsione nella più recente legge di riforma, nel bene o nel male, nel senso che come ogni legge, parlo della 22/2019¹⁵, può piacere o non piacere, ma credo che abbia un pregio che tutte le precedenti non hanno avuto il coraggio di avere, a memoria è la prima legge di riforma che parla di sistema salute, integrazione socio-sanitaria, bisogni della persona, progetto personalizzato e via di seguito. Credo sia una riforma culturale. Ma sul budget di salute, dicevo, dobbiamo ripensare le responsabilità tra un'azienda sanitaria che deve garantire i LEA (livelli essenziali di assistenza, ndr) e gli enti locali. Io ho fatto il direttore generale in una azienda con delega. Non dico che la delega debba essere obbligatoria, ma sicuramente un'azienda con delega (delega al sociale, ndr) lavora con criteri molto diversi da un'azienda senza delega. Ma nel momento in cui un'Azienda Sanitaria è costretta ad attivare strumenti impropri, perché non hanno a che fare coi LEA, forse bisognerebbe coinvolgere e responsabilizzare gli enti locali e fare un ragionamento intorno a un tavolo, magari anche coi legislatori per metterla nelle condizioni di comporre quei budget di salute che non sono fatti solo di LEA. Un discorso è garantire l'assistenza infermieristica.. ma chi interviene sui determinanti sociali di salute? Qui non esiste una sussidiarietà istituzionale, perché se le cose non sono ben regolamentate potrebbero essere mal lette dagli enti controllori delle finanze

pubbliche. Perché se fai gravare sul fondo sanitario, nazionale o regionale, delle voci che non hanno a che fare con il fondo sanitario... il tema resta sempre quello, che il sociale non può essere distinto dal sanitario. Ma io non sono un legislatore.»

ater trieste

L'edilizia sovvenzionata è fondamentale per la qualità di vita dei soggetti più fragili e a Trieste l'Azienda che se ne occupa (Ater) è una realtà molto rilevante, prima di tutto per la quantità di alloggi a canone sociale che gestisce e mette a disposizione, tramite bandi periodici, delle persone che ne hanno bisogno, che vi accedono sulla base di requisiti di reddito e problematiche sociali e sanitarie. A Trieste e provincia Ater gestisce circa 13.200 alloggi, di cui circa 11.400 di proprietà di Ater stessa e i restanti di proprietà di altri enti. Gli inquilini Ater sono circa 19.100 (di cui 17.800 residenti nel Comune di Trieste e i restanti nei paesi della provincia), cioè più dell'8% della popolazione residente e quasi il 40% della popolazione in affitto¹⁶.

Attenendosi ai dati del Bilancio Sociale 2019, il 35% degli inquilini di Ater ha più di 65 anni. Si tratta di una percentuale molto alta, maggiore di circa 6 punti percentuali rispetto a quella media di Trieste e provincia (29%). Un altro dato importante è che, dei circa 6.660 anziani residenti in alloggi Ater, il 45% vive da solo e tra questi il 71% sono donne.

Si può capire quindi quanto nella generalità dei quartieri di edilizia Ater la questione degli anziani sia centrale. Se si entra poi nel dettaglio di alcune specifiche zone di edilizia Ater (come Gretta, Melara o Piazzale Giarizzole) si trovano percentuali di inquilini over 65 che superano il 45%¹⁷.

Per Ater abbiamo intervistato la Funzionaria Direttiva dell'Area Pianificazione e Controllo, Cristina Davi, che ci ha spiegato che la questione degli anziani è particolarmente problematica a causa della presenza di barriere architettoniche che caratterizzano sia Trieste in generale che gli stabili Ater in particolare, che per la maggior parte non hanno l'ascensore: «Abbiamo una città che per gli anziani è faticosa. Tanti stabili stanno sulle salite o presentano varie rampe di scale. L'ascensore rimane il problema principale.» L'auspicio, prosegue Davi, è che con i fondi che il PNRR ha destinato all'edilizia sociale Ater potrà fare gli interventi strutturali sugli stabili che finora non ha potuto fare e che quindi si possano fare passi avanti nel superare il problema della mancanza di ascensori in circa due terzi degli stabili.

Attualmente l'unica possibilità per un anziano che vive in un alloggio Ater dove le barriere architettoniche impediscono la sua mobilità è richiedere il "cambio alloggio", ma non è semplice né farlo né ottenerlo. «Il problema — dichiara Davi — è che le persone anziane non chiedono con facilità il cambio alloggio, perché sono legate alla loro casa e alla quotidianità ad essa legata. E noi non riusciamo a garantire sempre di spostare l'anziano da via Orlandini 14 a via Orlandini 18. Se uno abita in San Giacomo potrebbe finire ad Altura. E poi il problema è legato alla mancanza di alloggi adeguati per rispondere alla richiesta del cambio di alloggi.» Inoltre la precedenza viene data alle persone con disabilità certificata.

Quello che Ater attualmente riesce a fare per la qualità della vita degli inquilini anziani, prosegue Davi, è lavorare in maniera integrata con gli altri enti e con il Terzo Settore e avvicinarsi fisicamente ai territori come si fa nelle Microaree, in cui Ater è presente con il lavoro di portierato sociale fornito dalla cooperazione sociale, come verrà meglio illustrato nel paragrafo dedicato a questa progettualità. Più in generale, Davi ha sottolineato l'importanza per Ater di puntare sulla "gestione sociale", cioè sul passare dall'essere semplice gestore di spazi fisici all'essere «gestore delle persone e della loro socialità, aiutando le persone ad inserirsi nella società e prevenendo e contrastando i problemi che hanno nel far parte della società, problemi che possono essere il fatto che gli anziani senza l'ascensore sono in difficoltà e che possono essere il fatto di tutte le persone che non sono in grado di gestire il loro bilancio economico, cosa molto sentita e diffusa tra gli inquilini dell'edilizia residenziale pubblica. Quindi un aiuto per le persone che non hanno e non sanno di poter avere accesso a una serie di agevolazioni o che non hanno gli strumenti per accedervi. Da questo punto di vista sarebbe utile entrare in quelle che sono le esigenze sociali di queste persone.» Assumersi maggiormente questi compiti andrebbe a impattare positivamente non solo sul benessere degli inquilini ma anche sul patrimonio di Ater, in quanto aiuterebbe a prevenire problematiche in aumento come quella della morosità.

La pandemia sembra aver rinforzato l'esigenza e l'urgenza per Ater di andare in questa direzione, in quanto ha aumentato la distanza fra l'istituzione e i cittadini e l'intensità del disagio sociale.

Dichiara Cristina Davi: «Per quando riguarda i nostri inquilini, abbiamo dovuto attivare dei canali e una modalità di accesso agli uffici diversa. Abbiamo deciso di chiudere il meno possibile e abbiamo usato un sistema di prenotazioni, attivato fin da subito, quindi abbiamo continuato fin dove abbiamo avuto possibilità a ricevere le persone presso la sede centrale. Anche durante il lockdown, se uno telefonava trovava sempre qualcuno dall'altra parte. Abbiamo bloccato qualsiasi attività relativa agli sfratti, come previsto per legge, non abbiamo calcolato la morosità, abbiamo cercato di venire incontro così ai nostri inquilini. Abbiamo attivato nuove modalità di pagamento da remoto e abbiamo aperto il portale inquilino, come strumento nuovo. Adesso dal portale si può fare ad esempio il censimento online: si entra tramite SPID e si evita di venire presso la sede Ater. Questo può aiutare quelle persone che non riescono a venire qui nei nostri orari di apertura. Si sono però fermate tutte le attività di portierato in presenza nelle Microaree e quindi non è stato possibile lavorare per il censimento nei portierati.»

Il censimento Ater è l'appuntamento in cui, ogni due anni, gli inquilini delle case popolari devono dichiarare tramite la consegna dell'ISEE e altre informazioni la condizione economica del loro nucleo, sulla base della quale viene calcolato l'affitto. Se non si fa il censimento si viene inseriti meccanicamente nella fascia di reddito, e quindi di affitto, più alta. Per chi non riesce a farlo online si è data anche per il Censimento 2021 la possibilità di andare a farlo presso gli sportelli centrali, su appuntamento, ma è stata tolta la possibilità di andare a farlo in giornate dedicate presso i portierati sociali delle Microaree in quanto, come ci è stato spiegato sempre da Davi, «il protocollo Covid non permette ancora ai nostri colleghi di andare in un portierato a raccogliere personalmente i censimenti, come abbiamo fatto per anni in giornate dedicate e come i nostri inquilini erano abituati a fare». Le referenti delle Microaree e in alcuni casi, quando non in smart working, gli stessi portieri sociali incaricati da Ater, hanno supplito a questo limite supportando le persone più fragili nella compilazione e raccogliendo i censimenti delle persone che non riuscivano a recarsi alla sede centrale né a farlo online o per posta. Senza questo aiuto per molte persone sarebbe stato davvero difficile fare il censimento.

La vicinanza di operatori di riferimento è davvero importante e Cristina Davi ha affermato che Ater intende potenziarla e svilupparla, anche nella direzione di mettere a disposizione alloggi per progettualità di “badante di condominio” integrate con Comune e Azienda Sanitaria: «Io credo che dovremmo continuare ad andare avanti su questa linea di portare ATER sotto casa degli anziani, perché credo sia una categoria per cui questo fa una differenza notevole. Credo che la prossimità, la vicinanza sia fondamentale. Perché il trovare le cose vicino a casa nella mentalità dell'anziano fa sempre la differenza. E poi bisognerebbe pensare a nuovi servizi, ad esempio bisognerebbe istituire le badanti di condominio e tutta una serie di servizi messi a disposizione a livello di condominio. Li hanno chiamati condomini solidali, dovrebbero essere una cosa diffusa. Dovremmo trovare dei protocolli, delle progettualità nuove, appoggiandoci a dei soggetti che lo fanno di mestiere, facendo un lavoro che non sia solo “ne facciamo uno e arrividerci”. Bisognerebbe ragionare con Comune e Azienda Sanitaria, su un filone di gestione sociale dell'abitare. A livello strutturale significa anche mettere a disposizione uno spazio per la badante o per gli altri servizi, e potrebbe essere possibile anche con gli strumenti attuali.

Ma non possiamo farlo da soli, bisogna innescare la rete, e questo potrebbe essere un momento di passaggio importante nella vita delle persone anche anziane che vivono da sole. A Trieste nelle case dell'ATER abbiamo un numero molto alto di persone anziane che vivono da sole, donne soprattutto.»

Riportiamo qui il punto di vista di Lidia, una donna anziana che vive da sola, con diversi supporti fra cui quello offerto dalla Microarea di Giarizzole. Ha 88 anni e abita nelle case Ater nuove di Strada Vecchia dell'Istria, a pochi passi dal piazzale Giarizzole. Abbiamo parlato un po' mentre i volontari della Microarea, che ce l'hanno presentata, hanno fatto la spesa per lei.

«Per 23 anni ho vissuto nel piazzale Giarizzole e adesso sono 2 anni che abito qua. In questo palazzo non conosco nessuno, neanche la dirimpettaia. Io saluto e non mi rispondono.

Ho cambiato perché abitavo in terzo piano e non potevo più fare le scale, perché allora mi hanno cambiato, che qui c'è l'ascensore. Io non volevo all'inizio, mi dispiaceva, dopo 23 anni, andar via, però ho avuto tutte e due le gambe rotte, mi portavano in braccio su e giù, non era uno scherzo. Allora ho deciso che andava bene. I miei figli avevano già fatto la richiesta all'Ater. Mi hanno proposto questa casa e io ho accettato, ma il mio errore è stato che non mi sono accorta che non c'è la doccia, c'è la vasca da bagno, e io il bagno non posso farlo. Così ho quella seggiola per sedermi, non riesco ad andare dentro in vasca altrimenti, e vengono due volte alla settimana ad aiutarmi. Mi hanno dato 500 euro di FAP e io pago 500 euro questo servizio della cooperativa Alma: si alternano tante donne diverse, vengono due volte a settimana per tre ore, mi aiutano a lavarmi e a tenere pulita la casa. Sono tutte brave.

Io non ci capisco molto ma mio figlio e mia figlia — ho anche un terzo figlio ma vive via da Trieste — mi aiutano a gestire queste cose. L'assistente sociale, facendo parte del gruppo della Microarea, l'ho vista più di qualche volta, perché me la ha mandata Reanna. Invece le infermiere del Distretto le ho conosciute quando mi hanno curata per le gambe.

Mi sono fatta male più volte. Una volta mi hanno buttato sotto con la macchina e una volta sono cascata per una strada tutta rotta, sono caduta con le borse della spesa, proprio sulle strisce pedonali: non mi sono accorta che mi sono rotta, il giorno dopo si sposava il mio primo nipote e sono andata, tutti mi chiedevano 'ma cos'hai?', allora mia figlia poi mi ha preso e mi ha portato al Pronto soccorso. Così mi sono fatta prima 40 giorni di gesso a una gamba e poi 40 giorni di gesso all'altra. E nel frattempo mi sono sciolate due vertebre del coccige e così ho eterno mal di schiena. Ho tutto quel che volete. Ho diabete... Se ne sono accorti nell'81... E quando avevo 50 anni mi hanno tolto degli organi e mi hanno fatto delle punture, mi davano ormoni, che mi hanno fatto aumentare di peso. Sono andata su 35 chili e non sono mai dimagrita. Poi ho l'artrite reumatoide, la ritenzione idrica... Con la Microarea mi trovo bene.

Mi telefonano tutti i giorni per sapere se ho bisogno di qualcosa. Reanna (la referente del progetto per l'azienda sanitaria) è come una sorella, una figlia, è una cara creatura.

Prima frequentavo la sede, venivano a prendermi e mi portavano in sede a giocare a carte o altro, ma da quando c'è il virus non mi muovo più perché non ci sono più gli incontri in sede. Mi mancano le carte, la tombola... Qualche settimana fa però Andrea, che fa parte della Microarea, mi ha portato a Barcola a prendere il caffè e poi siamo andati a prendere la pizza anche

con altri, perché era il compleanno di una signora che compiva 90 anni. Prima un'altra volta siamo andati a mangiare il gelato a Muggia.

E poi io ho ancora un fratello — ha 8 anni meno di me e vive a Padova — che quando viene a Trieste mi porta fuori a mangiare pesce. È venuto una volta poco tempo fa, quando siamo diventati bianchi (zona bianca). E mia figlia invece mi porta a tutte le visite, ha la legge 104 e si prende le giornate per portarmi. Poi viene a trovarmi a casa, una volta a settimana, mi fa la spesa grande, mi prende le medicine, paga tutte le bollette che ho da pagare, mi aiuta in tutte le maniere. Ho anche nipoti e bisnipoti, vengono a trovarmi, ma raramente: li vedo nel tablet perché mi mandano i filmini. Col virus sono stata un anno intero proprio senza muovermi. Io sono una persona che si adatta, ho emigrato due volte nella mia vita: ho vissuto in Argentina e in Canada per 17 anni. L'anno dopo che sono tornata in Italia mio marito è morto. Quando è morto io non prendevo niente e ho tirato avanti con i miei tre figli lavorando molto... Con la pandemia mi sono adattata, ma sono peggiorati i nervi. Le amiche che ho avuto negli anni sono tutte morte e io mi chiedo cosa ci faccio ancora qua. Ho fatto sempre tutto da sola e adesso non mi piace aver bisogno di aiuto. Ma io credo, sono religiosa. Ho fatto per 26 anni la volontaria nelle case di riposo e posso dire che a parte qualche eccezione sono come dei lager. Io sto bene a casa mia.»

televita: un'azienda che affianca le istituzioni con servizi di teleassistenza

Televita è un'impresa nata a Trieste nel 1987. Come ci ha illustrato la presidente Michela Flaborea, la fine degli anni Ottanta «era un periodo di grandi trasformazioni sociali, in cui emergevano nuovi bisogni, legati all'invecchiamento della popolazione» e in quegli anni e nei successivi è stato possibile co-progettare con gli enti pubblici e consolidare nuove risposte. «All'epoca abbiamo avuto un'idea: mutuare dal mondo della sicurezza — allora lavoravo in quell'ambito — tecnologie e strumenti per assistere le persone anziane in casa, creando un nuovo modello di servizio. All'epoca l'unica risposta erano le case di riposo, in un contesto normativo debole, carente di standard qualitativi; la domiciliarità intesa come mix di prestazioni professionali, sanitarie ed assistenziali, erogate a domicilio del paziente/utente, non esisteva ancora. La nostra idea era quella di assicurare un'assistenza “leggera” da remoto, capace di raggiungere tante persone a costi contenuti. Il Modello Televita nasce con il servizio di teleassistenza domiciliare. La prima sperimentazione per il Comune di Trieste risale al 1992. Nel 1996 la Regione Friuli Venezia Giulia ha emanato una legge per regolamentare il servizio (L.R. 26/1996). Il Modello di Televita è cresciuto nel tempo aggiungendo sempre nuove attività e funzioni. Oggi svolge un ruolo ben preciso, quello di Centro Servizi a supporto delle persone fragili e delle istituzioni che operano nella salute. I servizi di Televita nel 2020 hanno assistito in Friuli Venezia Giulia 7.000 persone, tra servizio pubblico e privato, con 360.700 chiamate gestite e 50.000 interventi gestiti.»

Per il Comune di Trieste, Televita dal 2001 fornisce il “Global service”, che consiste nella gestione e monitoraggio delle prestazioni domiciliari garantite dal Servizio Sociale alle persone con problematiche di non autosufficienza e fornite da un gruppo di cooperative sociali. Il Global Service fa da tramite telefonico e informatico fra Ente Pubblico, utenti e operatori delle cooperative. Con la pandemia si è occupato anche di informare gli utenti sui comportamenti da tenere e le misure di emergenza del Comune.

Durante la pandemia è stato inoltre avviato da Televita un nuovo servizio per il Comune di Trieste, uno sportello telefonico di accesso ai Servizi Sociali, con un numero verde a disposizione dei cittadini. Si è occupato di informazioni, orientamento e consulenza telefonica in merito allo stato della pandemia e relative misure e in merito ai servizi sociali comunali, supporto alla compilazione online delle domande per l'ottenimento di misure e prestazioni di contrasto all'emergenza, tramite con i Servizi Sociali, coordinamento interventi a domicilio per soggetti in quarantena. Nel 2020 ha gestito 41.000 chiamate e si è consolidato nel 2021 diventando un punto di riferimento per l'accesso ai servizi sociali anche a prescindere dall'emergenza pandemica.

Per l'Azienda Sanitaria, con la quale c'è stato un intenso ed efficace rapporto di coprogettazione, a Trieste dal 1996 Televita offre il servizio “Amalia”, attivo 24 ore su 24, 365 giorni all'anno, rivolto a persone anziane, disabili, persone affette da patologie croniche o a rischio di esclusione sociale, per contrastare la solitudine e l'isolamento, con “telecompagnia e telecontatto”, numero verde a disposizione degli utenti, attivazione della rete per servizi di supporto quando necessario, consegna farmaci a domicilio. Nell'ambito di Amalia vengono solitamente organizzate anche attività periodiche di socializzazione, 4 volte all'anno, ma con la pandemia hanno subito una battuta d'arresto. «Per stimolare gli anziani, in assenza di eventi aggregativi, Amalia ha lanciato il progetto “Raccontami una Storia:” interviste online agli utenti finalizzate a recuperare storie di vita da tradurre in racconti. Le interviste, svolte da un gruppo di giovani delle Scuole Medie e dei Licei sotto la guida di uno storyteller, hanno dato vita a due libretti. Dato il gradimento dell'iniziativa, il progetto è

ormai alla sua terza edizione». Nel 2020 sono state gestite 29.600 chiamate nell'ambito di Amalia per 1.200 utenti a Trieste e provincia¹⁸.

Un altro servizio in parte simile ad Amalia che Televita offre per l'Azienda Sanitaria, attivo anch'esso dal 1996 24 ore su 24 365 giorni all'anno, è quello di Teleassistenza Sanitaria rivolto a persone anziane e non con problematiche di salute che necessitano di monitoraggio e supporto tempestivo nella gestione di emergenze e urgenze. Il servizio offre prestazioni mirate come il pronto intervento a domicilio con custodia chiavi e la gestione delle emergenze con attivazione dei soccorsi. Con la pandemia tutti i servizi hanno avuto un incremento, ci racconta Flaborea: «il servizio di telecompagnia è diventato l'occasione per trasmettere agli utenti informazioni e messaggi di salute legati alla pandemia; la durata delle chiamate outbound è aumentata del 30%-50%; gli utenti si sono rivolti al Centro di Ascolto per superare momenti di confusione o solitudine oppure per ottenere informazioni e aiuto concreto sulle cose da fare (quarantena, prenotazione vaccini...). Le richieste di aiuto per emergenze/urgenze sono cresciute del 7% rispetto all'era pre Covid e l'aumento è dovuto quasi esclusivamente ad allarmi di tipo psicosociale, come attacchi di panico e momenti di disperazione.» Sono state assistite con questo servizio, gratuito per l'utenza, 850 persone a Trieste e provincia nel 2020. Un servizio affine, dal nome "Sicuri a casa", è offerto da Televita alla Regione Friuli Venezia Giulia per gli anziani di tutta la regione. Anch'esso attualmente è gratuito per l'utenza, mentre fino al 2020 prevedeva un pagamento in base al reddito.

Televita gestisce anche un servizio di coordinamento dei trasporti sociali e assistiti per l'Azienda sanitaria, che nel 2021 è servito anche a organizzare trasporti verso le sedi vaccinali. Con il Covid19 l'Azienda sanitaria ha inoltre chiesto a Televita aiuti aggiuntivi come un call contact center sanitario a supporto del Dipartimento di Prevenzione di Asugi per la gestione della pandemia. «E siccome gestiamo anche il CUP e quindi prenotiamo i vaccini, abbiamo aumentato le chiamate con le persone, abbiamo cercato di dare tutta una serie di informazioni su come fare il vaccino, sulle modalità di prevenzione... È stato fatto un lavoro pazzesco. Se l'anziano non poteva banalmente fare la spesa, mandavamo gli operatori sul territorio.» Sembra evidente che il punto di forza dei servizi di Televita, che si è rivelato vincente anche con la pandemia, non è solo l'essere a disposizione telefonicamente (o tramite "pulsante" che la persona tiene con sé, per chi ha la teleassistenza), delle persone seguite ogni giorno a qualsiasi ora, ma è anche l'essere in rete con operatori e volontari di varie e numerose realtà del territorio, che intervengono in presenza quando necessario. Si tratta di un uso intelligente delle tecnologie, che punta sull'ascolto telefonico, ma non vuole sostituirsi alle relazioni faccia a faccia: al contrario, punta a facilitarle.

Televita con la Clinica Neurologica di Asugi sta sperimentato infine un servizio dall'aprile 2020, racconta Flaborea: il telemonitoraggio dei parametri sanitari di pazienti affetti da Parkinson e/o con precedenti episodi di attacco ischemico transitorio, per evitare l'accesso nelle strutture sanitarie, garantendo comunque un'assistenza di elevata intensità e qualità. Sono state seguite 10 persone. «I medici non potevano andare a casa per il Covid e noi con dei dispositivi certificati a uso medico, con una piattaforma, abbiamo fatto questo lavoro di telemonitoraggio dei parametri vitali, che ha permesso un ottimo adeguamento terapeutico. Si faceva una sorta di triage – secondo me la telemedicina non avrà mai successo se non hai un centro operativo che aiuti i medici. Quindi: controllo i parametri vitali 3 volte al giorno, quando vedo che vai fuori soglia mando una mail al tuo medico indicando i problemi. Con un piccolo telefono dedicato, faccio la televisita: chiamo la persona, la metto in contatto con il suo medico... un servizio eccezionale che ha avuto successo sia dal punto di vista clinico che della qualità di vita dei pazienti. Tante volte i miei collaboratori hanno avuto la capacità di creare un rapporto di fiducia con il paziente, che è una premessa a qualsiasi tipo di intervento successivo.»

NOTE AL CAPITOLO

8. Nel caso di adulti disabili o con problematiche di salute mentale il FAP (che si declina in diverse tipologie) può avere inoltre l'obiettivo specifico di sostenere il loro inserimento sociale.

9. In caso di gravi demenze i tetti aumentano, come viene sintetizzato sul sito della Regione Friuli Venezia Giulia a questo link
<https://www.regione.fvg.it/rafvg/cms/RAFVG/salute-sociale/interventi-socio-sanitari/FOGLIA30/>

10. Per “Microaree” intendiamo le aree target del programma Habitat Microaree, che verrà approfondito nel capitolo 5.

11. Azienda a cui dedichiamo l'ultimo paragrafo del presente capitolo.

12. Unità speciale di continuità assistenziale, istituita con la pandemia.

13. A Trieste le RSA sono qualcosa di diverso da quello che si intende per RSA nel resto d'Italia, come già evidenziato alla nota 6, nel capitolo 2.

14. Il progetto “VIGOUR — Evidence-based guidance to scale-up integrated care in Europe” è realizzato nell'ambito del Programma Salute UE e promosso da Empirica Gesellschaft für Kommunikations- und Technologieforschung MBH, in partenariato con 15 regioni appartenenti a sette Stati Membri Europei. Le azioni che ASUGI mette in campo nell'ambito di questo progetto puntano a rafforzare il percorso di continuità assistenziale e si rivolgono a persone anziane con bisogni di assistenza sanitaria e socio-sanitaria che accedono o rischiano di accedere al Pronto soccorso, con l'obiettivo di consentire a queste persone di essere assistite presso il loro domicilio, utilizzando anche risorse del Terzo Settore e servizi già attivi.

15. L. R. FRIULI VENEZIA GIULIA 12/12/2019, N. 22. Riorganizzazione dei livelli di assistenza, norme in materia di pianificazione e programmazione sanitaria e sociosanitaria e modifiche alla legge regionale 26/2015 e alla legge regionale 6/2006.

16. I dati sono tratti dal Bilancio Sociale 2019 di Ater Trieste, disponibile a questo link:
https://trieste.aterfvg.it/media/files/A00089/attachment/ATER_Bilancio_Sociale_2019.pdf

17. Dati Ater 2021 relativi alle Microaree. In molte Microaree, che come si vedrà nel paragrafo dedicato sono collocate in aree particolarmente fragili della città, la percentuale di inquilini Ater con più di 65 anni (sul totale degli inquilini Ater di quella zona) supera il 35% e nelle microaree di Gretta, Melara e Giarizzole supera il 45% (su un totale di inquilini Ater che a Gretta sono 243, a Melara 1162 e a Giarizzole 235).

18. L'accesso ad Amalia avviene attraverso diversi canali: invii da parte dei Servizi, sanitari e sociali, segnalazioni al Numero Verde (da parte di associazioni, familiari, persone che semplicemente “conoscono” anziani a rischio) o autosegnalazioni. Gli operatori compilano una scheda di valutazione del rischio, strutturata insieme ai professionisti di ASUGI, e laddove siano presenti i requisiti di fragilità, arruolano l'utente che da quel momento viene monitorato telefonicamente secondo un piano personalizzato.

Itis e le sue sperimentazioni di domiciliarità

L'Itis (Istituto triestino per gli interventi sociali) a Trieste si rappresenta ed è considerato dalle istituzioni e nell'immaginario collettivo come l'Ente di riferimento rispetto alla tradizionale assistenza alle persone anziane. Storico istituto di assistenza (Eca, Ente Comunale di Assistenza) e beneficenza, nato nel 1818 come istituto sia per i bambini che per gli anziani, si è successivamente specializzato nell'assistenza agli anziani. Con la legge regionale 19 del 2003 è diventato Azienda pubblica di Servizi alla Persona. Comprende sia la più grande struttura residenziale per anziani non autosufficienti di Trieste (411 posti), che fornisce agli ospiti assistenza alberghiera, tutelare e sanitaria, sia, in alcuni immobili fra quelli di proprietà dell'Ente, alcune sperimentazioni di domiciliarità rivolte in primo luogo ad anziani con bisogno di abitare in contesti supportati.

Fabio Bonetta, direttore dell'Itis, non ritiene possibile superare completamente l'esistenza di case di riposo come la struttura protetta dell'Itis, dove ospitare e assistere persone il cui livello di non autosufficienza è grave, punta piuttosto sull'umanizzazione di queste realtà, con la cura degli spazi e della qualità di vita degli ospiti e con percorsi culturali, animativi e di socialità che li mettano in relazione con la città.

In questo senso è critico verso la Commissione per la riforma dell'assistenza sanitaria e sociosanitaria della popolazione anziana istituita dal Ministero della Salute e presieduta da mons. Paglia, che mette al centro il superamento del modello residenziale verso un modello di domiciliarità, anche per gli anziani non autosufficienti: «La battaglia che abbiamo portato avanti in Itis è quella di umanizzare anche una struttura come questa, che è di per sé disumana perché questo posto è grande, enorme. È possibile creare occasioni di vita di qualità e degna per qualunque forma di fragilità in ogni ambiente di vita e in ogni spazio. E dove oggi vivono solo vecchi, creare forme di intergenerazionalità. Ricreare la vita all'interno dell'ambiente e del territorio circostante. Ad esempio, la gente che vive nelle campagne friulane e si trova a essere fragile e non ha più l'osteria, la vita di relazione. Ricreare questi spazi di vita comunitaria. Questi sono i temi che dovremmo affrontare, non è il discorso del domicilio.»

Il Covid comunque ha interrotto qualsiasi tipo di attraversamento degli spazi delle residenze protette e ha messo l'Itis, come le altre case di riposo, a dura prova. E questo sia per la quantità di contagi e di morti, sia per l'organizzazione della vita degli ospiti secondo misure di prevenzione e gestione del contagio che come si è visto hanno portato a gravi restrizioni alla libertà di movimento interna ed esterna alla singola struttura e a una situazione di grande isolamento per gli ospiti delle strutture. «Il covid — ha detto Bonetta — ci ha riportato indietro di decine di anni, perché le strutture sono tornate a essere chiuse.» Si è già evidenziato inoltre come la situazione è stata complicata anche dal punto di vista economico per realtà come l'Itis, in quanto i nuovi ingressi a causa della pandemia sono restati a lungo bloccati e i letti che sono stati tragicamente “liberati”, sia per i normali decessi sia per il sovrappiù di decessi dovuto al Covid, sono rimasti vuoti e quindi non remunerati. Alla fine del

marzo 2021 sui 411 posti disponibili all'Itis ce n'erano occupati solo 288 e anche questo ha determinato l'aumento delle rette avvenuto nella primavera del 2021. Attualmente, nel dicembre 2021, sono occupati 346 posti e un'area della struttura è vuota in quanto in fase di ristrutturazione.

Dall'esplosione della pandemia fino ad ora, la gestione della struttura residenziale è stata estremamente problematica, ma anche prima della pandemia la casa di riposo non si poteva considerare una soluzione ottimale, anche se certamente più qualificata di altre. È stato Bonetta stesso a sottolinearlo, nell'illustrarci la scelta di Itis di avviare esperienze di domiciliarità alternative alle case di riposo, sottolineando il problema culturale ad essa connesso: «Per l'immaginario collettivo o stai a casa tua con una badante che magari non parla neanche italiano, oppure hai la soluzione casa di riposo. Però noi ci siamo chiesti se quando diventeremo vecchi vorremmo stare a casa da soli con una badante oppure andare all'Itis: non vorremmo né l'una né l'altra cosa.»

La presenza delle alternative domiciliari realizzate e gestite da Itis stesso fornisce l'esempio di un'altra soluzione possibile. Si tratta di esperienze in cui Itis sta puntando molto sulla qualità degli ambienti e sulle tecnologie che possono aiutare a rendere l'ambiente di vita accessibile, funzionale e sicuro per chi non è autosufficiente. «Pensiamo — dice Bonetta — al tema dell'accessibilità, della presenza di un ascensore in un condominio. Per un fragile la mancanza dell'ascensore significa essere in galera, e succede spesso. Poi pensiamo agli ambienti interni dove una persona vive, ci sono tanti piccoli o grandi accorgimenti che permettono di evitare problemi o di vivere meglio. Pensiamo ad un tappeto, cosa significa un tappeto per un fragile? La quasi garanzia di cadere. Perché può succedere anche a noi che siamo pseudo abili. Poi ci sono tanti piccoli aspetti, dal letto, al bagno, alla cucina, ci sono tante piccole cose che modificano la qualità di vita. E poi c'è la tecnologia, perché la tecnologia è tanto dichiarata, strombazzata, specie a livello europeo, mentre noi che abbiamo sperimentato l'utilizzo di vari sensori remote control abbiamo visto che ci sono tante truffe sulla pelle della gente. Sensori che non funzionano, costi iperbolici mentre nella realtà il costo è ben inferiore... Stiamo lavorando anche su questo campo insieme a delle imprese, per cercare di avere delle progettualità corrispondenti al reale bisogno e non cose fantasmagoriche.»

Le alternative domiciliari attivate da Itis negli anni sono state: Casa Rusconi con 19 mini alloggi, il Condominio Solidale di via Manzoni con 18 appartamenti, 8 mini appartamenti autonomi nel complesso della struttura residenziale. Queste coinvolgono piccoli numeri di anziani, spesso in condizioni di seppur parziale autosufficienza e con una certa disponibilità economica. Sono persone che possono permettersi un affitto che in Casa Rusconi va da 425 a 700 euro al mese comprese le spese di base (riscaldamento, elettricità, acqua, pulizia delle parti comuni e una volta al mese dell'alloggio...) e nelle altre realtà arriva a essere anche un po' maggiore di 700 euro incluse le spese. Se poi si necessita di servizi aggiuntivi da parte di Itis (pasti, trasporti, supporto per igiene personale, parrucchiere/barbiere, manicure, pedicure, lavanderia, fisioterapia, assistenza domiciliare, pulizia supplementare rispetto a quella di base, chiamata di emergenza a personale Itis), questi sono tutti a pagamento.

casa rusconi

Casa Rusconi, situata in via Della Valle 8, è la prima esperienza di alternativa alla casa di riposo fatta dall'Itis. Nata a fine anni '80 in un edificio proveniente da un lascito, è stata realizzata in anni in cui si presentava come un progetto innovativo. Nonostante sia organizzata in

mini-appartamenti autonomi, non è classificata come condominio di civile abitazione ma come “comunità alloggio”, secondo un regolamento del 1990 (Dpgr 83/1990). È complesso — racconta Francesco Mosetti, responsabile della programmazione e della qualità aziendale per Itis — far accettare ai servizi sociali che si tratta invece di civili abitazioni e che quindi i loro intestatari hanno gli stessi diritti che hanno tutti gli altri cittadini di fruire dei servizi domiciliari pubblici e contributi per la domiciliarità. Comunque la Microarea di Cittavecchia, nel cui perimetro si trova l'edificio di Casa Rusconi, è attiva al suo interno come in tutto il territorio di competenza e riesce a offrire monitoraggio e supporto agli abitanti che ne hanno bisogno.

L'idea che ha guidato negli anni la gestione di Casa Rusconi, come anche la creazione delle altre successive esperienze di domiciliarità realizzate da Itis, è stata quella di facilitare la socialità fra gli abitanti e il territorio circostante. Spiega Bonetta: «Vivere assieme agli altri è meglio che vivere da soli, perché il male vero dell'animo è la solitudine. Se hai la fortuna di avere una famiglia va bene, ma quando hai 85 anni e i tuoi amici magari son già andati e non hai possibilità di uscire, diventa veramente un arresto domiciliare. Noi abbiamo cercato di creare, nelle varie residenze, delle forme di sviluppo delle relazioni interpersonali.» La presenza di spazi comuni, che a Casa Rusconi sono al piano terra (sala da pranzo, saletta per il tempo libero, un giardinetto interno) e sono aperti anche a frequentatori esterni, che si devono iscrivere facendo una tessera annuale, facilita senz'altro la socialità.

Le testimonianze degli abitanti di Casa Rusconi riportano che il livello di interazioni e socialità fra loro e con il territorio si è abbassato negli anni, mentre è cresciuto il senso di solitudine e abbandono. E tutto è peggiorato con il Covid. Da quando si sono trasferiti lì molto è cambiato: il mondo innanzitutto, travolto dalla pandemia, ma anche le condizioni per cui avevano scelto quella soluzione abitativa, che garantiva la possibilità di un'esistenza libera e autonoma, ma al tempo stesso “sorvegliata”, con possibilità di usufruire di alcuni servizi come i pasti e le pulizie e di fare almeno in parte vita comune.

Albina, Rosa, Alfredo e Paolo abitano in via della Valle dal 2018 e lamentano un progressivo peggioramento, che non può essere in toto addebitato al Covid, che certo ha dato la batosta finale a una situazione che già da prima cominciava a non funzionare. A loro avviso le prestazioni nel corso degli anni sono calate a fronte di un aumento delle rette non motivato, un problema quello della motivazione che riscontrano in generale: «Non ti dicono mai niente» sostiene Rosa «ad esempio lunedì dovremo farci trovare in casa, perché deve passare qualcuno dell'Asugi, ma non sappiamo né chi né perché.»

Rosa ha 83 anni, è un'insegnante di lettere in pensione e arriva da Padova: si è trasferita a Trieste per avvicinarsi a sua figlia, che abita qui.

È autonoma e indipendente, ma il poter contare sulla preparazione dei pasti e sulle pulizie quotidiane l'aveva convinta a scegliere Casa Rusconi: nel frattempo però ha rinunciato ai pasti,

che per lei sono risultati troppo pesanti e l'avevano fatta stare male, e lamenta il fatto che sono state dimezzate le ore dedicate alle pulizie a scapito dell'igiene, cosa che «in questo momento non va bene». È dispiaciuta anche del fatto che sia saltata la vita comunitaria, che ci siano persone che non escono di casa da mesi, che la maggior parte degli ospiti sia restia a comunicare: «Non va bene isolarsi» dice «tanto più che adesso siamo tutti vaccinati.

Un tempo facevamo la tombola e ascoltavamo le letture e poi mangiavamo assieme.

Certo, c'erano delle tensioni, perché la convivenza in queste strutture non è mai facile, ma andava decisamente meglio.

Con Albina ci troviamo in giardino, perché abbiamo entrambe la passione per il giardinaggio: abbiamo adottato un'aiuola e piantato un po' di fiorellini. Abbiamo provato a invitare

anche gli altri, ma non viene nessuno: molti sono scontenti, ma hanno paura a dire quello che pensano. È una bella struttura, peccato che sia stata abbandonata».

Uno dei pochi che non ha problemi a parlare è Paolo, che lo scorso 17 marzo ha promosso un'assemblea per discutere dell'aumento della retta: «Quando sono arrivato pagavo 350 euro, dopo tre mesi hanno aumentato di 50 euro, pochi mesi fa di altri 25 euro. È una retta, non un affitto e la differenza è sostanziale. Aumentano i prezzi e calano i servizi: ora non ti portano più la spesa e durante il lockdown hanno sospeso le pulizie».

Uno dei nodi è il ruolo dell'assistente sociale, l'unico anello di congiunzione con la direzione, che aveva ad esempio promesso di ripristinare la possibilità di prendere solo mezzo pasto: «Il direttore Bonetta aveva detto che sarebbe stato possibile a partire dal 1° gennaio, ma non si sa di che anno.»

Per questo motivo anche Paolo non usufruisce più del servizio mensa: a pranzo si arrangia con un panino, mentre a cena gli cucina la vicina di casa. Forme di mutuo aiuto che forse non sarebbe altrettanto facile realizzare in un contesto diverso.

Di fattiva solidarietà ci raccontano anche Albina e Alfredo, che sono arrivati in Casa Rusconi nello stesso momento su interessamento della figlia di Alfredo.

Stavano già insieme da dieci anni, ognuno nella propria abitazione: hanno provato a trasferirsi in un unico

appartamento, ma non ha funzionato e pertanto poi hanno scelto di tornare a vivere separatamente ma in due alloggi confinanti.

Passano le giornate insieme, ma a pranzo e a cena ognuno sta a casa sua: Alfredo prende sia il pranzo che la cena, mentre Albina solo il pranzo: «Qualcosa non va bene, ma in generale si mangia bene e soprattutto è pronto.» Un tempo facevano lunghe passeggiate, ma un anno fa Alfredo ha avuto un problema all'anca e ora non è più possibile, si muove con un ausilio, ma se ci sono degli ostacoli anche piccoli ha bisogno di essere aiutato:

«Guai se non ci fosse Albina!» dice, sarebbe bloccato in casa.

Anche loro rimpiangono i tempi in cui ci si trovava per giocare a carte e per guardare dei film, sostengono che «nessuno s'interessa a niente» e che l'assistente sociale va un giorno alla settimana solo per raccogliere i bollini dei pasti, ma considerando le soluzioni che avevano sperimentato prima di approdare in via della Valle — case di riposo costose e inaccessibili — sono complessivamente soddisfatti.

[Albina, Rosa, Alfredo e Paolo]

Sulla riduzione delle pulizie, i referenti di Itis ci hanno spiegato che è legata alla riduzione della quantità di persone che alloggiano nella struttura, passate, con il Covid, da 16 a 9: alcune sono andate a vivere con i loro familiari per evitare l'eccessivo isolamento e altre sono decedute. Peraltro l'assistente sociale Graziella Sorrentino, referente di Casa Rusconi e presente nella stessa una mattina a settimana, riferisce l'estrema difficoltà ad avviare nuovi ingressi nella fase pandemica.

Rispetto alla diminuzione delle relazioni sociali all'interno della Casa, denunciata dagli abitanti, Francesco Mosetti ha riferito che, quando circa trent'anni fa avevano iniziato a lavorare sulla socialità, avevano introdotto la figura dell'animatore, presente con una certa continuità con l'obiettivo del coinvolgimento di abitanti e persone esterne in attività sociali: «È stata una presenza continuativa fino a una decina di anni fa», racconta Mosetti, «mentre successivamente abbiamo visto che diminuendo la sua presenza le persone si rendevano più attive, facendosi carico di organizzare da sole le attività.»

Che la socialità sia principalmente autogestita fa sì che dipenda molto dalle caratteristiche delle persone presenti. Infatti, come Sorrentino ha riferito, ha in parte funzionato, seppur con conflittualità fra gli abitanti, solo fino a quando viveva lì un uomo molto attivo, oggi ricoverato all'Itis, che suonava il piano, proiettava l'opera e film... Una volta a settimana inoltre fino a prima del Covid c'era la tombola, organizzata da un operatore, e una volta a settimana la ginnastica. Pochi momenti, ma di grande importanza per la qualità delle relazioni nella Casa.

Va inoltre rilevato che, nonostante il regolamento di Casa Rusconi richieda ancora, per chi va a vivere lì, di essere autosufficienti, sempre di più le persone che lì vivono hanno invece problematiche di non autosufficienza. In parte perché queste problematiche si sviluppano negli anni successivi all'ingresso, in parte perché Itis si sta orientando verso l'accoglienza di persone non autosufficienti anche in Casa Rusconi. Sono stati infatti recentemente ristrutturati diversi appartamenti, rendendoli "domotici", cioè, oltre che completamente privi di barriere architettoniche, dotati di avanzati supporti tecnologici che permettono fra

l'altro di svolgere molte funzioni, compreso vedere chi è alla porta e aprire la porta, anche dal letto. Nella ristrutturazione, è stato creato anche un mini alloggio per l'assistente familiare. Si sta valutando se richiedere di convenzionarsi, per questa parte degli alloggi, come "abitare possibile".

Quindi attualmente nella gestione di Casa Rusconi il nuovo orizzonte di maggiori supporti coesiste con l'impostazione passata, che vede nell'autosufficienza un requisito per vivere lì. Da ultimo l'assistente sociale riferisce che quando le persone perdono l'autosufficienza spesso vengono trasferite all'Itis, perché in Casa Rusconi si sentono troppo sole e isolate.

i mini-appartamenti ricavati dentro la struttura di itis

Nel 2005 è stato costituito all'interno della struttura residenziale un primo mini appartamento. Come dice Mosetti, «umanizzare è anche creare degli appartamenti all'interno di un edificio come questo. Noi abbiamo provato a pensare: noi come vorremmo essere da anziani con patologie che non possono essere trattate a casa? Vorremmo avere la nostra autonomia, per quanto possibile, anche in una struttura sociosanitaria. Quindi perché non creare degli appartamenti veri e propri in cui io posso anche invitare il mio vicino a bere un té?»

Il percorso è proseguito negli anni e i mini appartamenti ricavati nella casa di riposo sono oggi 8, gli ultimi dei quali sono stati inaugurati a inizio 2019. Rappresentano una opportunità per rispondere ai bisogni complessi di persone a rischio di istituzionalizzazione, che in questo modo possono vivere nel proprio appartamento con una totale autonomia ma al tempo stesso accedere a tutte le possibilità di assistenza e socialità offerte nella casa di riposo.

Noi abbiamo conosciuto due donne che ci abitano.

Bianca ha 98 anni, Ardea 91; entrambe vivono in due mini appartamenti: Bianca da due anni e mezzo, Ardea da quattro.

Di concerto con le famiglie hanno optato per questa soluzione dopo essere rimaste sole (in un caso dopo la morte del marito, nell'altro dopo che la figlia ha lasciato Trieste): è una formula che consente loro grande autonomia in un contesto protetto, dove possono ricevere aiuto e

assistenza in caso di bisogno e dove possono condividere il momento del pranzo (al costo di 10 euro) e attività ricreative, purtroppo al momento sospese a causa del Covid.

Possono uscire come e quando desiderano, l'unico vincolo è rientrare entro la mezzanotte.

Entrambe sono molto soddisfatte e non si sono mai pentite della scelta fatta.

Gli appartamenti sono piccoli ma funzionali con un unico neo: la luce arriva dall'alto, quindi non hanno una vista se non quella delle nuvole.

Il personale dell'ITIS fa un passaggio quotidiano per verificare che stiano bene.

Il costo dell'affitto comprese le spese è di 775 euro mensili.

[Bianca e Ardea]

il condominio solidale

Si tratta di un'esperienza inaugurata nell'aprile 2014, in uno stabile ristrutturato in modo da essere completamente privo di barriere architettoniche e da andare nella direzione dell'ecosostenibilità, con pannelli solari e cappotto esterno. Ma c'è dell'altro nell'idea di partenza: dare l'opportunità ad anziani e persone di tutte le età — assegnando all'incirca 2/3 dei 18 alloggi ad anziani e 1/3 a giovani o famiglie — di vivere in un condominio dove si ha una particolare cura della socialità tra condomini e dell'aiuto reciproco. C'è una bellissima e ampia sala comune, con terrazzo, all'ultimo piano, poi una zona lavatrici, a gettoni, che ogni inquilino può utilizzare, e al piano terra un giardinetto interno. Il Condominio Solidale si trova in via

Manzoni e fra i 18 appartamenti complessivi i più grandi, di 95 mq, costano 700 euro più le spese, che sono circa 80 euro al mese.

Tra le persone anziane residenti nel Condominio Solidale di via Manzoni 8 c'è anche la signora Luciana, 84 anni due figli e una malattia che da 15 anni le indebolisce progressivamente i muscoli.

Quando sono cominciate le difficoltà abitava in una casa poco accessibile in zona Montebello (con una strada disagiata in salita da percorrere dalla più vicina fermata dell'autobus), si è quindi trasferita a Roiano, dove abitava la sorella, in un appartamento in affitto che poteva accogliere anche una badante: la selezione di queste signore è avvenuta prima attraverso il passaparola, poi tramite lo sportello dell'allora Provincia (ora diventato il Servizio SI.CON.TE della Regione) con l'assistenza del CAF della CISL.

Negli anni si sono avvicinate diverse assistenti e il numero delle ore di presenza richiesto è via via aumentato, passando dalle 2 al mattino e 2 al pomeriggio alle complessive 8.

Le condizioni fisiche della signora Luciana sono progressivamente peggiorate e anche a Roiano ha cominciato a fare fatica a uscire di casa a causa della presenza di due gradini nell'atrio del condominio. In seguito a una caduta è stata ricoverata un mese all'ITIS grazie all'accoglimento Sollievo (progetto dell'Istituto che ha l'obiettivo di favorire la permanenza degli anziani al proprio domicilio e nasce dall'esigenza di soddisfare specifiche esigenze circoscritte nel tempo) e al momento delle dimissioni i figli sono venuti a

conoscenza dell'esperienza del Condominio Solidale, che sin dal principio è apparsa loro molto interessante. Pertanto, fatte tutte le opportune verifiche, alla fine del 2015 la signora Luciana si è trasferita in via Manzoni 8, dove abita tuttora con una badante convivente.

La selezione della persona che l'assiste è avvenuta con l'intermediazione di un'agenzia privata: è una soluzione che costa di più ma che garantisce il ricambio in caso di malattia, ferie, ecc.; il contratto viene stipulato tra la signora Luciana e la badante e prevede un'assistenza h24 su 5 giorni e mezzo e 36 ore di pausa, in cui subentrano i figli o altro personale.

Il figlio Paolo, che ha accettato di parlare con noi, è parzialmente soddisfatto del Condominio Solidale: «All'inizio del marzo 2020, dopo che la badante del momento si era licenziata, abbiamo provato a metterla all'ITIS, ma dopo pochi giorni l'Istituto ha interrotto le visite a causa del Covid. Anche per questo motivo l'esperienza è stata un disastro e, anche se la permanenza di nostra madre è durata in tutto poco più di un mese, ne è uscita molto peggiorata, fisicamente e psicologicamente. Fortunatamente siamo riusciti a riportarla nel Condominio Solidale, che per sicurezza non avevamo lasciato.»

«Uno dei vantaggi» continua il signor Paolo «è che non c'è alcuna barriera architettonica e questo ci consente di muoverci e di entrare e uscire con la sedia a ruote elettrica. L'aspetto della socialità sarebbe invece da

potenziare, perché di fatto — complice anche il Covid — non ci sono, o sono molto limitati, gli scambi e le relazioni tra condomini. Un tempo il portierato sociale favoriva questo aspetto, ma questa figura oggi non è più prevista. La socializzazione viene lasciata all'iniziativa dei singoli (qualcuno ad esempio viene a pranzare negli spazi comuni, che sono molto belli). Una volta si faceva una riunione ogni venerdì: la famiglia che svolgeva il ruolo di portierato sociale era stata capace di aggregare le persone e faceva da tramite con l'ITIS anche nella raccolta delle richieste e delle segnalazioni; ora è rimasto un condominio bello ma forse ha perso in parte l'idea nobile di un tempo: ora vi risiedono famiglie di anziani e giovani, molte bisognose di assistenza altre no, ma non c'è una particolare interazione tra di loro.

Mi rendo conto che non è per niente semplice, perché ognuno ha i suoi problemi, ma effettivamente per noi i benefici si riducono all'accessibilità».

In generale, per migliorare l'assistenza domiciliare delle persone con disabilità, secondo il signor Paolo, bisognerebbe per prima cosa porre attenzione alla formazione delle assistenti familiari proponendo dei corsi specifici (ad esempio su base regionale), che formino le stesse dal punto di vista tecnico e comportamentale, ma sarebbe anche necessario aumentare l'aiuto economico alle famiglie: infatti i contributi pubblici, pur fondamentali, coprono solo una parte (meno della metà) della spesa per l'assistenza della persona anziana.

[Paolo]

La testimonianza del sig. Paolo ci fa interrogare sul venir meno della socialità nel condominio.

Quando siamo andate per la prima volta a visitare il Condominio Solidale, nello spazio comune abbiamo incontrato la signora Luciana, la madre di Paolo, con la sua assistente. Quest'ultima ha parlato molto bene della situazione in cui vive la persona di cui si occupa. «Tutte le case dovrebbero essere così», ha detto e ha aggiunto che «Luciana ha la fortuna di avere una famiglia che le sta vicino». Luciana poi ha sottolineato che possibilità di incontro nel condominio

ci sono, ma, più di tutto, per lei, è importante restare a casa sua. «Desidero restare a casa. Restare in casa è la cosa più bella. C'è stato il lockdown che mi ha bloccato tanto (il figlio ci ha spiegato che è dovuta stare in Itis per un mese: era ricoverata lì quando è esplosa la pandemia). Non stavo bene. Passano gli anni e non ce ne si accorge neanche. Anche un'altra signora che abita qua adesso è andata fuori, povera, è andata alla Casa Verde (una

RSA). Lei curava i fiori e adesso li curiamo un poco per uno. Poi ci si trova con le persone. Per dir la verità ci incontriamo abbastanza, ma potremmo incontrarci di più. Perché poi uno non ha voglia, ha più voglia di stare a casa. Non si è ben organizzati ma ci si potrebbe organizzare. A me piace sempre star dentro in casa, poi non riesco a camminare bene, ci sono tante cose... Purtroppo a me piace più di tutto stare a casa».

[Luciana]

Sembra che quando il Condominio Solidale è stato lanciato, come si evince dai racconti di diverse delle persone intervistate, ci fosse più cura della dimensione relazionale e sociale da parte di Itis, rispetto a quello che poi è stato negli ultimi anni.

Contestualmente all'avvio del progetto del Condominio Solidale, quando con intenti comunicativi era stato fatto uno striscione con la canzone "Era una casa molto carina" di Endrigo modificata in chiave positiva, Itis ha coinvolto potenziali abitanti, Terzo settore e istituzioni in un percorso di coprogettazione fatto tramite focus group. E' sulla base di quanto è emerso in questo percorso che è stato impostato il condominio. Ad esempio, i responsabili di Itis non pensavano fosse importante lasciare la possibilità ai futuri inquilini di arredare loro i loro appartamenti, invece questo è emerso come un aspetto importante dai focus group. Inoltre, un esito di questo percorso è stato la Carta dei Valori che ogni inquilino al momento del contratto di affitto deve firmare. Queste sono le parole con cui questo documento inizia: «Vivere nel Condominio Solidale significa condividere un approccio di vita più ecologico, coniugare il proprio bisogno di privacy e di autonomia con un'equa dose di relazioni e di sicurezza, "rispolverare e recuperare" i valori e le buone pratiche "di buon vicinato" e il dimenticato senso civico, re-inventando un nuovo stile di vita. La persona in questo contesto può riscoprirsi "cittadino de facto", liberando naturalmente le proprie potenzialità e investendo sul protagonismo mettendosi a disposizione della comunità e del ben-essere e sentirsi, nel contempo, utile e generativo, concorrendo al miglioramento della vita e salute propria e altrui».

E viene pure prevista «la possibilità di avviare una funzione di portierato sociale in fasce orarie definibili in base alle risorse e alle necessità emergenti che prevede la presenza di una persona e/o famiglia con compiti di: promozione delle relazioni e della solidarietà tra residenti, stimolo dell'autonomia dei singoli/famiglie, raccolta delle esigenze emergenti e monitoraggio dei bisogni, collegamento con l'esterno e con l'ASP ITIS, tutela e salvaguardia dei beni comuni».

I primi anni Itis riusciva a garantire la figura del portiere sociale ma poi non è più riuscito e da allora la socialità nel condominio ha cominciato a indebolirsi. L'idea iniziale, ci ha spiegato Francesco Mosetti, era quella di abbattere il canone di affitto per il portiere sociale, in cambio delle sue attività di portierato, ma la legge impedisce a Itis, che è un ente pubblico, di farlo. Sono invece riusciti a dare una piccola remunerazione al portiere sociale con i voucher, ma poi, quando la normativa sui voucher è cambiata, circa 5 anni fa, non hanno più potuto farlo e quindi il portierato sociale non è più continuato. È stato messo quindi, a occuparsi della socialità nel Condominio Solidale, un operatore della cooperativa che collabora con Itis (KCS) per qualche ora, tre volte a settimana, ma anche questa presenza si è interrotta, con il Covid. Itis durante il Covid ha seguito il Condominio Solidale solo tramite contatti telefonici da parte del SOPI, la Struttura Operativa Patrimonio Immobiliare, che ha di per sé compiti amministrativi ma ha fatto anche monitoraggio e tramite con i servizi di Itis quando necessario.

Francesco Mosetti ci ha spiegato che re-istituire la figura del portiere sociale è per Itis “un sogno nel cassetto” e sia lui che il direttore Bonetta la ritengono una questione strategica anche oltre il condominio solidale. La figura del portiere sociale, segnalano, andrebbe diffusa negli stabili Ater anche oltre le Microaree. Negli anni il Condominio Solidale ha avuto due portieri sociali e con entrambi è stata una esperienza positiva, racconta Mosetti. «I candidati erano due uomini tra i 45 e i 55 anni, entrambi con famiglia. Nel primo caso con un bambino e nell'altro con due figli adolescenti. Il primo portiere sociale è poi andato via con la prospettiva di avere un lavoro più gratificante economicamente e anche nel secondo caso è accaduto qualcosa di simile. La prima esperienza è andata bene e la seconda anche tranne che per qualche problema nel pagamento dell'affitto. Gli abitanti del condominio ci credevano parecchio. La seconda famiglia era più intraprendente, aveva vissuto con un pathos diverso la situazione e per questo è forse stato più difficile il distacco e se n'è sentita di più la mancanza. Siamo passati poi dai portieri sociali ad avere qualche ora a settimana, e si è sentita la differenza: è diverso avere qualcuno sulle 24 ore a cui bussare alla porta, rispetto a qualcuno un paio di ore la settimana.»

Abbiamo anche incontrato nello spazio comune del Condominio alcuni abitanti, un familiare e due assistenti familiari.

Il condominio solidale non era solo un nome esotico da dare a un palazzo qualunque, ma un'idea in cui molti hanno creduto seppure con sfumature diverse: la possibilità di trovare in via Manzoni, oltre a centralità e accessibilità, anche spazi da condividere o comunque un contesto in cui non essere isolati, in cui non trovarsi improvvisamente soli, in cui poter sperimentare l'aiuto reciproco. A dare concretezza a tutto questo — accanto agli spazi comuni sia interni che esterni — c'era anche il portierato sociale, molto apprezzato e molto rimpianto da tutti coloro che l'hanno sperimentato pur in forme diverse, così come apprezzato è stato il contributo di alcuni operatori dedicati a specifiche attività: inizialmente un'animatrice, Daniela, tutti i giorni proponeva delle attività aggregative, tra cui anche la ginnastica dolce; è poi subentrata una condomina affiancata dal marito nel ruolo di portieri sociali, quindi è arrivata un'altra persona nello stesso ruolo e successivamente un'altra operatrice di Itis fino all'arrivo del Covid, dopo il quale è stata ed è

tuttora una condomina ad essersi assunta di sua iniziativa il ruolo venuto meno con l'intento di farsi carico di salvare lo spirito di quel condominio e tutte le attività e le occasioni finalizzate a promuovere conoscenza e integrazione tra persone diverse per origine, esigenze, prospettive e anche per età: c'è la coppia proveniente dall'appennino reggiano che si è avvicinata alla figlia, c'è l'insegnante prossima alla pensione che non ha parenti in città e si vuole costruire una vecchiaia serena in piena autonomia, c'è la signora ormai anziana che abitava in un posto lontano dal centro, dove nonostante la splendida vista non la riaccomagnava più neanche il taxi. C'è chi l'ha saputo grazie a un volantino trovato dall'ortolano e chi tramite un'agenzia immobiliare: tutti sanno che l'obiettivo disegnato dal progetto europeo Helps, nel quale si colloca, è quello di realizzare un welfare di prossimità evoluto, che certamente passa per i pomodori che la signora Maria ha coltivato in terrazzo, ma anche per le presine della signora Luciana, le letture condivise, le spese

fatte a turno, il laboratorio creativo, le iniziative della Comunità di Sant'Egidio.

Molte cose sono cambiate dall'inaugurazione del condominio: dalle condizioni d'ingaggio (inizialmente era richiesto che le persone fossero autonome) al coinvolgimento dell'Itis, che a detta di alcuni è al momento del tutto insufficiente, alle motivazioni con cui si è arrivati in quel posto. Prima di tutto è cambiato il mondo a causa del Covid: come ha dichiarato la figlia di un'inquilina, si è salvato solo chi ha tenuto i rapporti sociali. Una ragione in più per attuare fino in fondo i contenuti sociali di questa residenza e per richiedere strumenti utili a questo scopo: il ripristino del portierato sociale prima di tutto, ma anche l'installazione di una tenda in terrazza e la predisposizione del wi fi negli spazi comuni.

Sulla riattivazione di una forma di portierato sociale, a servizio di tutto il territorio circostante e non solo del condominio solidale, Itis sta in questo momento lavorando in collaborazione con l'associazione “AsSostegno”.

NOTE AL CAPITOLO

19. Per la precisione per i servizi di ristorazione, bagno assistito, pedicure e parrucchiere forniti da parte di Itis è possibile richiedere un contributo del Comune che permette al frequentatore di partecipare al costo in misura proporzionale al proprio reddito Isee.

20. Si veda il capitolo 6.

Il Programma Habitat Microaree di Azienda Sanitaria, Comune e Ater

Il programma Habitat Microaree di Trieste e Muggia coinvolge Azienda Sanitaria, Comune, Azienda dell'edilizia residenziale pubblica (Ater), cooperazione sociale e cittadinanza attiva nel concentrarsi su specifici micro-territori (che contano fra i 400 e i 2000 abitanti circa), a partire dai più periferici e svantaggiati della città, caratterizzati da una forte presenza di edilizia popolare, dove sperimentare e perseguire una maggiore prossimità e integrazione per obiettivi di “cura dei luoghi”, salute e welfare di comunità.

Si tratta di un'innovativa esperienza che si propone, in piccole aree assunte come laboratori, utili per innescare una trasformazione complessiva nei servizi, di fare uno sforzo in più nell'applicazione delle indicazioni degli organismi internazionali (per il trattamento non ospedaliero ma domiciliare delle malattie di lunga durata, per intervenire sui determinanti non sanitari della salute, per rinforzare l'attivazione dei diretti interessati e la coesione sociale...) e dei connessi principi normativi nazionali e regionali (integrazione socio-sanitaria, coinvolgimento attivo della comunità e del Terzo Settore...).

Dopo una iniziale sperimentazione su 5 aree pilota nel Comune di Trieste (progetto Habitat, 1998), nel 2005 l'Azienda Sanitaria ha intensificato il suo impegno destinando alcuni suoi operatori a tempo pieno al progetto, da allora denominato Habitat Microaree, e firmando con Comune di Trieste e Ater un Protocollo di Intesa che ha impegnato gli Enti Partner a portare avanti ed estendere l'intervento congiunto. Successivamente (2009) un Protocollo di Intesa affine è stato firmato dalla stessa Azienda Sanitaria e la stessa ATER con un altro Comune della provincia di Trieste, il Comune di

Muggia. Questi accordi sono stati più volte rinnovati negli anni, aumentando il numero di aree di Trieste e provincia coinvolte dal Programma Habitat Microaree e dettagliando sempre di più le modalità di collaborazione fra gli Enti.

Oggi le Microaree, territori con una popolazione più anziana, più povera e più malata rispetto al resto della città, sono 17, fra Trieste e provincia. La provincia di Trieste ha più di 231 mila abitanti in tutto (Istat, 2021, dati 2019), dei quali le Microaree comprendono complessivamente più di 19 mila abitanti (dati Asugi 2019), quindi circa l'8% della popolazione.

Come già evidenziato, Trieste è una città e una provincia caratterizzata da un'altissima presenza di anziani e di case popolari e nell'edilizia residenziale pubblica triestina la percentuale di inquilini over 65 è ancora più alta. Nelle Microaree questa caratteristica è ancora più marcata. Secondo i dati forniti da Asugi relativamente al 2019, nelle Microaree vivono quasi 6.500 persone con più di 65 anni e la percentuale di over 65 si attesta al 32,7%: molto maggiore di quella complessiva della provincia di Trieste (28,6). Andando poi ad approfondire la situazione dei singoli territori, si riscontra che in alcune specifiche Microaree (nel Comune di Trieste Vaticano, Campi Elisi, Altura, Villa Carsia, Melara) si arriva a più del 35%-40% di over 65. Concentrando infine lo sguardo sulle zone di edilizia residenziale pubblica presenti nelle Microaree, come si è già visto nel capitolo 4, si riscontra in alcune zone all'interno delle Microaree (Piazzale Giarizzole, Gretta, Melara) la presenza, fra gli inquilini Ater, di più del 45% di over 65.

Le Microaree fungono da dispositivo di riconversione e ottimizzazione della spesa pubblica e lente di ingrandimento che permette, nei territori di riferimento, di conoscere più da vicino sia i problemi e i bisogni sia le risorse utili a costruire risposte e di intervenire quindi in maniera più efficace.

Il lavoro di microarea è orientato da 5 specifici assi, strettamente connessi uno con l'altro e basati sulla presenza quotidiana e continuativa nel territorio:

- la conoscenza attiva (es. "porta a porta") di tutta la popolazione e il contatto diretto, presso la sede, durante attività pubbliche o che coinvolgono gruppi specifici, e/o con visite a domicilio, con coloro che si coinvolgono e/o che hanno specifici bisogni;
- la facilitazione dell'accesso ai servizi per tutti coloro che ne hanno bisogno, a partire dai più fragili (Microarea non può funzionare allo stesso modo senza una rete di servizi territoriali in essa coinvolti e disponibili a mettersi in gioco per gli obiettivi del progetto);
- l'ottimizzazione degli interventi per la permanenza delle persone nel proprio domicilio e il contrasto all'istituzionalizzazione;
- l'integrazione inter e intra istituzionale e con il Terzo Settore per

favorire la collaborazione fra i diversi servizi e soggetti che agiscono sullo stesso individuo e sullo stesso territorio;

– la partecipazione e lo sviluppo di comunità, nella direzione di un welfare di comunità, per facilitare il protagonismo della cittadinanza, insieme alle realtà private/del privato sociale del territorio con il supporto degli Enti Partner. Lo sviluppo di comunità è inteso dunque come garanzia dei diritti del soggetto e della collettività e intervento pubblico a sostegno delle risorse del territorio. Il lavoro con i singoli, per accompagnare gli abitanti, a partire dai più fragili, nell'accesso ai servizi e nell'ottenere risposte efficaci ai loro bisogni intesi in maniera globale e olistica, si connette strettamente al lavoro sul contesto sociale, nel quale i singoli trovano possibilità di inclusione, supporto, espressione e potenziamento delle loro capacità. E insieme la Microarea funge da incubatore di iniziative collettive per realizzare i progetti nel territorio che appaiono necessari e voluti dalla comunità, facilitando il coordinamento fra tutti i soggetti (“fare insieme”) e l'inclusione attiva dei più fragili e agendo da connettore tra bisogni e risorse.

L'efficacia del progetto è stata messa in luce da diversi studi e documenti realizzati con approcci sia qualitativi che quantitativi²² ed è utile qui sottolineare che il programma Habitat Microaree è particolarmente efficace per la popolazione anziana, che come si è visto è sovra-rappresentata nei rioni target rispetto alla media cittadina. Nelle Microaree la permanenza a domicilio degli anziani anche in condizioni di fragilità viene molto facilitata e la loro qualità di vita viene molto potenziata dalla presenza accessibile e continuativa nel territorio da parte dell'equipe territoriale, dall'approccio proattivo, aperto, flessibile, dal lavoro di coordinamento svolto dal/dalla referente, dalla socialità aperta e inclusiva che in Microarea si costruisce e si coltiva.

Per realizzare una Microarea sono fondamentali alcuni dispositivi:

– il/la referente di Microarea è un operatore messo a disposizione dall'Azienda Sanitaria o dal Terzo Settore in co-progettazione con gli enti partner dedicato a tempo pieno al progetto e presente quotidianamente sul territorio di riferimento con un ruolo di coordinamento operativo;

– i/le portieri/e sociali²³ sono operatori della cooperazione sociale che lavorano su incarico del Comune (per attività di socialità) e di Ater (come tramite fra chi risiede nelle case Ater e questa istituzione e catalizzatore di processi di “cura dei luoghi”). Lavorano in maniera integrata con il/la referente e parte dell'equipe operativa anche: due volontari/e di servizio civile, alcuni/e adolescenti con borse del servizio solidale regionale, persone con borse di formazione lavoro da parte dei servizi e abitanti del rione che a titolo volontario contribuiscono attivamente alle attività;

– il Gruppo Tecnico Territoriale, che si riunisce una volta al mese ma i cui membri si raccordano nel lavoro quotidiano ogni volta che serve, comprende l'equipe della Microarea e gli operatori dei servizi di riferimento (Distretto, salute mentale, dipendenze, servizio sociale...) e del Terzo Settore che nel loro lavoro ordinario si occupano di quel territorio;

– la sede di Microarea, solitamente situata in un appartamento messo a disposizione dall’Ater, il più possibile visibile e accessibile.

un innovativo ma fragile avamposto nel percorso di deistituzionalizzazione

Il tratto distintivo del Programma Habitat-Microaree e ciò che lo rende efficace per gli obiettivi di salute e welfare di comunità è il quotidiano, diretto e continuativo coinvolgimento dell’Azienda Sanitaria, che è stato l’Ente promotore del progetto, con un approccio aperto e a 360 gradi, insieme alla stretta integrazione con Comune e Ater e al protagonismo del Terzo Settore e dei cittadini.

Negli ultimi anni l’attenzione e il coinvolgimento dell’Azienda Sanitaria nel progetto sono però diminuiti: come nel nostro studio è emerso, fino al 2018 c’erano infatti canali diretti e costanti di comunicazione fra Microaree e Direzione, in virtù del carattere altamente sperimentale e innovativo del Programma e della necessità di dare ad esso legittimazione e supporto, oggi venuti meno. Anche le attività di formazione, valorizzazione, valutazione, promosse dall’Azienda Sanitaria spesso in collaborazione con gli altri Enti Partner e con enti di formazione e università si sono concluse nel 2018. Centrale permane, nonostante alcune difficoltà segnalate, il rapporto tra Microaree e Distretto di riferimento.

Come si può immaginare, l’attenzione e il sostegno da parte dell’Azienda Sanitaria e di tutti gli Enti partner verso il progetto è stata indebolita anche dalla pandemia. Soprattutto nella prima fase dell’emergenza, infatti, come si è visto, i servizi erano fortemente sotto pressione da un lato e soggetti a regole di distanziamento dall’altro: non sappiamo se è mancata anche la volontà, ma senz’altro non ci sono state le energie per dare alle Microaree l’attenzione che necessitano e per valorizzarne al meglio la capacità di stare vicino ai cittadini anche nei momenti in cui più grave è stata l’emergenza.

Le referenti di Microarea sono riuscite comunque a portare avanti il loro complesso lavoro, durante la pandemia, ma con grande fatica — anche dovuta al fatto che durante l’emergenza il loro carico di lavoro è spesso aumentato per supportare i colleghi, ad esempio facendo tamponi, anche al di fuori del loro territorio di riferimento — e senso di solitudine.

la responsabilità, la flessibilità e la tenuta del progetto nonostante la pandemia

Le referenti di Microarea intervistate in questa e in precedenti ricerche²⁴ hanno raccontato che, allo scoppiare dell’emergenza, non hanno avuto direttive dall’alto su come impostare il loro lavoro. A differenza di tutti i volontari di servizio civile delle Microaree e dei borsisti, come degli operatori di altri servizi, ai quali era stato chiesto dagli Enti di riferimento di interrompere le attività in presenza, alle referenti non sono state date indicazioni. Cooperative, Comune e Ater hanno comunicato che avrebbero proseguito il loro lavoro per via telematica e hanno chiesto alle referenti di Microarea dell’Azienda Sanitaria cosa avrebbero fatto loro. Queste ultime hanno risposto che loro, con le necessarie attenzioni, avrebbero continuato ad esserci, sul campo. «Per noi — dice Anna Demarchi, referente Microarea Fonderia — è più semplice far fronte all’incertezza. Siamo abituate a non seguire modalità standardizzate, a riflettere passo dopo passo sul da farsi, e a lavorare con quello che c’è.»

Una referente (Michela Degrassi, Microarea Gretta) ci ha spiegato la sua decisione dicendo che in quanto lei rappresenta “lo Stato” ha pensato di dover stare più possibile vicino ai cittadini in un momento così grave. Un’altra (Marina Barnabà, Microarea Negri) ha sottolineato l’importanza in questa scelta della dimensione “etica”, che ha appreso nel suo lavoro a tenere sempre presente a fianco alla dimensione istituzionale e “burocratica”. C’è stata anche una assistente sociale del Comune, fra quelle che collaborano con le Microaree, che, forse sull’onda della scelta delle referenti, nonostante le indicazioni del suo ente di riferimento fossero di lavorare a distanza, ha fatto la stessa scelta e ha continuato ad andare fisicamente nel territorio, in collaborazione con la referente di Giarizzone.

vicinanza anche in fase di distanziamento, prima di tutto per i più fragili

La scelta di restare nel territorio anche durante i periodi di lockdown ha reso possibile fornire aiuti per procurarsi spesa e farmaci, in raccordo con la Protezione Civile e con il Comune, alle persone più a rischio, come gli anziani fragili, che era meglio evitassero completamente di uscire. Gli aiuti sono stati forniti sia direttamente dalle referenti di Microarea, sia coordinando altri soggetti, compresi abitanti attivi, grazie al capitale di relazioni e fiducia costruito negli anni.

«Molti anziani hanno patologie croniche importanti e hanno bisogno di una copertura farmacologica. Per loro abbiamo cercato di creare dei punti di riferimento per il rapporto con i medici di base e per poter avere a casa le medicine, stimolando persone più giovani e meno a rischio a farsi tramite per le ricette e per portare i farmaci a casa delle persone» ci ha raccontato Reanna Simsig, referente Microarea Giarizzole.

Le referenti di Microarea, conoscendo da vicino la popolazione, erano al corrente di chi aveva particolare bisogno di aiuto e monitoraggio e lo contattavano proattivamente, sia per telefono sia faccia a faccia quando necessario. Importanti anche gli incontri casuali per strada, nel rione, con chi usciva per fare la spesa. E per molti abitanti anche solo sapere che le operatrici della Microarea erano come sempre lì, a disposizione, nel rione, a due passi da casa loro, e raggiungibili telefonicamente sul cellulare di servizio come sempre, era tranquillizzante.

«Credo che nel momento dell'emergenza ogni servizio si è dato da fare e ha fatto del suo meglio, ma la marcia in più che hanno le Microaree è la vicinanza e quindi individuare il problema da subito, se c'è. Se vedi la persona ogni due o tre mesi è possibile che sfugga qualcosa. Noi qua viviamo quotidianamente nel contesto delle persone, per cui, anche se non parli con la persona, magari parli con il vicino della persona, che ti racconta. La differenza la fa la comunità che viene costruita» dice Martina Gojca, referente Microarea Valmaura.

Non è venuto meno anche il consueto supporto sia per accedere alle informazioni di cui si ha bisogno, particolarmente utile ad esempio per comprendere correttamente i contenuti dei DPCM e delle ordinanze regionali che si sono susseguite nella pandemia, sia per ottenere gli aiuti a cui i cittadini più fragili hanno diritto, ma di cui non è immediato né il venire a conoscenza né l'ottenimento. Durante l'emergenza questo è stato ancora più prezioso in quanto, come già evidenziato, è diventato più complesso raggiungere i servizi e i contributi da questi dispensati.

«Fisicamente nel rione, oltre a me, dei servizi non c'era nessuno», racconta Paola Comuzzi, referente della Microarea di Cittavecchia, parlando del periodo di lockdown e dell'importanza di essere restata vicino alle persone e aver potuto in questo modo fare da tramite anche con i servizi che lavoravano a distanza. Paola Comuzzi si è soffermata su come, in particolare durante la pandemia, il suo rapporto con i medici di base che hanno più assistiti nel territorio della sua Microarea è stato strettissimo e di grande fiducia: «Ci vedevamo presso la sede della Microarea tutte le settimane per fare il punto della situazione. Una dottoressa mi ha detto che secondo lei dovremmo lavorare sempre così, come un punto di riferimento unico.»

Le modalità di lavoro di Microarea sono dovute cambiare radicalmente, si è passati dall'incentivare le occasioni di socialità a doverle sospendere, ma il rapporto continuativo e a bassissima soglia con la popolazione e la capacità di facilitare il rapporto fra questa e i servizi non è venuto meno.

È in virtù della vicinanza alla popolazione che le Microaree fungono da antenna e lente di ingrandimento sui bisogni, le risorse, le problematiche, le opportunità. Questo, anche durante i momenti più difficili della pandemia, ha permesso di intervenire tempestivamente in risposta ai bisogni. Paola Comuzzi riferisce che durante il lockdown, quando si è dovuto sospendere il “punto salute”, come gran parte delle attività, dove molte persone ricevevano settimanalmente piccole prestazioni sanitarie (INR, rilevazione dei parametri, percorsi di educazione sanitaria per persone con diabete o altre malattie croniche...), queste sono state tempestivamente seguite a domicilio.

Non poter uscire di casa per mesi ha fatto in modo però che, anche quando è stato di nuovo possibile uscire, spesso le difficoltà di molte persone a raggiungere la sede sono molto aumentate e in diversi casi hanno avuto bisogno di continuare a essere seguite a domicilio: «Il Covid — dice sempre Paola Comuzzi — ha fatto emergere tantissime fragilità e questo mi ha richiesto di intervenire, sempre secondo il mio mandato di referente di Microarea, ma con un maggiore investimento di energia in termini specificatamente infermieristici. Le persone che prima riuscivano ad accedere in maniera autonoma ai servizi molto spesso con il Covid non ci sono più riuscite. Sia per un venir meno dell'autonomia fisica, anche a causa dei lunghi periodi passati senza uscire di casa, sia per paura. Entrambi questi fattori hanno inficiato l'autonomia delle persone che, anche quando prima erano autosufficienti o si sforzavano di esserlo, spesso non lo sono più.»

Anche altre referenti di Microarea hanno segnalato problemi legati alla perdita dell'abitudine ad uscire di casa con la pandemia. Così Reanna Simsig: «Il Covid ha fatto sì che ci fosse un ribaltamento radicale di quello che abbiamo voluto sempre promuovere, cioè la costruzione di relazioni e socialità. Questo è stato un grande problema, perché già di per sé la gente di questo rione tende ad isolarsi: io negli anni ho fatto molta più fatica a tirare fuori le persone da casa e adesso si sono rinchiusi in casa.»

Questo rende necessario, nell'ottica del post pandemia, riprendere a lavorare sull'offrire motivazioni e supporto per uscire di casa, per le persone con maggiori difficoltà.

Tornando al periodo di maggiore intensità della pandemia, la funzione di antenna svolta dalla Microarea e la capillarità della sua presenza nel territorio, si è rivelata molto utile anche nella gestione di un focolaio di Covid, come ci racconta Martina Gojca: «C'è stato un focolaio a Valmaura. Per fortuna conosciamo gli abitanti e abbiamo individuato subito i vari possibili contagi. Siamo stati in grado di fare un impeccabile lavoro di tracciabilità in tempi molto rapidi. Abbiamo subito organizzato il tampone delle persone che erano entrate in contatto con la persona positiva. E poi, conoscendo le varie situazioni, siamo riusciti a dare il giusto supporto durante la quarantena. Avevamo subito chiari i bisogni, anche quelli non scontati. Per esempio con una persona positiva che sapevamo avere tutto un giro nel rione al quale non avrebbe rinunciato nonostante la quarantena. Lei è gattara e dà da mangiare anche ai colombi: conoscendola, sapevamo che per lei è una cosa importantissima e che, anche se in quarantena, sarebbe di certo uscita per queste sue attività e sarebbe quindi stata un potenziale veicolo di contagio; allora l'abbiamo informata tempestivamente rispetto all'importanza di rispettare la quarantena e l'abbiamo rassicurata che avremmo trovato noi qualcuno che desse da mangiare ai gatti e ai colombi.»

Anche nelle esperienze delle Microaree, lo strumento del budget di salute si è rivelato particolarmente importante, soprattutto per far fronte alle emergenze. Martina Gojca racconta ad esempio, sempre nell'ambito del focolaio di Covid che si è verificato a Valmaura, di una donna la cui badante è stata contagiata: la badante ha dovuto fare la quarantena e questa donna, che non ha una rete familiare, da un giorno all'altro si è ritrovata senza assistenza. La Microarea, grazie all'attivazione tempestiva di un Budget di salute per la signora, ha potuto mettere immediatamente in piedi l'assistenza da parte di una cooperativa fino al rientro della badante, evitando quindi un ricovero in RSA.

intrecci di storie

Le Microaree sono un dispositivo che valorizza le diverse esperienze, risorse e servizi e ne facilita l'intreccio, amplificando e connettendo le voci degli abitanti, dei caregiver e degli operatori. Abbiamo quindi scelto di raccogliere le testimonianze dirette in una specifica Microarea che ben lo esemplifica, accompagnati da Patricia Harrison, Community Health Visitor²⁵.

Abbiamo conosciuto il signor Marino, una persona di circa ottant'anni, nell'appartamento dove abita a Valmaura. Lui ha condiviso con noi un libro di poesie a cui sta lavorando.

Il libro ospita poesie sue, di diversi suoi amici e amiche — persone della sua età, spesso, come lui, con problematiche di salute importanti — e di Cristina, giovane donna sola con tre figli, che lavora come sua assistente e vive due piani sopra di lui. È stata la Microarea a metterlo in contatto con Cristina.

Qualche anno fa Marino è rimasto vedovo e non è stato facile per lui, anche a causa dell'aggravarsi delle sue condizioni di salute. Ha seri problemi alla vista e da tempo deve utilizzare la macchina per l'ossigeno a causa delle sue difficoltà respiratorie.

«Da quando è arrivato il Covid, visti i problemi ai polmoni avevo evidentemente paura di prendere il virus» racconta. Già prima non era semplice per lui uscire di casa e con il Covid ha proprio smesso, per diminuire le possibilità di contagio.

Il contagio però è arrivato lo stesso, nella primavera 2021, tramite Cristina, la ragazza che — insieme ad Annalisa, come vedremo — lo assiste. Fortunatamente Marino aveva appena fatto la seconda dose del vaccino e non ha avuto sintomi.

Recentemente, superando le sue ansie, ha ripreso ad uscire, spesso con Cristina, con cui fanno anche gite fuori porta.

Comunque la quarantena Marino ha dovuto farla. Martina, la referente della Microarea, gli aveva proposto

sulla base di una grande preoccupazione per la sua salute, di ricoverarsi in RSA, per non passare i 21 giorni della quarantena da solo senza l'assistenza di cui aveva bisogno.

Marino però non ha voluto e Martina lo ha rispettato e gli ha proposto allora di richiedere i pasti a domicilio da parte del Comune, per non avere il problema della preparazione dei pasti: «Sarebbe stata una roba da ospedale, allora ho rifiutato anche i pasti, e siccome a parte Cristina che stava male ho anche Annalisa e c'era anche un'altra persona che veniva, mi sono fatto portare i pasti alla porta da loro, cucinati da loro, durante la quarantena.»

Così Marino è stato a casa sua. Ha patito la solitudine, durante i 21 giorni in cui non poteva vedere nessuno, ma Cristina, Annalisa, Patricia della Microarea e diversi suoi amici gli telefonavano ogni giorno e questo lo aiutava. Annalisa poi ha una filosofia di vita molto positiva, di cui hanno sempre parlato molto — «Fra di noi non è mai stato solo ti preparo il cibo o ti rifaccio il letto», spiega lei — e che nei momenti più duri gli è stata particolarmente di stimolo.

Marino non si è pentito di non aver voluto andare in RSA, perché così ha potuto stare nel suo ambiente, come ha sottolineato.

Cristina, a differenza di Marino, è stata molto male per il Covid e la quarantena, a casa con i suoi tre figli, positivi ma asintomatici, e anche una donna anziana del rione, anche lei positiva ma asintomatica, che Cristina ha scelto di ospitare perché non fosse sola, è stata pesante.

Cristina stava male, ma era lei comunque ad occuparsi di tutti gli altri. Anche per loro comunque c'era il supporto della Microarea, per monitoraggio telefonico quotidiano e per portare a casa la spesa, medicinali e qualsiasi altra cosa di cui ci fosse bisogno.

E, come Cristina è stata vicino a Marino con telefonate quotidiane, anche lui è stato vicino a lei. Sembrano essere molto legati, anche se non si conoscono da tanto tempo: Marino in passato aveva altre assistenti che poi ha dovuto sostituire.

Marino, spiega, riesce ad avere il supporto di cui ha bisogno pur avendo un reddito basso. Riesce a pagare alcune ore quotidiane di assistenza con l'aiuto del FAP, contributo che ha richiesto con il supporto della Microarea e ottenuto.

E la Microarea dà anche un aiuto diretto: Patricia, infatti, passa anche lei ogni giorno da lui. Per compagnia, monitoraggio e per dare una mano.

Frequentando la Microarea, negli anni Marino inoltre ha conosciuto diverse persone del rione e con alcune ha legato. In particolare con Regina, con cui, a parte i periodi di lockdown e quarantena quando si potevano sentire solo al telefono, si frequentano regolarmente per pranzare assieme o per un caffè.

Dice che, chissà, non è detto che funzionerebbe, ma magari: «Con Regina, che siamo amici e ha una camera libera, in futuro ci potrebbe essere l'idea di andare a vivere assieme, non more uxorio ma come due fratelli, e aiutarci a vicenda.»

Marino ha molti amici e mentre eravamo da lui ha telefonato il suo

amico Walter. Intanto Cristina, che ha portato la spesa, e Annalisa, che ha preparato il pranzo, dopo aver fatto due chiacchiere con Marino e noi sono andate via.

Poi è passato un attimo uno dei figli di Cristina a portare un frutto e ha telefonato Elisa, una volontaria di servizio civile della Microarea...

Ci sarebbero ancora tante cose di cui parlare, ma è ora di lasciare Marino al suo pranzo.

[Marino]

con-fondersi

Patricia. «Faccio questo lavoro da 10 anni, ma tutto il mio vivere è sempre stato l'attenzione e cercare di dare delle risposte agli altri e con-fondersi, che vuol dire che ti fondi con l'altro, con la persona che ti pone un problema, superi il confine, la piccola barriera che di solito c'è.

In quel momento quella persona entra nella tua cerchia più cara e cerchi con lei di trovare soluzioni ai problemi.

Io vado ogni giorno da molte persone, sento quali sono i loro bisogni, se è successo qualcosa di nuovo mentre non ci siamo visti, e così si crea il con-fondersi.

E l'appartenenza.

E si affronta la realtà del problema, che può essere legato ai bisogni più semplici. Io intervengo sempre con tanti sentimenti, anche quando si tratta di portare a spasso un animale o pulire la lettiera del gatto.

Poi c'è il problema dell'assicurarsi che le persone abbiano del cibo e che

abbiano qualcosa di fresco da bere quando fa caldo e stiano al caldo quando fa freddo.

Se hanno bisogno sto con loro mentre si lavano o sollecito il fatto di lavarsi. Per essere gradevoli alla vista degli altri e di se stessi.

Perché quando le persone stanno bene con se stesse vanno anche più alla ricerca del contatto e della relazione con gli altri. Se ci sono bollette da pagare, vado a pagarle, insieme alle persone stesse tutte le volte che è possibile.

Se arrivano mega bollette cerco di capire se c'è stato un errore, e se non ci sono i mezzi per pagare cerco di attivare quelli che sono gli enti che possono aiutare.

E poi accompagnamenti alle visite, consolarli quando i risultati degli esami non sono quelli che si aspettavano o se il reddito di cittadinanza arriva in ritardo.

Sto parlando sia di anziani che di non anziani: se prendi in carico l'anziano prendi in carico anche la sua rete, i nipoti, la badante, l'amica ecc.: una comunità insomma.

L'unico modo vincente è la comunità.

E io cerco sempre, nel seguire una persona, di attivare la comunità per dare una mano, attivare persone che da un lato possono aiutare, dall'altro hanno anche bisogno di coinvolgersi ed essere utili per gli altri.

Seguo circa 8 persone e di queste vedo una volta al giorno, dal lunedì al venerdì, chi in quel periodo ha più bisogno, che sono di solito 3 o 4 persone, e gli altri li vado a trovare 3 volte a settimana.

Le persone che seguo hanno anche altri aiuti, ad esempio l'assistenza domiciliare comunale e l'assistenza privata che pagano con il FAP e con soldi propri o di famigliari.»

[Patricia]

un punto di riferimento sempre accessibile

Prima della pandemia Domenico, un uomo solo di 76 anni, andava ogni giorno a mangiare al Centro di Salute Mentale di Domio e questo era per lui molto importante, ma con l'esplosione del Covid 19 mangiare con altri al Csm non è stato più possibile. Ha patito molto la perdita di questa abitudine che gli permetteva di uscire ogni giorno, mangiare bene e incontrare altre persone.

Comunque la signora che lo aiuta a casa e con cui fanno assieme la spesa ha preso a cucinare per lui e quindi Domenico ha continuato a mangiare bene. Inoltre, non ha mai smesso di uscire di casa, neanche durante il lockdown, e da quando è possibile ha ripreso a frequentare alcuni bar nella sua zona, dove spesso va a prendere un caffè.

Nonostante la sua timidezza, le sue paure e le sue difficoltà relazionali, che in passato sono state molto serie, Domenico, con il supporto di Patricia, si è fatto accettare dai vicini e dalla gente del rione.

Patricia lo segue da poco dopo che gli è stato assegnato, nel 2011, l'appartamento dove da allora vive e che lei lo ha aiutato ad arredare e non lo ha mai abbandonato, neanche quando è esplosa la pandemia.

Prima del 2011 Domenico aveva vissuto per un lungo periodo, tramite il Csm, in un appartamento in condivisione con delle donne molto più anziane di lui: si era trovato malissimo, mentre con una casa tutta per lui si trova molto bene.

Abbiamo parlato un po' seduti in cucina. Appese al muro spiccano in bella vista delle foto di gruppo dove, con Domenico e diverse altre persone, c'è anche Patricia, e Alfio, che è stato il referente della Microarea prima di Martina.

Si capisce subito che sono le foto di un'occasione speciale: si tratta, spiega Domenico, di quando la Microarea lo ha accompagnato a Valle D'Istria, il paese dove è nato e cresciuto e dove per

tanti anni non era tornato.

Lì ha rivisto sua sorella, che ha subito invitato tutti a pranzo, e altri parenti e amici.

Chissà, magari organizzeranno una nuova gita a Valle quando sarà possibile. Intanto la vita di Domenico prosegue abbastanza serena con il supporto costante e a tutto campo di Patricia, fondamentale anche come aiuto nel contattare i servizi sanitari e sociali quando c'è bisogno, e più in generale della Microarea — anche se a Domenico oltre ai pranzi al Domio mancano molto anche le occasioni sociali in Microarea.

Il futuro non sembra preoccuparlo: «Se avrò bisogno di qualcosa chiederò a Patricia e alla Microarea.»

[Domenico]

la casa e i servizi territoriali curano anche in situazioni complesse

Con Patricia siamo state anche a casa di una coppia con un serio problema di alcolismo. Lui più anziano, di quasi 80 anni, e lei più giovane.

La Microarea e i servizi fanno moltissimo perché possano vivere a casa loro nonostante le grandi difficoltà motorie (entrambi per camminare hanno bisogno del trepiede) e di gestione di sé stessi e della casa che hanno. Hanno due gatti

e un simpaticissimo cane, che una loro vicina di casa, su stimolo della Microarea, li aiuta a portare fuori.

Hanno arredato la casa con molta creatività e molti soprammobili provenienti dai viaggi di lui, che ha avuto una vita avventurosa. Le pareti sono piene di coloratissimi quadri: alcuni li hanno fatti loro! A lei piace cucinare, a lui lavorare al computer.

I soldi sono pochi e la loro amministratrice di sostegno fa in modo che possano spendere solo una piccola quota mensile.

È Patricia che si occupa di prendere i soldi ogni mese dall'amministratrice di sostegno e consegnarli alla coppia.

E li vede e sente spessissimo, per monitoraggio e supporto.

Quando siamo state da loro, Patricia ha avvertito che per una settimana non ci sarebbe stata perché sarebbe andata in ferie: si sono messi d'accordo che si sarebbero comunque sentiti telefonicamente.

Oltre alla Microarea, e con l'importante ruolo di regia svolto dalla Microarea, sono attivi per loro i pasti e le pulizie da parte del Comune e tre

interventi a settimana di due ore ciascuno da parte della cooperativa sociale Amico tramite budget di salute, per aiutarli a lavarsi, a fare la spesa e a tenere a posto la casa.

Hanno anche "il Televita": visto che, soprattutto lei, cade spesso: in questo modo può chiamare i soccorsi evitando chiamate improprie al Pronto Soccorso.

Il Covid non ha interrotto gli aiuti che hanno, solo sono mancate loro le feste che in passato la Microarea organizzava in occasione delle quali amavano cucinare qualcosa per tutti.

[una coppia]

il superamento della distinzione fra chi aiuta e chi è aiutato

Fiorella, una donna di 67 anni, si racconta così: «Ho conosciuto la Microarea 10 anni fa perché stavo male e mi hanno aiutato e tirato su. Poi, appena sono stata meglio ho cominciato a frequentare la Microarea e, visto che sono infermiera, mi hanno offerto un lavoro e questo mi faceva stare bene.

Era più volontariato che lavoro.

Mi piaceva dare un aiuto.

Andavo nelle case della gente, facevo assistenza, dove c'era bisogno andavo.

Ho fatto amicizia con la gente e mi sono trovata sempre bene. Quando andavo a fare le punture mi preparavano una borsa di spesa. Con il signor Mario, un pittore che abitava qua e che si è ammalato di cancro, insieme a Patricia abbiamo fatto di tutto per tenerlo a casa. Ho un buon rapporto con Patricia, abbiamo fatto amicizia.

Ma un anno fa circa ho smesso di lavorare. Stavo male, avevo molti dolori e mi hanno trovato il morbo di

Crohn. Adesso sto facendo la cura e sto meglio. Non sono più in grado, alla mia età, di fare assistenza vera e propria, però posso fare socialità e aiutare ad esempio se c'è da fare delle punture.

Anche quest'ultima volta che sono stata male, la Microarea mi ha aiutata.

Patricia veniva tutti i giorni, Martina mi ha portato due volte a Cattinara a fare la colonscopia. E una volta che sono stata male qui in strada ha chiamato lei l'ambulanza. Elisabetta, un'altra abitante che ho conosciuto tramite la Microarea, mi portava la spesa e le medicine ogni tanto.

Con la pandemia è cambiato tanto. La gente ha paura, è chiusa in casa e c'è ancora più solitudine. Sono brave le ragazze del servizio civile che vanno a casa della gente, ma ci vorrebbero più persone, perché Martina e Patricia non riescono a fare tutto e alle persone sole a casa basterebbe anche solo qualcuno con cui fare quattro chiacchiere.

Non c'è bisogno di molto.

Nessuno mi viene a trovare, i miei figli vengono poco o niente, mia sorella veniva ma non vede più e quindi non può più venire.

Sono io che vado a trovare gli altri a casa, ad esempio una signora di 83 anni che fino a poco tempo fa abitava nel mio palazzo e che ho aiutato nell'assistere suo marito quando a lui è venuto l'Alzheimer.

È così che io e questa signora abbiamo fatto amicizia. A un certo punto però non ce l'ha più fatta a tenere il marito a casa e lo ha messo in casa di riposo. Poi lei è diventata sorda e i figli mi hanno dato le chiavi di casa, così se non la trovavano al telefono — a volte lei metteva anche giù male la cornetta e così era sempre occupato — mi chiedevano di andare a vedere se stava bene.

Ma adesso è andata a vivere con loro perché altrimenti stava troppo tempo da sola.

Io sono sola ma ho imparato a gestirmi: faccio Zen (in passato avevo fatto un corso di Zen in Cupola), faccio

uncinetto... La gente mi ha dato tanta lana e io faccio delle coperte con tanti tondi messi assieme e così viene un patchwork di tanti colori.

E tutti quelli a cui avanzano robe, come pannoloni, mangiare per il cane, tende, vestiti, me le mettono fuori dalla porta perché sanno che io le porto in Microarea e che vengono date a chi ha bisogno.

Io non ho bisogni particolari, anche se qualche soldino in più non sarebbe male.

Adesso mi hanno alzato l'affitto e per pagarlo ho chiesto aiuto al servizio sociale tramite la Microarea e mi hanno aiutata.

È stata Martina a fare il mio ISEE e a mandarlo per via telematica.»

[Fiorella]

non tutte le separazioni si riescono a superare

Fiorella ha raccontato di aver fatto un corso di Zen in Cupola. Anche Marino ci aveva parlato della “Cupola”, dove in passato aveva frequentato un corso di ginnastica dolce e aveva conosciuto molte persone.

Si tratta di uno spazio a forma di cupola all'ultimo piano di un palazzo del rione, gestito dalla cooperativa sociale che ha l'incarico da parte del Comune di occuparsi della socialità in Microarea.

La sede della Microarea di Valmaura è invece un appartamento al secondo piano di un altro palazzo del rione.

Ci sono quindi due spazi separati e, forse anche a causa di questa separazione fisica, le attività di uno e dell'altro spazio non sono molto integrate.

Marino ci ha detto che il fatto che la Microarea e “la Cupola” lavorino “ognuna per conto proprio” è a suo parere una delle più grandi criticità della Microarea di Valmaura.

Unendo maggiormente le forze si riuscirebbe a essere più incisivi.

Le attività in Cupola sono comunque importanti per il rione ed è un peccato che con la pandemia si siano

interrotte: sarebbe bello poterle presto riprendere.

Questa separatezza esiste anche nel rione, fra le singole persone, famiglie, etnie.... Fiorella dice che la conflittualità fra gli abitanti è il più grande problema di Valmaura. Ci sono però anche tanti rapporti positivi e lei senz'altro aiuta a costruirli.

Rina e Mauro, una coppia di anziani che si è trasferita a Valmaura quando hanno avuto l'assegnazione della casa Ater, nel 2017, raccontano che Fiorella è la prima persona che hanno conosciuto nel loro palazzo e che è tramite lei che hanno conosciuto la Microarea.

[più voci]

Il primo impatto con il rione per Rina e Mauro non è stato facile. «Siamo venuti qua e all'inizio non mi piaceva, mi sembrava Alcatraz, ma poi mi sono abituata e adesso mi trovo bene.

Ci sono supermercati, farmacie, il distretto...», racconta Rina. Mauro, che al principio era più ben disposto perché è nato e cresciuto nella stessa zona di Trieste, ha trovato tutto molto cambiato, in peggio, e ben presto si è accorto che tutti quelli che conosceva sono morti: «Un tempo c'era gente più povera, più onesta, più altruista.

Adesso c'è individualismo, solo soldi, potere, avere, che non serve a niente perché quando muori lasci tutto.»

Questa coppia scherzosa e accogliente ci ospita nella loro casa un paio d'ore, dove ci fanno conoscere anche i loro gatti.

Rina ama parlare, Mauro meno — e si descrive come un uomo un po' burbero — ma insieme ci raccontano moltissime cose.

A partire dal fatto che da quando è iniziata la pandemia Mauro non è più uscito di casa, se non una volta in ambulanza per andare in ospedale a causa dei suoi problemi di salute, e 3 o 4 volte con la figlia in auto per delle visite di controllo.

Quando è stato in ospedale, racconta, la situazione era emergenziale, il personale spesso non aveva tempo nemmeno per mettere a Mauro in carica il telefono, non spiegavano nulla e lui non ha potuto vedere la moglie e la figlia per tutti i 10 giorni del ricovero.

A loro volta moglie e figlia faticavano molto per avere informazioni. È stata una bruttissima esperienza.

«Prima della chiusura uscivamo di più, io camminavo tanto, lui camminava anche, uscivamo insieme, camminavamo, andavamo al Lidl, al Famila, prendevamo la 10 (con la tessera invalidi non pagavamo). Andavamo a guardare il mare. Poi un paio di volte sono cascata e mi è passata la voglia. Anche a Mauro è venuta paura dopo una caduta» dice Rina.

Mauro ha molti problemi di salute, ha il diabete, problemi respiratori, problemi cardiaci. Ogni 15-20 giorni viene a casa per misurare l'INR l'infermiera del distretto. Prima andava lui, ma da quando c'è il Covid vengono a casa. Rina sta un po' meglio, ma anche lei ha diversi problemi e dice di essere anche molto ansiosa, anche se non lo dà a vedere. Anni fa cadendo si è rotta il gomito e da allora ha una protesi al braccio. Ha la protesi anche al ginocchio e all'anca. È incerta nei movimenti e cade molto spesso. Da quando le hanno attivato il Televita è un po' più tranquilla, perché sa che basta premere il pulsante e a qualsiasi ora i soccorsi arrivano subito.

Gli aiuti che hanno, li hanno attivati circa 2 anni fa, quando la figlia li ha incoraggiati ad andare al Distretto, che è proprio sotto casa loro, al Punto Unico. Lì c'erano l'assistente sociale e l'infermiera, che il giorno dopo sono andate a trovarli a casa e dopo due giorni hanno attivato il Televita. Hanno fatto subito anche domanda per il FAP, per entrambi. Quando poi, dopo qualche tempo, è arrivato il FAP, Rina voleva avere un aiuto con la

macchina. Le avevano dato una lista di cooperative e lei ha chiamato la prima della lista. Le hanno assegnato un uomo con cui lei si trova molto bene, Roby, che viene due volte a settimana per due ore: «Per me è come un miracolo averlo. Gli dico sempre: sei il mio angelo».

Con lui uscivano, inizialmente, ma con il Covid di meno.

Il FAP di Mauro invece lo hanno utilizzato per avere un aiuto in casa, per le pulizie, ogni mercoledì per tre ore, sempre con la stessa cooperativa. In questo caso non è andata bene da subito: con la prima ragazza non si trovavano bene e nemmeno con la seconda. Entrambe le hanno sostituite quando si sono ammalate di Covid. La terza invece per loro andava bene e Rina si è fatta valere e ha detto che da quel momento in poi avrebbe accettato solo lei, Marianna. Così per le pulizie hanno ottenuto dalla cooperativa di avere fissa Marianna.

Poi ci sono altre persone che aiutano: una delle due figlie – l'altra ha un serio problema di salute – che se in futuro succederà qualcosa e i bisogni aumenteranno probabilmente li accoglierà a casa con lei e la sua famiglia, un nipote con cui ogni tanto Rina si dà appuntamento in città e lo raggiunge in taxi, altri nipoti e «una mia amica serba», dice Rina, «che conosco da quando era bambina e per me è come una figlia».

E poi c'è Elisa e altri volontari di servizio civile e servizio solidale della Microarea, come «Andrea, che ha 17 anni ed è un bambino, gentile e sincero».

il servizio civile apre la mente

È Elisa che ci ha fatto conoscere Rina e Mauro. Li va a trovare tutte le settimane e spesso accompagna Rina a fare una passeggiata attorno al palazzo.

È molto affezionata a loro e ci ha raccontato di come il servizio civile le ha dato la possibilità di fare una esperienza importante dal punto di vista umano: «Mi piace rendermi utile alle persone.

Svegliarmi la mattina, venire qua, stare due ore con una persona... che quando poi mi chiede 'quando vieni la prossima volta?' è per me la ricompensa più grande.

Per come l'ho conosciuta io, la Microarea è una cosa importante, dal punto di vista sia cittadino che personale.

È una bella sensazione anche quando vedi che le persone, che all'inizio non si fidano, poi ti chiedono di andare da loro almeno una volta a settimana.

Il servizio civile in Microarea non dico che dovrebbe essere obbligatorio, ma è una esperienza che secondo me potrebbe aprire menti e occhi di più persone.»

Abbiamo scambiato qualche parola anche con un volontario di servizio civile solidale²⁶, Lorenzo.

Ha raccontato di come l'impatto con la Microarea è stato per lui "sconvolgente", non solo perché è stata la sua prima esperienza "lavorativa", ma anche perché «è un lato della città e delle persone che non conoscevo».

Non conosceva né situazioni di povertà, né il mondo degli anziani e dei loro bisogni: «Mi piace anche il lavoro di comunità, perché nel mondo moderno, in cui le persone si parlano poco, mi dà la sensazione di essere tornato indietro nel tempo, a un tempo in cui ci si dava una mano anche senza un tornaconto.»

[Elisa]

abitante, volontaria e aspirante futura operatrice

Deborah ha saputo della possibilità di fare servizio civile perché, come abitante di Valmaura, è entrata in contatto con la Microarea.

Così nel 2017, quando aveva 21 anni, ha fatto domanda a Giarizzole, non lontano da casa sua. Poi, una volta finita l'esperienza di servizio civile, non ha più lasciato le Microaree. «È stato un po' un trauma, dopo un anno, il pensiero di dover smettere.

Così, visto che non sto lavorando e l'esame di ammissione al corso OSS (per operatrice socio sanitaria) per ora è andato male, piuttosto che girarmi i pollici mi sono messa d'accordo con Reanna per venire come volontaria dell'Associazione Basaglia.

Dal 2019 mi hanno aperto anche una borsa lavoro nella Microarea di Borgo.

E qui a Giarizzole è casa mia, conosco tutti, tutti mi conoscono. La signora di sopra la considero così tanto una nonna che quando faccio acquisti in internet i miei pacchi arrivano da lei e la domenica pranziamo assieme.»

Racconta che la cosa che più le piace è sentirsi utile per gli altri: «Mi fa stare bene. Riuscire a dare tanto e a ricevere tanto dalle persone.»

Si occupa di accompagnare chi non riesce da solo a fare la spesa, oppure fare lei qualche commissione quando serve, accompagnare a fare visite o altro, dare una mano per pratiche che le persone anziane hanno difficoltà a fare da sole (al momento gli aiuti più richiesti sono per il Censimento Ater, che si può fare solo online, e per il green pass), ma anche solo fare compagnia. Da un po' si occupa anche

della formazione dei nuovi volontari delle Microaree del Distretto 3 e quando non c'è la referente della Microarea di Giarizzole è lei il punto di riferimento.

Il Servizio Civile per Deborah è stata un'esperienza molto formativa: «Sono cresciuta tantissimo, anche per quanto riguarda esporsi con le persone e parlare in pubblico.

Prima tendevo a stare in disparte quando conoscevo persone nuove. Adesso invece sono praticamente sbocciata grazie al Servizio Civile e sono anche diventata molto più responsabile. Mi ha aiutato a diventare più donna, più adulta.»

Inoltre, nonostante abbia studiato all'alberghiero, con il Servizio Civile ha scoperto di essere molto più

interessata a un lavoro di aiuto e cura e così Deborah sta cercando di entrare al corso OSS, per poi poter lavorare per l'Azienda Sanitaria, e parallelamente si sta impegnando a prendere la patente perché, dice, con la patente potrà essere ancora più di aiuto in Microarea.

Quando è scoppiata la pandemia i volontari di Servizio Civile sono stati tenuti a casa dai loro enti di riferimento per motivi di sicurezza, come anche altri volontari e borsisti. Dopo un mese a casa però Deborah non

ha più sopportato di non poter dare una mano a Reanna, che era sola in Microarea a far fronte all'emergenza, e ha concordato con il Distretto di poter anche lei, con tutte le precauzioni, essere sul campo.

È stato importante per tante persone avere Deborah vicino, perché durante la pandemia un grande problema è stato la solitudine. E — dice — «ci sono persone che hanno bisogno anche solo di essere accompagnate a fare due passi, perché da sole hanno paura a muoversi.»

[Deborah]

la signora del piano di sopra

Deborah ci ha accompagnato a casa di Licia, la signora che, come ci ha detto, per lei è come una nonna. È una donna di 88 anni, ma ne dimostra almeno 10 di meno.

Una donna forte, con dei modi decisi. Ci siamo sedute con Licia in soggiorno, circondate da bellissime foto di famiglia alle pareti. Licia vive nello stesso appartamento Ater di piazzale Giarizzole da 60 anni, nello stesso palazzo dove al piano terra c'è la sede della Microarea, e conosce molte persone nel suo palazzo e nel rione: «Mi vogliono bene tutti per dir la verità, non posso lamentarmi.

Ad esempio la signora dell'ultimo piano viene ogni giorno a vedere come sto e se mi serve qualcosa. Il mio problema grosso è l'equilibrio e per uscire devo essere accompagnata.»

Nonostante i problemi di equilibrio Licia esce di casa quasi ogni giorno perché c'è sempre qualcuno che la accompagna: «Non so, il ragazzo della

Microarea sotto, la signora dell'ultimo piano.

Stamattina sono andata con il ragazzo, ho fatto un bel giro. Oppure altre persone che lavorano in Microarea. Chi c'è. Non mi lasciano sola.»

Parlando di questo Deborah ha commentato, scherzando, che passeggiare sotto casa è una vera e propria ginnastica per Licia, perché, visto che i marciapiedi sono tutti dissestati, accompagnano Licia a camminare sulla strada delle macchine e quando ne passa una, "op!", bisogna salire sul marciapiede e poi "op!", riscendere!

A casa Licia fa tutto da sola e quando ha finito si butta sul divano a riposarsi un po' e poi va «sul pergolo», il balcone, a guardarsi un po' intorno.

Per le pulizie più grosse la aiuta una signora del rione, che lei chiama quando ha bisogno.

Quando hanno tempo, vengono a trovarla i familiari, in particolare il nipote Lorenzo, con cui ha in rapporto molto bello: «Con Reanna, poi ho un'amicizia particolare.»

Anche con Deborah il legame è speciale e Licia ricorda con affetto anche gli altri volontari che si sono succeduti negli anni. Inoltre la Microarea è per lei il punto di riferimento quando ha bisogno dei servizi sanitari o sociali: «Io se ho bisogno vado giù a chiedere!» spiega.

Prima del Covid Licia frequentava la sede della Microarea circa due volte a settimana, per giocare a carte, a tombola, per pranzare insieme.

Con la pandemia tutto questo si è interrotto. E senz'altro Licia come tanti ha avuto paura. Ma per qualsiasi bisogno ha continuato sempre a potersi rivolgere alla Microarea, su questo non è cambiato nulla.

[Licia]

NOTE AL CAPITOLO

21. Per l'inquadramento del Programma Habitat Microaree facciamo riferimento in particolare a Cooperativa Sociale La Collina e ConFBasaglia (2020); Strutti, C. (2007) e ai numerosi testi degli studiosi che hanno fatto ricerca su questo programma, fra cui de Leonardis e Monteleone (2007); de Leonardis e De Vidovich (2017).

22. Si segnala in particolare, per uno sguardo qualitativo il libro "La città che cura" (Gallio e Cogliati Dezza, 2018, a cura di), i materiali frutto di percorsi formativi, curati da Giovanna Gallio ("Fare Salute", Gallio, 2011, a cura di; "Cura e partecipazione", Gallio, 2015, a cura di), il documentario "La città che cura" di Erika Rossi e il video "Microarea Macroprogetto", di Ambrogio Manenti; per uno sguardo quantitativo "Measuring the impact of a social programme on healthcare: a 10-year retrospective cohort study in Trieste, Italy" (Castriotta et al., 2020) e "Promoting health equity through social capital in deprived communities: a natural policy experiment in Trieste, Italy" (Di Monaco et al., 2020).

23. A Trieste lavorano nelle Microaree su incarico di Comune e Ater per i portierati sociali le cooperative sociali La Quercia e Duemilauno. A Muggia il Portierato Sociale Ater è svolto, con una formula proattiva, da La Collina, a fianco del lavoro di referente di Microarea che svolge con un incarico di coprogettazione per il Comune.

24. Fra le precedenti ricerche facciamo riferimento in particolare a un percorso di ricerca e formazione sull'approccio e l'esperienza delle Microaree portato avanti da Cooperativa Sociale La Collina e ConFBasaglia nel corso del 2020 su incarico del Comune di Barcellona.

25. Il Community Health Visitor è un ruolo sperimentale e innovativo che affianca il referente di Microarea per monitorare e supportare nella quotidianità, in rete con gli altri servizi, le persone che più ne hanno bisogno. È una figura presente solo nella Microarea di Valmaura e offerta da una cooperativa sociale, la C.L.U. Franco Basaglia, finanziata per questa attività tramite budget di salute collettivo da parte dell'Azienda Sanitaria. Si è già descritto nel capitolo 3 il dispositivo del budget di salute e il suo utilizzo per progetti individuali: l'Azienda Sanitaria prevede anche un utilizzo di questo dispositivo per progetti collettivi rivolti a specifici gruppi o, come in questo caso, a una intera comunità.

26. I volontari di servizio civile solidale hanno fra i 16 e i 18 anni, mentre i volontari di servizio civile fra i 18 e i 28.

Domiciliarità innovativa e abitare inclusivo

storia e attualità di una sperimentazione

È su impulso dell'Azienda Sanitaria e in particolare dei Distretti che sono nate, a Trieste, nel 2007, le prime due esperienze concrete di coabitazione di anziani con necessità di cura e assistenza sulle 24 ore che non riescono, per ragioni economiche, organizzative e/o di spazi, a restare a casa loro e rischiano quindi l'istituzionalizzazione in casa di riposo.

Le sperimentazioni sono state promosse e avviate dal secondo e dal terzo Distretto in collaborazione con Ater, che ha messo a disposizione gli appartamenti²⁷, nei contesti di due Microaree, che hanno contribuito a rendere sostenibile l'esperienza. Da allora molta strada è stata fatta, fino ad arrivare alle Linee guida regionali del 2019 per le "forme sperimentali di abitare inclusivo".

Come ha sottolineato Giacomo Benedetti, si tratta di soluzioni «aperte all'esterno, che cercano di andare verso una situazione familiare, non di istituzionalizzazione». Il loro sviluppo dai primi anni ad oggi mostra come una buona pratica innovativa nata dal basso può trovare una formalizzazione a livello regionale, ma sono molte ancora le difficoltà da superare per affermare e consolidare questo modello come alternativa all'istituzionalizzazione accessibile a tutti.

Così si legge nell'articolo del 2009 "Una casa insieme quando l'età avanza" del periodico "Informacasa" di Ater Trieste (n.46, luglio 2009, pp. 16-17): «A Valmaura (rione del terzo Distretto, ndr) un gruppo di anziani condivide da oltre un anno un alloggio nel complesso Ater. A sovrintendere alla convivenza, una badante insieme agli operatori del Distretto 3 e della Microarea e ai familiari. Che partecipano in prima persona alla gestione dell'abitazione: dalla scelta del menu alla gestione del budget.»

Parallelamente all'esperienza di Valmaura era nata anche, nel Distretto 2, l'esperienza nel complesso Ater del Vaticano. Sono entrambe esperienze che tuttora proseguono.

Al Vaticano c'è stato da subito il coinvolgimento della Cooperativa Sociale Amico, a differenza che nella coabitazione di Valmaura, in cui il contratto di lavoro della badante era ed è direttamente con i quattro residenti nell'appartamento e i loro famigliari, che per un periodo sono stati riuniti in un'associazione chiamata "Per non subire". I costi di queste convivenze sono bassi, fra i 1.250 e i 1.500 euro al mese, grazie al fatto che l'appartamento è Ater e la Microarea e i famigliari partecipano in maniera significativa al lavoro organizzativo e alla quotidianità della casa, in misura maggiore a Valmaura e parzialmente al Vaticano, dove dà un contributo importante la cooperazione sociale.

Ogni persona o coppia che risiede nell'appartamento ha una sua propria stanza, che arreda con i propri mobili, la relazione abitante/assistente (badante) è di 1 a 4 o 1 a 5, sulle 24 ore, a fronte di un rapporto di 1 a 8-1 a 12 nelle residenze; sono garantite le possibilità di incontrare altre persone e le uscite; gli orari, il menu e eventuali altre regole di convivenza sono flessibili e decisi dai residenti e i loro famigliari, insieme a chi li assiste.

Come si evince dalla documentazione che abbiamo analizzato, non è stato facile realizzare queste esperienze e soprattutto non è stato facile ottenere i finanziamenti necessari per permettere agli anziani con reddito bassissimo che sono stati coinvolti, che sono stati individuati dalle Microaree circostanti, di avere questa opportunità. Infatti, mentre per chi va in casa di riposo come si è visto sono previsti contributi pubblici, non erano previsti finanziamenti per esperienze di questo tipo, quando sono state avviate, se non lo strumento dei budget di salute dell'Azienda Sanitaria.

I famigliari e l'Azienda Sanitaria, promotori della sperimentazione, hanno a un certo punto deciso di fare richiesta di FAP, per gli anziani coinvolti che avevano i requisiti di reddito e di non autosufficienza per ottenerlo, ma la richiesta è stata inizialmente bloccata dall'assistente sociale di riferimento²⁸ in quanto applicando il regolamento del Fondo per l'Autonomia Possibile allora in vigore l'appartamento di coabitazione non era assimilabile al domicilio delle persone per il quale il fondo era previsto. Era il 2011.

I famigliari hanno lottato per cambiare questa impostazione, fra l'altro scrivendo lettere all'assessore comunale e al quotidiano Il Piccolo che abbiamo potuto visionare. Il loro impegno, l'impegno dell'Azienda Sanitaria e la successiva adesione anche dei dirigenti del Servizio Sociale alla sperimentazione, i cui contenuti erano in linea con le linee guida regionali sullo sviluppo della domiciliarità, hanno reso possibile, nel 2012, la decisione da parte dell'Assemblea dei sindaci dell'Ambito 1.2 (Trieste) di avviare in via sperimentale l'utilizzo del FAP per questo tipo di coabitazioni. Da allora tutti gli Enti coinvolti, sia la Regione, sia, nello specifico di Trieste, il Comune e l'Azienda Sanitaria, hanno cercato di implementare queste sperimentazioni.

Così, nel 2015 la Regione emana il "Regolamento attuativo del Fondo per l'autonomia possibile e per l'assistenza a lungo termine (FAP)" prevedendo in esso la possibilità di dedicare una quota del Fondo (nella misura massima del 10%) ai progetti sperimentali di domiciliarità innovativa.

Dal 2015, entro questa cornice, la Cooperativa Sociale Amico ha avviato altri appartamenti di convivenza di persone fragili. Come ci ha spiegato Maria Vanto, referente fino alla primavera 2021 dell'Azienda Sanitaria per questi progetti, è stato reso possibile non attenersi ai massimali ordinari del FAP, per gli anziani inseriti in domiciliarità innovativa.

Stefano Ferroli ha specificato che «era stata prevista dalla Regione la possibilità di attivare un particolare intervento non previsto dal Regolamento FAP (budget di progetto), con possibilità per l'Equipe multidisciplinare di determinare l'importo del contributo sulla base delle caratteristiche del singolo progetto». Questo ha facilitato la partecipazione ai progetti anche di persone con redditi molto bassi perché — come ci spiega Maria Vanto — ha reso possibile ottenere, per chi entrava in domiciliarità innovativa e aveva i requisiti, «un corrispettivo di FAP superiore a quello che avrebbe potuto avere un anziano stando a casa sua. Con questo regime, si è andati avanti fino al 2019».

Abitare inclusivo (DGR FVG 1624 e 1625/2019)

L'abitare inclusivo consiste in soluzioni abitative sperimentali alternative alle strutture residenziali, rivolte ad anziani a rischio di istituzionalizzazione o persone disabili, gestite da soggetti del Terzo settore convenzionati in collaborazione con Comune e Azienda Sanitaria e orientate ai seguenti principi:

- la centralità della persona, la pianificazione assistenziale individualizzata, l'impegno a innescare e supportare processi di capacitazione delle persone residenti negli alloggi;
- contesti abitativi assimilabili alla propria casa, sia dal punto di vista formale (contratto di locazione) che dal punto di vista sostanziale (spazi assimilabili all'ambiente domestico, che la persona possa riconoscere come proprio domicilio e nei quali possa portare oggetti della vita quotidiana, contesto accessibile e servito);
- valorizzazione del contesto comunitario e creazione di valore aggiunto grazie al coinvolgimento della comunità;
- utilizzo di modelli gestionali leggeri basati sulla coproduzione, sul contributo attivo dei diversi attori coinvolti (persone residenti, famigliari, professionisti, reti informali, Terzo settore, enti pubblici...) e quindi sull'integrazione degli attori e delle risorse;
- responsabilità e sicurezza.

Le soluzioni abitative che rientrano nell'abitare inclusivo si dividono in:

- 1) Abitare possibile, che consiste in forme di riconversione di strutture residenziali;
- 2) Domiciliarità innovativa, realizzata in alloggi di civile abitazione.

Nel settembre 2019 la Regione FVG ha emanato le deliberazioni attualmente in vigore, la 1624 e la 1625, che regolamentano più nel dettaglio la materia, togliendo la possibilità di non attenersi ai massimali ordinari del FAP e «introducendo un nuovo sistema di contribuzione per gli ultrasessantacinquenni, il budget di salute integrato, con fasce di contribuzione predeterminate», come precisa Stefano Ferroli. In particolare la DGR 1624 introduce per la prima volta l'utilizzo, per le esperienze di "abitare inclusivo", del "budget di salute integrato": una quota è di competenza sanitaria, fissa e determinata in base al profilo di non autosufficienza (è la stessa quota che l'azienda sanitaria deve garantire per l'abbattimento retta delle strutture) ed una quota è di competenza sociale, graduata in base all'autonomia ed alla capacità economica del beneficiario ed erogata nel contesto del Fondo per l'Autonomia Possibile senza più possibilità di andare oltre i massimali ordinari.

«Viene chiamato budget di salute ma impone anche alle aziende sanitarie di corrispondere per gli anziani una quota fissa a seconda del profilo» spiega Maria Vanto e prosegue sottolineando l'effetto perverso, ovvero che le risorse aziendali e regionali (FAP) messe insieme sono, in virtù di questa nuova impostazione, inferiori a quelle che era possibile utilizzare in precedenza e che quindi, come accade anche per la permanenza a casa propria, gli anziani con reddito più basso che hanno bisogno di assistenza sulle 24 ore non riescono ad accedere a questa opportunità e rischiano l'istituzionalizzazione in casa di riposo.

In sintesi, come afferma Emanuela Ragusa, presidente della cooperativa sociale maggiormente coinvolta in queste esperienze a Trieste, attualmente «chi ha 600 euro di pensione in domiciliarità innovativa non entrerà mai».

Le uniche soluzioni di convivenza possibili attualmente per le persone a reddito basso rimangono gli appartamenti di Valmura e del Vaticano, che non rientrano nelle direttive regionali del 2019 in quanto non rispondono ai requisiti logistici indicati dalla Regione per la domiciliarità innovativa. Fermo restando che, per le persone inserite in tutti gli appartamenti di domiciliarità innovativa prima del settembre 2019, valgono ancora le regole precedenti, quindi ci sono ancora diverse persone che fruiscono del FAP in deroga ai massimali in tutti gli appartamenti.

Ranieri Zuttion, che per la Direzione Centrale Salute regionale si è occupato delle deliberazioni del 2019 sull'Abitare Inclusivo, sottolinea invece l'importanza di aver previsto il "budget di salute integrato", con la quota di competenza sanitaria che Maria Vanto critica per la sua rigidità, perché «è la prima volta che un LEA (livello essenziale di assistenza) riconosciuto a livello residenziale è riconosciuto anche a persone che non sono in casa di riposo» e si fa quindi un passo verso una maggiore equità fra soluzioni residenziali, che godono di finanziamenti del Servizio Sanitario Nazionale garantite dai LEA per le persone ospiti²⁹ e permanenza a domicilio, che fino al 2019 non aveva in nessuna forma questa possibilità.

«L'approdo dovrebbe essere arrivare ad avere un fondo unico, che finanzia sia la domiciliarità che la residenzialità e con la clausola di salvaguardia che almeno una quota venga destinata ai percorsi domiciliari», afferma Zuttion, ma la strada è ancora lunga e molte sono le contraddizioni.

Non c'è stata solo la perdita della possibilità di andare oltre i massimali ordinari del FAP per i progetti di domiciliarità innovativa, ma anche il rischio, come ha sottolineato Maria Vanto, di omologare la domiciliarità alternativa alla residenzialità, invece che promuoverla come alternativa: «Erano state anche prodotte delle schede per i progetti personalizzati, dove c'era scritto "firma dell'ospite". Peccato che nelle linee guida veniva scritto che dovevano essere case di civile abitazione e che le persone dovevano essere titolari di un contratto di affitto. Se uno ha un contratto di affitto, non è un ospite! C'è una dissociazione diffusa, e quindi non ci si accorge di cosa si scrive sulla pagina uno e cosa alla pagina due: non per un problema di distrazione ma, secondo me, di un pensiero dissociato. Se tu dici che ci sono la domiciliarità e la residenzialità, e che vuoi disincentivare l'ingresso nella residenzialità, cioè nelle strutture, allora queste sperimentazioni le dovresti mettere dall'altra parte, nella domiciliarità.».

Maria Vanto ci ha infine segnalato un'altra criticità posta dalle delibere regionali del 2019. Il numero di persone che possono coabitare nei progetti di "domiciliarità innovativa" è stato alzato da 5 a 10 e nei progetti di Abitare possibile è stato alzato da 10 a 20. A Trieste non sono comunque nate esperienze che sono andate oltre i tetti precedenti, ma il fatto che venga prevista la possibilità di farlo pone il rischio che possa accadere e che quindi queste esperienze ancora una volta si allontanino dall'idea di domiciliarità per diventare più simili a esperienze residenziali. È necessario un presidio e governo forte da parte degli enti deputati, per evitare derive istituzionalizzanti.

«Il mio lavoro mi piace tantissimo. Mi sento come in famiglia con loro. Da 17 anni sono in Italia e ho sempre lavorato con gli anziani. Qui mi piace perché il posto e le persone sono sempre le stesse, ho imparato a conoscere i problemi e i capricci delle persone, abbiamo creato un buon rapporto e so come comportarmi con loro. Noi badanti siamo tutto fare.

Fare la spesa, cucinare, pulire, cambiarli, lavarli, stirare, tutto. Poi ovviamente c'è anche il rapporto, che è la base, perché se io non vado d'accordo con loro non riesco a stare qui con loro per così tanto tempo. Noi chiacchieriamo, parliamo, voglio bene a loro come a nostra nonna, mi prendo cura di loro come se fossero i miei nonni. E cerchiamo di collaborare anche tra colleghe.»

Sara (i nomi sono tutti di fantasia) è una delle quattro badanti che si alternano sulle 24 ore nell'appartamento di Valmaura e lo descrive come una realtà positiva sia per chi ci lavora sia per chi ci abita: «La mia impressione è che è come un albergo per loro. Sono in 5, ognuno con la sua stanza, con la sua tv, il mangiare è sempre fresco, e chiediamo a loro quello che vorrebbero mangiare.»

Poi ci spiega meglio: due uomini stanno in una stanza doppia, e tutti gli

altri hanno la singola. Luciana vive in appartamento da 7 anni, Franco da un anno, Armando e Walter da circa 6 anni e Anna da 1 anno. Tre di loro prima di andare a vivere in appartamento vivevano in altri condomini dello stesso complesso Ater di Valmaura e loro e i loro familiari hanno saputo della possibilità di questa coabitazione tramite la Microarea.

Un altro di loro viene da un'altra Microarea, Gretta, e solo una persona su cinque non viene invece da un appartamento Ater ma da un'abitazione privata fuori dal perimetro delle Microaree e ha saputo di questa possibilità, in un momento in cui c'era un posto libero e non si trovava la persona da inserire, tramite il passa parola.

Due volte a settimana, il lunedì e il giovedì, viene l'infermiera del Distretto e fa quello di cui c'è bisogno e una volta ogni 15 giorni viene il medico di base di riferimento, di solito in concomitanza con l'infermiera.

Ci sono diversi familiari che vengono spesso in appartamento in visita e si occupano degli aspetti organizzativi, prosegue Sara, mentre dalla Microarea non vengono tanto spesso.

Ci segnala che da quando c'è stata la pandemia i volontari della Microarea

vengono di meno, vengono soltanto una volta a settimana. Prima della pandemia i volontari venivano sia per accompagnare fuori gli abitanti dell'appartamento, per una passeggiata, sia anche per accompagnarli presso la sede della Microarea, dove venivano spesso organizzate occasioni di festa e di incontro.

Ora le feste sono sospese e quindi vengono solo per accompagnare fuori per una passeggiata una persona per volta. I volontari che c'erano prima accompagnavano fuori anche tre persone alla volta, mentre ora solo una persona per volta: questo purtroppo fa in modo che le uscite siano più diradate per le singole persone.

Bisognerebbe migliorare su questo fronte.

Comunque «a noi non ha toccato in nessun modo la pandemia, nessuno ha avuto il Covid. Abbiamo rispettato tutte le regole.

I parenti durante il lockdown non venivano, ma le visite poi sono riprese pian piano, uno alla volta, in camera per evitare i contatti con gli altri.

E anche le uscite sono riprese piano piano, ma nessuno di loro esce spesso.»

[Sara]

Abbiamo passato un pomeriggio in appartamento e abbiamo avuto modo di parlare anche con Maria, un'altra badante; con Oscar, il figlio del signor Franco, che abita, con la moglie di Franco, in un appartamento nello stesso condominio (dove prima viveva anche lo stesso Franco) e viene molto spesso a trovare il padre; con Graziella, la figlia del signor Walter, e con alcuni abitanti.

Franco non aveva molta voglia di parlare con noi, preferiva chiacchierare sul balcone con suo figlio. Con la signora Luciana, che ha una demenza e stava seduta in poltrona, in soggiorno, abbiamo scambiato parole e sorrisi; il signor Armando stava anche lui in soggiorno, ma è restato sulle sue.

La signora Anna ha fatto capolino in soggiorno prima di andare con gli altri in cucina per cenare tutti insieme, era un po' sospettosa verso di noi, ma ha acconsentito a darci il suo parere sulla vita in appartamento: «Stiamo bene qui. La nostra vita è questa. Ho la mia tv in stanza e quello che mi va di guardare, guardo.

Mi trovo bene anche con gli altri.

Qualche volta stiamo qua insieme, qualche volta ognuno per sé, ognuno ha la sua stanza e ognuno sta là. L'appartamento va bene così. Sarebbe meglio che ci fosse qualcuno che mi portasse fuori più spesso, a vedere il mondo ancora un poco.

Sono nubile, senza figli, ma ho parenti che vengono a trovarmi. Ho chiesto io di venire qua, perché a casa non

potevo stare più da sola. Io sto bene qua, non devo pensare alla spesa, mangio, dormo e sto bene.

Se vogliamo possiamo chiedere quello che preferiamo e loro fanno da mangiare ogni giorno cose diverse.»

Walter non è andato a cenare con gli altri in cucina perché, come ci ha spiegato la figlia Graziella, negli ultimi mesi ha perso la mobilità delle gambe e mangia in stanza. «Fino a 5 anni fa camminava 25 chilometri al giorno. Col catetere si faceva tutta la costiera, arrivava fino a Duino.

Ha vissuto per 5 anni in Australia nel Queensland a costruire dighe e lavorare nelle piantagioni di canna da zucchero. Parla inglese e tedesco. Ha il catetere da 10 anni.

Si sta pian pianino spegnendo. Per questo non lo metterei mai in una struttura per persone non autosufficienti, perché muore. Perché là non hanno nessun tipo di relazione.»

Siamo andate a conoscerlo in camera sua, era a letto e guardava la TV. Ci ha detto che le badanti sono tutte brave, che bisognerebbe dare loro un premio.

Come Graziella, anche Oscar, il figlio di Franco, ha sottolineato che in appartamento le persone stanno meglio che in casa di riposo.

Franco ha avuto un'esperienza di un anno e mezzo in struttura, dopo la quale per problemi vari era rientrato a casa e, quando c'è stato posto, è andato in appartamento, dove si trova bene perché mangia bene e vede ogni

giorno il figlio e la moglie: «Quando era in casa di riposo è stato ricoverato in ospedale perché era disidratato, l'assistente non gli dava da bere perché era incontinente e non voleva cambiarlo.

C'era un operatore ogni 15 persone. Se guardiamo alle proporzioni è ovvio che qui c'è un'assistenza migliore. Il problema dal punto di vista dell'assistenza è che le badanti non sono infermiere, ma neanche nelle case di riposo sono infermiere.»

Oscar si dà molto da fare in appartamento ogni volta che serve un aiuto pratico, ad esempio per riparare qualcosa e, con Graziella, gli altri familiari e l'amministratore di sostegno di Luciana, organizzano i rapporti di lavoro con le badanti e la cassa comune per le spese.

Non è facile amministrare tutto, e i soldi per pagare tutto quello che serve, nonostante ci sia l'aiuto dei FAP, bastano appena appena.

Se avessero qualche soldo in più, dice Oscar, lo userebbero per la socialità.

Inoltre lamenta che il lavoro di coordinamento pesi troppo sulle spalle dei famigliari: ritiene l'Azienda Sanitaria e le altre istituzioni di riferimento troppo distanti e che la Microarea non riesca sempre a essere sufficientemente di supporto.

la coabitazione del vaticano

Siamo andate a visitare l'appartamento di Vaticano nella primavera 2021, quando Silvana (i nomi sono tutti di fantasia) era appena stata inserita: «In linea di massima mi trovo bene. Come nella strada o nella città, ci sono le persone che ti vanno più o meno a genio, ma bisogna andare d'accordo con tutti.

Nella casa di riposo c'è tanta gente e non riescono a seguirli tutti, io non ci sono mai stata ma immagino che sia così. Invece noi qua siamo come una famiglia. E come in una famiglia si può andare d'accordo o non andare d'accordo con qualcuno, ma bisogna trovare dei compromessi.»

E bisogna trovare le persone giuste perché la convivenza funzioni, ci spiega Emanuela Ragusa, della cooperativa sociale che gestisce l'assistenza nell'appartamento.

Il grosso del lavoro è all'inizio, perché non è solo trovare le persone giuste per la convivenza, ma anche gli operatori giusti per il gruppo. Il grosso del lavoro è proprio creare questa famiglia: «Il problema in questi gruppi poi è che chi arriva per primo pensa di poter comandare.

Augusto si arrabbiava perché Silvana è esuberante, perché lei vuole fare, in cucina, e lui dice che in cucina ci deve stare solo l'operatrice, mentre non è così.» Silvana, che ha una demenza, è molto attiva: frequenta il gruppo di animazione e riabilitazione Alzheimer, esce con la figlia e con l'ex compagno.

Altre persone nell'appartamento sono invece costrette a letto dalle loro condizioni di salute, ma tutti ricevono visite. Anche di volontari. Ci sono poi le assistenti sulle 24 ore della cooperativa, due operatrici che si

alternano, con anche un operatore di supporto al mattino e personale dedicato alle pulizie al pomeriggio. E sono inoltre presenti come figure di riferimento per i bisogni sanitari e sociali gli operatori della Microarea, del Distretto, del Servizio Sociale.

Si tratta di tre mini appartamenti affacciati sullo stesso pianerottolo, di norma con le porte spalancate, di giorno o le chiavi nelle toppe, per potersi muovere agevolmente fra i diversi spazi.

E così anche i vicini di casa possono fare capolino quando passano dalle scale. Dei tre mini appartamenti, uno ospita cucina e soggiorno e gli altri due le stanze da letto.

Quando siamo andate la prima volta all'appartamento ci vivevano cinque persone. Due di loro in una camera doppia e le altre tre in una singola.

[più voci]

la pandemia e i protocolli per le "strutture"

Volevamo tornare nell'autunno 2021 per approfondire la conoscenza delle persone e del contesto, ma non è stato possibile. Per la prima e unica volta in appartamenti di questo tipo, infatti, vi era da poco entrato il Covid. Tutti erano vaccinati, ma si sono contagiati e due di loro, molto anziani e già con la salute molto compromessa, hanno anche avuto dei sintomi e in seguito purtroppo sono morti.

Le altre tre persone, positive ma asintomatiche, sono state messe in Rsa. Ma perché? Il protocollo dell'Azienda Sanitaria prevede che tutte le persone positive al Covid che vivono in strutture che si trovano all'interno di condomini debbano

essere spostate in luoghi dedicati. L'appartamento si trova in un condominio e da questo punto di vista viene trattato dal Distretto 2, che ne è titolare, come se fosse una struttura.

«Per loro, che sono stati messi in Rsa, non sappiamo come sia andata. Non entri là. Non si sa nulla perché né i parenti né nessuno può andarli a vedere. C'è l'infermiere della Microarea che è in contatto telefonico con l'Rsa, ma non con le persone, che non credo abbiano modo di parlare con figure di riferimento. Silvana ha una figlia, ma so che non ha parlato con lei», racconta Emanuela Ragusa.

Dopo 10 giorni di ricovero Silvana si è negativizzata ed è quindi potuta

rientrare in appartamento. È stata la prima a tornare, poi qualche tempo dopo è potuta tornare anche una sua compagna di appartamento. La terza persona si è negativizzata anche lei ma, dopo più di 20 giorni di ricovero, è ancora in Rsa e la cooperativa che gestisce l'assistenza in appartamento per la privacy non ha notizie sul suo stato di salute. Il Distretto e la Microarea stanno comunque seguendo la sua situazione e si attende il suo rientro in appartamento. Verranno poi individuate dal Distretto altre due persone che potranno andare a vivere in appartamento sostituendo i due anziani che sono deceduti.

L'abitare inclusivo e i soggetti convenzionati con comune e azienda sanitaria

I soggetti convenzionati a Trieste per offrire esperienze di domiciliarità innovativa e abitare possibile sono tre: la Cooperativa sociale Amico, l'Azienda Pubblica per i Servizi alla persona Pro Senectute e la Cooperativa Sociale Lybra.

la cooperativa sociale amico e la domiciliarità innovativa

Amico è nata nel 1949 in ambito edilizio e ha costruito e gestito immobili fino ai primi anni Novanta. Dopo una pausa nel 1999 ha ripreso le attività in una nuova direzione. Amico attualmente lavora con soggetti privati e pubblici offrendo, agli anziani e non solo, assistenza alla persona e al contesto di vita, servizi educativi, riabilitativi, di socializzazione, per la mobilità, segretariato sociale. Per quanto riguarda l'assistenza domiciliare svolge servizi sia per singoli soggetti privati, sia nell'ambito dell'appalto per i budget di salute dell'Azienda Sanitaria, che Amico ha in associazione temporanea d'impresa con altre due cooperative sociali, La Quercia e TPS, sia per i budget di salute sperimentali dal Pronto Soccorso. Si segnalano anche, fra le attività svolte da Amico, il gruppo Alzheimer del Distretto 2 e gli sportelli. Amico gestisce tre diversi sportelli: l'agenzia per il lavoro, che fa gratuitamente l'incrocio domanda offerta, in particolare per i bisogni di assistenza ma non solo; Spazio Amico, uno sportello che dà informazioni e orientamento alle persone che necessitano assistenza e ai loro caregiver e, più recente, anche lo sportello rivolto agli amministratori di sostegno su incarico del Comune.

Si tratta di sportelli strategici per fornire agli anziani e a chi li assiste risposte tempestive e sinergiche e in alcuni casi, come in particolare nel caso di "Spazio Amico", sono andati a coprire bisogni che non avevano una completa risposta.

La presidente, Emanuela Ragusa: «Ti trovi da un momento all'altro con tua madre che sta male, finisce in ospedale e poi te la dimettono. Ma mettere su un'assistenza è un lavoro complicato. Le famiglie vengono qua e piangono, riversano un po' il trauma del fatto che la mamma, che era assolutamente attiva prima, quando la rimandano a casa dall'ospedale non lo è più. Le risposte devono essere immediate, questo pensiamo noi. È importante trovare uno sportello in cui le risposte sono immediate. Il punto unico, l'assistente sociale, lo Sportello assistenti familiari ci sono, però i tempi non sono immediati. Il nostro sportello Spazio Amico è nato a partire da un progetto che Amico ha elaborato e presentato alla Regione, che lo ha accettato e ci ha dato il contributo, e l'idea era quella di sensibilizzare perché questa cosa poi avesse una continuità. Secondo me bisogna sempre fare cultura, facendo le cose in modo che ti vengano dietro. Prima soddisfare il bisogno e dopo fare cultura su quel bisogno.»

L'impostazione di "Spazio Amico" è flessibile, integrata, funzionale, inoltre c'è la possibilità, tramite l'agenzia per il lavoro che Amico stessa gestisce, di fare l'incrocio fra la domanda e l'offerta di assistenza e, tramite l'assistenza da Amico stessa offerta, di rispondere direttamente e tempestivamente ai bisogni.

Per i progetti di domiciliarità innovativa Amico, che si è messa in gioco fin dalla sperimentazione di Vaticano, ha avuto un ruolo pionieristico a fianco agli enti partner, in un rapporto di costante confronto con la Regione, che negli anni, come ricostruito nel paragrafo dedicato, ha definito una cornice normativa. Sempre Ragusa: «È stato un percorso molto proficuo, dove il pubblico e chi fa le leggi è stato veramente vicino alla realtà della cosa che si stava costruendo. Quando sono venute fuori le prime regole di domiciliarità innovativa, dove

gli appartamenti dovevano avere il corrimano in corridoio e le luci come le case di riposo, ci siamo fatti sentire per dire che bisogna che ci sia una differenza tra la casa di riposo e quello che vogliamo costruire con la domiciliarità innovativa e ci sono stati dei cambiamenti.»

L'interlocuzione con la Regione continua tuttora, in particolare relativamente all'impossibilità per gli anziani con pensione minima di poter fruire di questo tipo di soluzione perché i contributi pubblici sono troppo bassi.

Ragusa ci ha spiegato che vivere in un appartamento di domiciliarità innovativa costa, tutto compreso, fra i 1700 e i 2500 euro, un costo molto simile a quello delle rette delle case di riposo, ma con la differenza che, per la domiciliarità innovativa, non c'è "l'integrazione retta" da parte del Comune. E sottolinea come sia necessario continuare a fare cultura, per far capire che non sono "mini case di riposo", ma sono le case delle persone che ci vivono.

Nell'appartamento di via Campo Marzio, racconta Emanuela Ragusa, all'inizio «i condomini ci venivano a bussare perché magari sentivano che uno alzava la voce più degli altri. E ci hanno fatto, attraverso l'amministratore dello stabile, tutta una serie di questioni, che però poi si sono risolte. Ma quando, a marzo 2020, c'è stata l'esplosione della Primula su tutti i giornali, quando tutti avevano paura, noi per i condomini eravamo una casa di riposo, perché nell'immaginario se vedi 5 anziani assieme è sicuramente una casa di riposo. Poi, dopo che è successo che è arrivata anche un'ambulanza perché un vecchietto ha avuto una sincope, e poi tra l'altro è anche morto, hanno iniziato a chiamare in Azienda Sanitaria. Allora, l'Azienda Sanitaria, presa dalla paura di questi condomini, secondo il protocollo ha iniziato ad associare noi alle case di riposo. Per cui dovevi anche combattere con loro per fargli capire che questo era sbagliato. Essendo al secondo anno di sperimentazione, anche all'interno dell'Azienda Sanitaria non era chiaro cos'era questa Domiciliarità Innovativa. Hanno iniziato a dire che il protocollo diceva di chiudere. Ma anche no. È casa delle persone, loro sono titolari di un loro contratto d'affitto. Se noi potevamo uscire, durante il lockdown, per determinati motivi, perché gli anziani che vivevano in domiciliarità innovativa non potevano uscire? C'è stato tutto questo lavoro da parte nostra per far capire a tutti quanti che domiciliarità innovativa è casa delle persone. Così non abbiamo chiuso. I famigliari sono sempre entrati. Abbiamo adottato anche noi dei protocolli, sospendendo i tirocini, facendo in modo che gli operatori fossero sempre gli stessi, ma non abbiamo mai chiuso completamente come hanno fatto le case di riposo. Morale della favola, noi siamo passati indenni anche non essendo completamente chiusi. Non abbiamo avuto nessun caso di Covid negli appartamenti di domiciliarità innovativa.»

La Cooperativa Amico a partire dal 2015 e fino ad oggi ha avviato 7 appartamenti di Domiciliarità Innovativa, in partenariato con Comune e Azienda Sanitaria, come prescritto dalle norme regionali, dei quali 5 dedicati ad anziani e 2 rivolti ad adulti disabili. Avviare appartamenti di domiciliarità innovativa non è facile. Bisogna trovare gli appartamenti in affitto sul mercato, curarne la ristrutturazione e l'allestimento in base ai parametri e alle indicazioni regionali, progettare le soluzioni assistenziali più adatte ai bisogni di chi è stato individuato per andare a vivere in questi appartamenti, coordinare e monitorare gli interventi a sostegno dei residenti e della casa. Come spiega Emanuela Ragusa, serve un investimento importante all'inizio, «perché fra quando prendi l'appartamento e quando fai partire il progetto passano almeno sei mesi per motivi burocratici. E poi comunque i primi mesi che è partito devi assestarti, trovare l'operatore giusto e il mix di persone giuste... Il primo anno ci investi.»

Gli appartamenti di Amico, di diversa tipologia e metratura, si trovano in zone centrali, sono tutti facilmente raggiungibili a piedi o con i mezzi pubblici e inseriti in contesti ben serviti da negozi, caffè, luoghi di ristorazione e altri luoghi adatti alla socializzazione. Gli ambienti interni sono molto curati e spaziosi e le persone vivono in stanze doppie o singole, nelle quali se vogliono possono portare i loro mobili, anche se generalmente non lo fanno, e hanno armadi e comodini per i loro vestiti e oggetti personali.

L'appartamento di via campo marzio

Uno degli appartamenti gestiti dalla Cooperativa sociale Amico si trova in via Campo Marzio 22: è l'unico affittato da privati³⁰ e ospita cinque signore anziane ultraottantenni, molte delle quali con problematiche di demenza; è stato aperto nel dicembre del 2018. Come tutti gli appartamenti di Amico ha locali ampi ed accoglienti e una cucina luminosa e funzionale; nei pressi del portone sotto il citofono c'è una targa con il nome della cooperativa installata dal condominio: la presidente vorrebbe toglierla per evidenziare anche sui campanelli che quella è la casa di cinque persone che hanno scelto di abitare insieme e non la sede di una casa di riposo.

Casa è la parola-chiave di questa proposta, come ci spiega Marta (i nomi sono tutti di fantasia), la coordinatrice degli appartamenti, una donna che a fronte dei suoi 25 anni di esperienza nei servizi alla persona e nella formazione offre alla cooperativa le competenze di manager della terza età.

Le persone devono sentirsi a casa loro e non essere vincolate a orari rigidi sia al momento della sveglia che per quanto riguarda le visite esterne.

«Si alzano quando vogliono» ci racconta «e i familiari possono venire in qualunque momento.

Gli unici paletti che mettiamo sono la condivisione dei pasti e l'invito ad evitare di venire tra le 14 e le 16, periodo in cui normalmente riposano insieme a noi operatori che approfittiamo di questo momento di relax.

C'è sempre molto movimento in casa tra parenti, tirocinanti, volontari, che vengono quasi ogni giorno per accompagnare chi lo desidera a fare una passeggiata o semplicemente per fare loro compagnia.»

Uno degli obiettivi che si cerca di raggiungere è quello di favorire l'autonomia, sia nelle funzioni fisiologiche (anche se sarebbe molto più comodo usare i pannoloni) che nella gestione della casa, cercando di stimolare il contributo di tutte a partire dalle piccole incombenze come rifarsi il letto o togliere la polvere: «Proprio ieri» riferisce Marta «abbiamo fatto la felicità di una di loro, perché abbiamo comprato un nuovo cattura polvere.»

Una presenza abbastanza costante è quella delle persone destinatarie di MAP, ovvero Messe Alla Prova: si tratta di un istituto giuridico che prevede la

sospensione del processo con la messa alla prova, ovvero con attività di volontariato a favore della collettività.

Il giorno della visita incontriamo Giorgia, che è molto brava in cucina, ma è anche attenta alle ospiti e alle loro esigenze e desideri: suggerisce infatti di comprare delle caramelle per Lucia a cui fino a poco tempo fa le comprava il marito venuto a mancare. Una perdita che l'ha gettata nello sconforto e nel timore di non riuscire a far fronte alle spese di mantenimento, cosa di cui si occupava il marito.

Preoccupazione colta da Anna, l'ospite presente da più tempo, sin dall'inaugurazione dell'appartamento, che fa presente a Marta che Lucia non vuole mangiare per timore di dover pagare e di non essere in grado.

A dimostrazione che esiste un controllo reciproco fatto di attenzione e sollecitudine, ma anche di comunicazione tra gli operatori: due persone che si alternano su turni di 24 ore (dalle 8 alle 8) e che possono contare su un buon sostegno da parte dei familiari, naturalmente dove ci sono, e su un'ottima collaborazione con il Distretto sanitario.

[più voci]

L'appartamento di via carducci

Il condominio sorge in una delle vie più centrali e trafficate di Trieste eppure c'è pace: sarà che siamo all'ultimo piano, nessuno ha fretta e il terrazzo è baciato dal sole; sarà che chi ci abita ne ha viste talmente tante che i rumori di una città moderna nemmeno lo sfiorano.

L'appartamento si trova in via Carducci 12 e ospita cinque persone, due uomini e tre donne: tutti con disagi di natura psichiatrica e con un passato traumatico alle spalle.

Alle spalle si fa per dire, perché ancora oggi quando vedono un camice bianco

o devono fare la doccia urlano: a oltre quarant'anni di distanza il ricordo dell'esperienza vissuta in manicomio sanguina ancora.

La vita non è stata generosa con Elvira, Iris, Carmela, Giorgio e Antonio (i nomi sono tutti di fantasia): oltre a

essere stati rinchiusi per molti anni, hanno perso dei figli, hanno subito violenza da parte di persone di cui avrebbero dovuto fidarsi, hanno affetti lontani.

Oggi se ne prende cura la cooperativa Amico, in particolare Luka, il responsabile dell'appartamento, che vive con loro h 24 e più o meno ogni 18 giorni si prende una pausa per tornare in Bosnia: li coccola, li abbraccia, cucina facendo il possibile per accontentarli, interagisce con loro, anche se ad un osservatore esterno può sembrare una comunicazione unilaterale, se serve alza la voce.

Non è facile gestirli — racconta — perché sebbene possa risultare non elegante dirlo hanno sviluppato tanto egoismo e a volte sembra abbia la

meglio la legge della giungla, dove chi arriva prima a tavola può impadronirsi anche del piatto del vicino. Ma possono imparare, come hanno imparato le tecniche di sopravvivenza che li hanno tenuti in vita fino a questo momento.

Del resto hanno resistito anche a 125 giorni di lockdown, sebbene non siano stati isolati com'è accaduto nelle case di riposo, ma pur con molte restrizioni, quelle a cui tutti abbiamo dovuto sottostare, hanno continuato a uscire per prendere quella boccata d'aria necessaria come il pane e i farmaci di cui non possono fare a meno.

La passeggiata per andare a prendere il caffè o la bibita al bar è per loro un rito fondamentale, vitale: è possibile

quotidianamente grazie all'apporto dei volontari e dei MAD, che danno un po' di respiro anche a Luka, il quale tra i pasti da preparare (ha imparato a cucinare grazie a Internet), le lavatrici da mettere su, la spesa da organizzare non corre il rischio di annoiarsi; deve avere occhi pure dietro, perché ha la responsabilità di persone libere, che possono anche decidere di uscire da una casa con la porta aperta, ma fragili, che potrebbero perdersi, farsi del male, aggiungendo spaesamento a spaesamento.

Per questo serve una comunità, un'alleanza tra servizi, e non basta un bravo operatore o un esercito di volontari.

[più voci]

L'appartamento di via del monte

All'inizio di un'erta che si chiama via del Monte c'è un appartamento che ospita cinque persone, quattro donne e un uomo. Non rientra nel Canzoniere di Saba, ma negli appartamenti gestiti dalla cooperativa Amico per sperimentare la domiciliarità innovativa. La responsabile è Lia (i nomi sono tutti di fantasia), che da quattro anni vive con Giovanni, Sergia, Sonia, Teresa e Raffaella: «Siamo una famiglia — dice — di cui mi sento la mamma».

Come una mamma passa in rassegna i suoi "figli".

Raffaella è la più giovane, l'unica a non essere inserita nell'appartamento come anziana ma come persona con

disabilità: ha 51 anni, un padre che rovista nelle immondizie e una madre (testimone di Geova) che la chiama tutti i giorni, ma il giorno del suo 50° compleanno non l'ha chiamata. A 15 anni ha tentato un suicidio, ora tende a chiudersi nel suo mondo.

Giovanni, che è lo zio di Raffaella ed è il motivo per cui lei ha voluto vivere qua, è il più anziano: faceva il contadino, ora ha il vuoto negli occhi. Ha una figlia che è in carico ai servizi sociali e aveva un figlio che si è suicidato gettandosi dall'8° piano.

Anche Sonia ha due figlie: una non si fa vedere da almeno tre anni, mentre quella adottiva viene spesso a trovarla.

Sergia ha un figlio che non se ne occupa, secondo la psichiatra è un'attrice nata, al punto che non le crede più nessuno; comanda tutti in base ai suoi comodi.

Teresa parla poco, non socializza con gli altri.

La mattina occorre una pazienza enorme fino alle 11-12, quando cominciano a "risvegliarsi": la più mattiniera è Raffaella, che ha fretta di mangiare per poi andare a fumare. Lei e Sergia giocano a carte, mentre sono tutti molto bravi a fare i cruciverba. Sono autonomi nel camminare e aiutano in casa: Sonia, Teresa e Raffaella si rifanno il letto, Sergia spolvera e lava tutte le maniglie.

Prima del Covid andavano in gita in Croazia, dove Giovanni ha una casa, e d'estate una settimana al mare a Lignano. La pandemia li ha cambiati molto: è stata dura, soprattutto perché non sono più venuti né i tirocinanti né i volontari e con loro la giovinezza ha smesso temporaneamente di entrare in casa; hanno ripreso a tornare da due settimane. È tornato anche Lorenzo, un ragazzo di 29 anni, gravemente epilettico, che frequenta via del Monte tre volte a settimana: è un tornado, distrugge tutto, tira i capelli,

ti abbraccia fino a stritolarti. Una gestione non proprio banale in un contesto già problematico: la noia è scongiurata.

Persone e sofferenze diverse che attorno alla tavola ritrovano momenti di convivialità. Come in qualsiasi famiglia.

Qualcuno, fra i volontari, comunque aveva ripreso anche prima di ottobre 2021 a frequentare l'appartamento. La prima volta che ci siamo andate, nella primavera del 2021, ci hanno mostrato, alle pareti dell'ampio

soggiorno, dei bellissimi e recenti disegni fatti dagli abitanti dell'appartamento con una volontaria artista.

E poi ne hanno tirati fuori molti altri e hanno spiegato che ogni settimana fanno due ore di attività laboratoriali, ogni martedì. Poi certo, molto tempo amano passarlo davanti alla TV, ma fanno anche diverse attività. Giovanni cura il loro bellissimo giardinetto, Sonia aiuta molto in casa, Teresa fa l'uncinetto, spesso tutti escono con i volontari, Raffaella va a cavallo.

[più voci]

pro senectute e l'abitare possibile

Pro Senectute, come ci ha raccontato la direttrice, Debora Marizza, nasce nel 1967 come associazione di volontariato, con l'obiettivo di coinvolgere le persone anziane autosufficienti in modo che potessero essere ancora attive nel tessuto sociale, prevenendo i processi di decadimento psicofisico. Ha avuto molto successo nei primi anni e ha ricevuto molte donazioni, trasformandosi prima in IPAB (Istituzione Pubblica di Assistenza e Beneficienza) e dal 2005 in Azienda Pubblica di Servizi alla Persona, mantenendo sempre la mission iniziale di coinvolgere le persone anziane autosufficienti in una serie di attività e di servizi. I servizi si strutturavano come Centro Diurno, in collaborazione con il Comune, che indirizzava, anche attraverso finanziamenti, nelle attività di Pro Senectute gli anziani seguiti dal Servizio Sociale. Pro Senectute aveva anche avviato una residenza per anziani, rivolta anch'essa a persone autosufficienti.

Negli anni successivi la domanda è cambiata: da un lato si è data centralità ai servizi domiciliari, dall'altro è aumentata la fragilità degli anziani. «Dato che l'utenza stava cambiando e i bisogni erano diversi, c'è stata una riorganizzazione della Pro Senectute e abbiamo inserito delle figure strategiche all'interno della pianta organica come l'assistente sociale e l'animatore, per essere in grado di rispondere ai bisogni», prosegue Debora Marizza. Oltre al Centro Diurno Crepez per anziani autosufficienti, già attivo, Pro Senectute ha iniziato a occuparsi della non autosufficienza: è stato creato il Centro Diurno Maffei, il primo centro diurno per anziani disabili, e la residenza per anziani di via Valdirivo è stata convertita nell'ambito della cornice normativa dell'Abitare possibile. Secondo le stesse norme regionali che hanno introdotto la domiciliarità innovativa è infatti possibile riconvertire piccole residenze per anziani rendendo questi ultimi titolari del contratto di affitto e organizzando la loro vita in maniera flessibile e orientata ai bisogni dei singoli. Così, riconvertendo l'ex casa albergo, è nata Casa Caratti, con 10 posti letto in camere da una o due persone (ci sono in tutto due singole), soggiorno e cucina comune. Abitano nella casa 10 donne anziane, di cui diverse ultranovantenni. L'assistenza è fornita dalla cooperativa sociale Amico, con Oss, sulle 24 ore, e Pro Senectute ha anche scelto di mettere a disposizione un infermiere a ore, nonostante non fosse richiesto dalla normativa, visto gli importanti bisogni sanitari delle ospiti. Non sono

però solo i bisogni sanitari ad essere considerati, come ci spiega Debora Marizza: «Si stimola sempre la persona a uscire, da sola o con i familiari, mantenendo le abitudini che la persona aveva prima di fare ingresso in appartamento. Nonostante certe necessità di definizione di ritmi quotidiani, si dà spazio ai ritmi della persona, con libertà totale alla sveglia e alla colazione mattutina, per la cena e l'ora di andare a dormire e si cerca di supportare la persona nei suoi bisogni, desideri e abitudini. C'è una grande attenzione nel recupero di se stessi, partendo dalla cura della persona. Il servizio di pedicure e parrucchiere del Centro Diurno dà proprio la possibilità di recuperare la parte di cura di sé. Essendo un servizio di domiciliarità, inoltre, è fondamentale che gli operatori abbiano un approccio simile all'operatore a domicilio più che a un operatore di struttura. Non sono gli abitanti che si adattano all'organizzazione ma è l'organizzazione che si adatta ai ritmi degli abitanti. Altro elemento vincente è il gruppo, misto sia per età che per bisogni. Questo per creare un ambiente più simile un ambiente familiare di convivenza che permetta un clima di auto aiuto in cui emergano le risorse di ognuno e l'instaurarsi di relazioni molto forti.» I costi per vivere in Casa Caratti oscillano fra i 2.400 e i 2.600 euro al mese tutto compreso. C'è poi la possibilità di prevedere, oltre all'assistenza di base che viene offerta a tutto il gruppo, ulteriore assistenza per esigenze particolari, come accompagnamenti esterni o altri bisogni in fasi critiche. I contributi pubblici che si possono ottenere sono gli stessi della domiciliarità innovativa e quindi sono le stesse anche le problematiche legate al loro essere insufficienti per le persone meno abbienti.

L'assistente sociale di Pro Senectute Elena Esposito ci ha anche segnalato che «ci sono persone che invece hanno un'alta capacità economica e hanno sempre utilizzato servizi privati di supporto e di aiuto che quando si trovano in situazioni di difficoltà importante, si trovano in difficoltà perché non sono abituati a ragionare coi servizi, perché non si sono mai rivolte al sistema integrato e a volte dal punto di vista psicologico sono le più provate nel momento in cui si trovano ad affrontare situazioni di fragilità che scardinano il loro futuro. Questo tipo di abitare inclusivo, proprio perché lascia molto spazio alle libertà e agli interessi della persona può essere una buona risposta anche per questo tipo di target, che è un po' dimenticato, perché la priorità nei servizi la si dà a chi è in situazioni economiche meno agiate.»

Marizza ed Esposito ci spiegano che un importante punto di forza della loro offerta è che lo stesso complesso di via Valdirivo ospita sia il Centro Diurno Crepez sia il Centro Diurno Maffei sia Casa Caratti, riuscendo quindi a creare sinergie e facendo in modo che le persone che abitano in Casa Caratti possano fruire delle attività e dei servizi dei centri diurni.

Questi ultimi con la pandemia hanno dovuto affrontare molti ostacoli e cambiamenti. Le attività sono state rimodulate in base alle restrizioni. In particolare il Centro Diurno Crepez, che ha 300 iscritti e offre numerosissime attività di socializzazione nel territorio, servizi di trasporti, pasti, oltre a pedicure e parrucchiere in sede, ha puntato invece su attività domiciliari rivolte a una trentina di persone individuate con il Comune e attività sociali in sede a piccoli gruppi, 6 persone al giorno, scelte sulla base di chi era più in difficoltà a stare a casa, per tre giorni alla settimana. Cosa accadrà una volta superata la pandemia? Pro Senectute ha intenzione di riqualificare il servizio sulla base di quanto durante questo difficile periodo si è appreso.

Il Centro Diurno Maffei, nato nel 2018 per rispondere alle esigenze specifiche dei disabili divenuti anziani, cioè le persone disabili oltre i 65 anni che per legge smettono di figurare come disabili, categoria che ha una serie di servizi e contributi dedicati, e figurano invece come anziani non autosufficienti, categoria che ha servizi e contributi diversi, è rivolto in tutto a 10 persone, seguite con progetti individualizzati in collaborazione con il Comune. Anche per il Maffei le attività si sono rimodulate sulla base delle restrizioni.

E anche la vita in Casa Caratti ha risentito della pandemia. Nei periodi di lockdown Pro Senectute ha scelto di chiudere Casa Caratti alle visite da parte di esterni, ma presto si è preso a organizzare incontri all'esterno con i famigliari e successivamente, non prima dell'estate 2021, anche visite, seppur con delle regole piuttosto restrittive. A noi non è stato permesso andare a conoscere l'appartamento e le sue abitanti.

Nel dicembre 2020 si sono verificati dei casi di Covid a Casa Caratti, un operatore asintomatico ha contagiato 5 persone, che sono quindi state accolte dall'Azienda Sanitaria in una struttura Covid. «Siamo stati fortunati» dice Marizza «perché tutte queste persone, anche ultra novantenni, sono riuscite a reagire bene, a parte qualche effetto e conseguenza di un'assistenza non ottimale in questa struttura (ci sono persone che sono tornate con piaghe importanti e un decadimento importante) che

però poi qui hanno recuperato bene, con un percorso di presa in carico, di riorganizzazione dell'assistenza e dei servizi, che qui sono come dei vestiti su misura. Questo ha fatto la differenza.»

la cooperativa sociale lybra

Nata nel 2003 con le Acli fra i soci fondatori, la Cooperativa Sociale Lybra si occupa di servizi socio educativi rivolti ad adulti e minori, servizi socio sanitari e servizi di inclusione. Recentemente ha avviato la sua prima esperienza di domiciliarità innovativa, a partire dall'esperienza maturata negli anni nel settore della disabilità, accogliendo dal novembre 2021 un anziano in un appartamento di Gretta di proprietà della cooperativa. La sperimentazione è stata supportata da un lavoro di rete che ha coinvolto la Microarea, l'assistente sociale comunale di riferimento e il fisioterapista di Asugi. L'assistenza non è h24 e l'appartamento è economicamente sostenibile in virtù dei contributi previsti per la domiciliarità innovativa. L'obiettivo a breve termine — come spiega la referente che abbiamo intervistato, Silvia Pontin — è quello di inserire una seconda persona in una delle altre due camere da letto disponibili, lasciando libera la terza camera per ospitare un/una badante, nel caso in futuro dovesse rivelarsi necessario.

Data la recentissima apertura non abbiamo potuto approfondire questa esperienza.

NOTE AL CAPITOLO

27. Come illustra Moreira (2019), i servizi hanno avuto la possibilità di acquisire alloggi ATER per la realizzazione di progetti socio-assistenziali ai sensi dell'art. 15 della L.R. FVG n. 15/2004, che stabilisce che le ATER «possono mettere a disposizione alloggi del proprio patrimonio, anche in deroga alla predisposizione delle graduatorie di edilizia sovvenzionata e/o convenzionata, fino al 10 per cento delle stesse, per la realizzazione di progetti socio-assistenziali previsti dagli strumenti vigenti della programmazione sanitaria, sociale e sociosanitaria». A partire dal 2005, l'ATER di Trieste, su richiesta dell'Azienda sanitaria e del Comune, ha dato attuazione alla norma stabilendo che i relativi contratti di locazione sarebbero stati stipulati con ciascun Ente applicando un canone corrispondente alla media dei canoni di locazione di edilizia sovvenzionata annualmente applicati. Questa disposizione normativa è stata confermata con la successiva L.R. n. 1/2016 di riforma delle politiche abitative e riordino delle ATER.

28. La vicenda riguarda in particolare l'appartamento di Valmaura.

29. Si veda il paragrafo dedicato nel capitolo 2.

30. Gli altri due appartamenti descritti sono stati presi in affitto da Amico dalla Comunità Ebraica.

Le associazioni che si occupano di persone anziane

Sono tante, di vario tipo e in vari campi le associazioni che operano a Trieste: enti non finalizzati al profitto ma alla promozione del benessere e di servizi di tipo sociale. Come gli altri soggetti del Terzo Settore, vantano a Trieste una lunga tradizione, in parte spiegata nell'anima indipendente di questo territorio, e rappresentano un antidoto alla desertificazione sociale, culturale e democratica che si va affermando e che la pandemia ha acuitizzato. Sono anche uno strumento di partecipazione alla vita della comunità locale e un valore aggiunto sotto forma di spazi, aggregazione e servizi, potendo contare su una solida rete di relazioni e su una fluidità che al settore pubblico, che richiede procedure, di norma non è concessa. In questo capitolo analizziamo le principali associazioni che si occupano di persone anziane, non necessariamente destinatarie ma anche soggetti attivi, e che si sono rivelate preziose anche nella gestione della pandemia.

la comunità di sant'egidio

La Comunità di Sant'Egidio, la cui comunità di Trieste in questa ricerca-azione, come abbiamo detto, è partner, è un movimento internazionale di laici che si fonda su preghiera, poveri e pace. È nato a Roma nel 1968 e si è poi diffuso in oltre 70 Paesi. Sin dai primi anni ha sviluppato e coltivato una particolare predilezione per gli anziani, che erano e sono tra i più poveri e sono diventati amici speciali: un investimento in umanità e solidarietà, che anche a Trieste ha trovato terreno fertile.

la comunità di sant'egidio e gli anziani a trieste

A Trieste la Comunità di Sant'Egidio è nata alla fine degli anni '80 grazie a una ragazza di Savona che ha voluto invitare alcune persone da Genova a portare quest'esperienza nella nostra città. Abbiamo iniziato con il gruppo scuola nel quartiere di Valmaura, raccontano Valentina Colautti e Barbara Fabro. Nel 1992 siamo partiti con gli anziani in particolare nel quartiere di San Giacomo; ci siamo occupati principalmente degli anziani a casa e poi anche all'interno dell'ITIS, dove all'inizio andavamo per animare la Messa e poi abbiamo cominciato a stringere amicizia con alcune persone. In questi trent'anni abbiamo visto molti cambiamenti sia sul versante dei bisogni che su quello delle risposte che la città riesce a dare agli anziani.

Anche per noi l'incontro con i vecchi è cambiato, è cresciuto e si è sempre rapportato con le nuove realtà presenti sul territorio. Tutto ciò per cercare di mantenerli a casa: a volte riuscendoci, altre no.

La comunità si fonda sull'amicizia e sulla preghiera, ma anche sulla consapevolezza che gli anziani fanno parte attiva della comunità. Per questo cerchiamo di creare reti di amicizia e supporto anche tra anziani coinvolgendoli in tutti gli aspetti della vita di comunità, invitandoli ad esempio ad andare a trovare altri anziani e organizzando delle vacanze per incentivare le relazioni. Il sogno è di aiutarli a restare a casa: adesso stiamo coltivando il progetto di creare una convivenza di anziani, cercando di far crescere questi rapporti tra di loro.

Negli ultimi quattro anni buona parte del servizio agli anziani si è strutturata attorno ai bisogni concreti: vista l'impossibilità, in alcune situazioni, di venire a prendere la spesa al Centro di via Romagna, abbiamo iniziato a portargliela a casa. Il servizio si è a poco a poco modificato attraverso un processo iniziato ben prima del Covid: adesso portiamo la spesa a casa una volta al mese a 40/50 persone. E la spesa è anche un modo per entrare in relazione e far emergere gli altri bisogni. Mentre il servizio storico è sempre stato a San Giacomo e consisteva in visite domiciliari e in un aiuto nelle questioni quotidiane, grazie a queste spese ci siamo allargati anche su Barriera, Valmaura, Melara e Ponziana. E abbiamo continuato a farlo durante la pandemia, mantenendo le distanze, e cercando di sostenere telefonicamente le persone che avevano bisogno soprattutto di socialità.

gli inizi

Erano i primi anni '90 ed eravamo un gruppo di sedicenni pieni di voglia di fare, intenzionati a creare un ponte generazionale e a costruire una relazione di amicizia per aiutare a uscire dalla solitudine. Un paio di volte a settimana ci si incontrava a Campo San Giacomo e si faceva il giro della piazza salutandoli e allacciando relazioni. Con Armando l'amicizia è nata così (ne parliamo a parte, ndr). Il servizio storico era questo: agli esordi eravamo 4-5 per una quindicina/ventina di anziani. Tutte le domeniche ci si incontrava a San Giacomo e si faceva la preghiera e un po' di festa assieme. Per chi non riusciva a venire in piazza, a due a due andavamo a trovarli a domicilio. Quando si finiva ci si trovava per raccontarci un po' cos'era successo. C'era poi la vacanza estiva di una settimana: avevamo iniziato incontrandoci con la comunità di Padova e successivamente abbiamo iniziato ad andare per conto nostro in zone più vicine.

Negli anni sono cresciute anche le modalità di incontro, si sono diversificate. Per alcuni abbiamo iniziato le telefonate, per alcuni si va a casa. Siccome sono cresciuti gli altri servizi, diventando anche noi adulti ci siamo un po' divisi e nel servizio agli anziani ci siamo ridotti ad essere in 5 o poco più. A questi vanno aggiunti una quindicina di volontari, che si sono avvicinati negli ultimi 2 o 3 anni e che si occupano delle spese con Valentina. Negli ultimi tempi facevamo una volta al mese un pranzo come momento di incontro e socializzazione con persone anziane, senza fissa dimora, migranti ed era un momento di incontro molto importante; anche la scorsa estate siamo riusciti pur tra mille difficoltà a fare un paio di cene e la vacanza: abbiamo, infatti, cercato di non fermarci davanti alle difficoltà causate dal Covid.

Ne abbiamo parlato con Barbara Fabro, che si è avvicinata alla Comunità nel 1996, quando aveva 25 anni, grazie a un libro del fondatore Andrea Riccardi consigliatole da suo papà. In quel periodo aveva iniziato a lavorare a Casa Emmaus, una casa di riposo, ed era rimasta colpita dalla fedeltà di alcuni giovani, che ogni domenica mattina andavano ad animare la Messa e poi si intrattenevano con gli ospiti.

Ricorda in particolare una ragazza, che si prendeva cura di una signora dal carattere non facile e di averla poi incontrata anni dopo in cimitero sulla tomba di questa signora, che nel frattempo era morta. Anche Barbara inizia

a frequentare la Comunità e a trascorrere le domeniche pomeriggio a San Giacomo con gli anziani. Per i successivi 8-9 anni racconta di aver vissuto un coinvolgimento molto attivo, ma altrettanto libero: ognuno si dedicava come e quanto poteva, senza alcuna costrizione o pressione; ognuno aveva in affidamento una o più persone. Di quegli anni ricorda le vacanze estive, la crescita dell'amicizia con gli altri volontari, le settimane sante trascorse a Roma assieme a persone provenienti da tutta Italia e non solo.

Nell'approccio con amici non più giovani Barbara ha messo il suo senso pratico, l'aver rubato con gli occhi quando lavorava in casa di riposo, ma soprattutto la sua capacità di mettersi in ascolto: era questo che riempiva la loro solitudine, la relazione, non semplicemente la presenza; non è una questione di numeri ma di attenzione.

Maria, una signora ospitata all'Itis affetta da una grave forma di afasia, un giorno riuscì a dirle: «Sono sola in mezzo a tanta gente». E Bruna, una signora che per tutta la vita si era occupata di un figlio con disabilità, durante una vacanza a Pesariis, le disse: «Non pensavo che da anziana avrei potuto essere così felice».

come avviciniamo le persone

Per intercettare le persone più bisognose ci siamo sempre appoggiati alle parrocchie, ai servizi, alle Microaree. Poi da relazione nasce relazione, si crea un passaparola, che ti consente di raggiungere altre persone anche così. Da questo punto di vista il pranzo di Natale è un'ottima occasione: gli inviti li facciamo tramite i Centri di Ascolto delle varie parrocchie, sia quelli della San Vincenzo che della Caritas, a cui chiediamo di segnalarci le persone che a loro avviso potrebbero essere potenzialmente interessate; un altro canale molto funzionale è quello con le Microaree di Ponziana e del Vaticano: abbiamo conosciuto molto bene le referenti, con cui abbiamo instaurato un ottimo rapporto di collaborazione nutrito di grande comunicazione che ha facilitato il lavoro di rete anche a lungo andare. Un esempio è la storia di Massimo (ne parliamo a parte, ndr), che durante il lockdown ha avuto un crollo ed è stato trovato in condizioni terribili, molto trascurato e con la casa in condizioni disastrose: dopo essere intervenuti su segnalazione della Microarea, abbiamo coinvolto anche i servizi e la parrocchia riuscendo a strutturare una rete attorno a lui che lo ha tirato su e ora se ne prende cura quotidianamente.

al primo posto le relazioni

Noi facciamo più un lavoro di relazione, ci proponiamo di creare un clima familiare, di evitare che le persone si sentano sole: la famiglia di queste persone siamo noi. È una modalità da associazione di volontariato, perché la comunità è per noi il tempo libero, non il nostro lavoro. Quello che cerchiamo di fare è un "di più" rispetto al servizio sociale, che è essenziale, ma è difficile che riesca a farsi carico di cose come telefonate, chiacchierate con le persone anziane per parlare del più e del meno: per chi non ha famiglia ci dev'essere qualcuno che si prende il tempo di ascoltarlo anche nelle difficoltà; questo è stato un tempo stressante anche per gli anziani, che hanno bisogno di qualcuno a cui confidare le proprie preoccupazioni, magari al telefono. Da parte nostra, appena intercettiamo un bisogno, ci adoperiamo per promuovere

una rete e per attivare i servizi che già esistono. Queste persone entrano a far parte della nostra vita, si crea un rapporto informale che si può sostanziare nell'aiuto materiale ma è che soprattutto un legame d'affetto, di vicinanza e di amicizia, aggiunge Isabella D'Eliso, volontaria dal 2005. Nella comunità di Sant'Egidio si dice che non c'è differenza tra chi è aiutato e chi aiuta e questo è un aspetto molto importante.

Attualmente aiutiamo una settantina di anziani: siamo diventati un gruppo più grande, per cui potremmo lavorare sul rafforzamento delle relazioni anche in altre zone oltre a quelle storiche di San Giacomo e Ponziana, ma ci stiamo riflettendo, perché il rischio è di diventare dispersivi e per noi le relazioni sono importanti. Come è importante continuare a proporre ai giovani di incontrare gli anziani: possono nascere esperienze particolari che non ci si aspetta.

il centro di solidarietà

Il Centro di Solidarietà è un centro di raccolta e distribuzione di vestiario e alimentari. In questo momento principalmente di cibo, perché il vestiario è più complicato da gestire. È stato possibile farlo a partire dal 2016, da quando in via Romagna 22 siamo riusciti ad avere una sede. Con i locali e gli spazi, abbiamo avuto la possibilità di mettere in piedi questo servizio assieme ad altre attività che si sono create negli anni. È stato anche fatto un ambulatorio grazie al lavoro di medici volontari che visitano le persone, anche quelle senza copertura sanitaria. Per esempio poco tempo fa ci siamo occupati di una famiglia romena che aveva accolto il padre anziano in visita dalla Romania. A seguito di un intervento era stato dimesso e si era trovato senza la residenza e senza la copertura sanitaria, con bisogni sanitari e con pochissime risorse economiche a Trieste. Per cui da mesi ci sono un medico e gli infermieri che si stanno occupando di questa persona e parallelamente lo abbiamo aiutato a fare i documenti per la residenza e l'iscrizione sanitaria in modo che il Distretto possa farsene carico. Ma tutta questa catena di aiuti è partita dal Centro: senza un aiuto di questo tipo, non avrebbero saputo cosa fare.

Il centro fa un po' questo. È aperto al sabato pomeriggio. Vi accedono sia famiglie che persone singole: si tratta di persone di tutte le estrazioni provenienti da tutta la città che vengono segnalate dalla Caritas o dai servizi; alcune vengono intercettate dal gruppo che va a distribuire panini alla stazione. E anche lì si fa rete con la Comunità di San Martino al Campo e con i Servizi per capire chi fa cosa e rispondere al meglio ai bisogni che emergono.

Nel momento in cui una persona si rivolge al Centro, le viene fatto un colloquio e vengono rilevati i bisogni, anche rispetto alla conoscenza della lingua italiana. Un tempo, prima del Covid, c'era anche un laboratorio di sartoria: si rivolgeva principalmente alle donne straniere, con lo scopo di creare dei momenti di socialità e condivisione di saperi per donne che magari si trovavano a casa da sole.

cosa ha insegnato la pandemia

La pandemia ha fatto emergere le fragilità che erano già presenti e pertanto potrebbe essere un'opportunità per pensare a proposte alternative al grande internamento. Pensare a convivenze tra anziani, a soluzioni più piccole, case famiglia. Le grandi strutture sono state fatali per molte persone. Per quanto negli anni ci siano stati dei cambiamenti anche nell'ITIS, rimane comunque un'istituzione. È emersa la fragilità della protezione che si pensava di poter dare agli anziani: la storia ci ha dimostrato che il grande istituto non protegge. Per non parlare del fatto che per tentare di proteggerli agli anziani sono stati negati tutti i diritti. Sono in una zona rossa continua, non possono più uscire, mentre gli anziani che adesso sono a casa possono uscire. Dobbiamo ripensare una città che rispetti i diritti degli anziani, delle persone disabili e più fragili. Con dei servizi di prossimità, con le Microaree. Dobbiamo essere più vicini per essere in grado di leggere i bisogni e dare dei servizi che permettano alle persone di stare a casa loro. Mentre nelle case di riposo finiscono tanti anziani semplicemente perché sono soli. Qui dobbiamo intervenire, collegando le solitudini perché non siano più sole. E le soluzioni ci sono, basterebbe metterle in pratica (un esempio tra tutti la badante di condominio). Non neghiamo che ci siano degli ostacoli per restare a casa propria: la solitudine, le barriere architettoniche, la capacità economica. Di fronte a queste difficoltà la decisione dell'istituto rende tutto più agevole, ma in realtà poi la persona diventa parte di un istituto che deciderà per lei. È quanto si è visto quest'anno. La storia di Armando insegna.

Il signor Massimo è una persona che la Comunità di Sant'Egidio ha conosciuto durante il primo lockdown: in seguito a una segnalazione della Microarea due volontari, Jumana e Paolo, erano andati a trovarlo e avevano provveduto ad alcune necessità, tra cui il taglio dei capelli. Lo incontriamo a distanza di oltre un anno nella sua abitazione di via Schiapparelli e non ricorda quel periodo come un momento di particolare difficoltà.

Massimo è reduce da un ricovero all'ospedale di Cattinara e da una successiva degenza all'Igea (una RSA che si trova a Trieste in pieno centro), dove la convivenza con gli altri ospiti non è stata facile: sarà anche perché lui è abituato a vivere da solo e non sente il peso della solitudine, sta bene in compagnia della sua gatta e non gli manca nulla.

In effetti è molto seguito dai servizi del territorio: ogni giorno dal lunedì al sabato il Comune gli porta il pranzo a domicilio, una signora provvede alle

pulizie una volta a settimana, mentre la Microarea di Campi Elisi verifica eventuali necessità, in primis la fornitura dei farmaci di concerto con il medico di medicina generale.

Massimo non è sposato e non ha parenti, almeno che lui sappia: è stato adottato da una famiglia poverissima, che tuttavia non gli ha fatto mancare nulla, ma non è mai riuscito a rintracciare i genitori naturali, nonostante questo sia stato, e sia tuttora, il suo più grande desiderio, nel quale ha investito moltissimo denaro. Ancora oggi, alla soglia degli 80 anni, continua a sperare di riuscire a conoscere le sue origini: considerato l'anno di nascita, il 1941, immagina che suo papà potrebbe essere stato un soldato e sua madre, che ha fatto esplicita richiesta di non essere identificata, una crocerossina.

Ammette che questa ricerca è stata per lui quasi una sorta di ossessione, che non lo ha mai abbandonato,

sebbene abbia avuto una vita che si può definire interessante: ha lavorato come stagionale negli alberghi nella zona del lago di Garda e il vivere da solo non ha mai rappresentato un problema, si è sempre arrangiato anche nei lavori domestici.

Anche oggi questa condizione non gli pesa, nonostante qualche acciaccio fisico: gli manca solo poter andare in giro in motorino, come faceva un tempo, e gli piacerebbe poter frequentare l'Università della Terza Età, per incontrare delle persone, fare delle gite e imparare cose nuove; quello che non vorrebbe è finire in una casa di riposo: con l'aiuto dei servizi è infatti possibile continuare a stare a casa propria, mantenendo un'autonomia di movimento, quella che gli consente di organizzarsi le giornate, uscire per andare a fare una passeggiata, che a volte si limita a un giro dell'isolato, prendere un caffè al bar e poi tornare dalla sua gatta.

[Massimo]

La signora Teresa ha 68 anni e da 26 abita in via D'Alviano, di fronte al Centro commerciale "Torri d'Europa": è divorziata e ha un figlio di 48 anni. Un tempo stava in via Carpison, vicino al Giardino pubblico, dove portava sempre suo figlio, ed effettivamente le piaceva quel polmone verde in mezzo alla città.

Qui però c'è il giardino, che cura personalmente bagnandolo e pulendolo e che è stato la sua salvezza durante il lockdown: anche se

qualcuno si lamentava, lei scendeva ogni giorno per incontrarsi, pur distanziate, con la sua amica Marisa; le scale sono indubbiamente faticose e proprio per questo aveva provato a chiedere un cambio all'Ater, ma le avevano proposto un appartamento più piccolo e ha rinunciato: vuole infatti avere lo spazio per ospitare suo figlio in caso di bisogno.

Lui lavora come barelliere all'ospedale di Monfalcone e da qualche tempo, in seguito alla separazione dalla moglie,

si è riavvicinato alla madre, che per un periodo di circa tre anni non aveva voluto vedere.

Anche lui come il padre ha problemi con l'alcol: Teresa fa il possibile per aiutarlo, preparandogli da mangiare e aiutandolo anche economicamente, nonostante lei viva con una pensione da 450 euro integrata da una pensione di cittadinanza di circa 200 euro.

Se la cava, ma ammette che non ce l'avrebbe fatta senza l'aiuto della

Comunità di Sant'Egidio, che ha conosciuto circa dieci anni fa partecipando a un pranzo di Natale. All'inizio frequentava solo quell'evento, poi i volontari hanno deciso di approfondire la conoscenza delle persone che partecipavano alla festa del 25 dicembre e ha ricevuto una visita di Isabella e Giuliana.

In realtà Isabella l'aveva conosciuta anche in qualità di volontaria quando era stata ricoverata a San Giovanni a causa di un esaurimento nervoso post partum, dove aveva ricevuto un grande aiuto dal dottor Dell'Acqua.

Isabella continua a darle una mano, la aiuta a pagare prestazioni mediche non mutuabili ed è la persona che chiama quando sta male: ha avuto un prolasso della vescica e ha dovuto fare delle infiltrazioni alla spalla, perché non riusciva a stare in piedi.

La spalla le ha dato problemi anche in passato e ha subito un intervento chirurgico a Latisana: è stata l'unica occasione in cui ha avuto un sostegno concreto dal Comune, che le ha pagato l'albergo e nei giorni successivi una persona che andava a casa sua un'ora al giorno per vestirla. Ci racconta che le poche volte in cui si è rivolta al Servizio sociale comunale non ha avuto risposta, cosa che l'ha indotta a non chiedere più, perché «ha una dignità».

Per il resto ha avuto sostegni solo dalla Comunità di Sant'Egidio, che la aiuta sempre quando ha bisogno, anche senza che lei chieda: le porta la spesa, durante il lockdown anche dei pranzi, in caso di necessità le procura le medicine, oltre a pagarle visite ed esami specialistici.

Dice di aver provato a chiedere aiuto sia alla Microarea per delle bollette arretrate che voleva rateizzare sia all'assistente sociale, a cui ha chiesto se era possibile avere della legna, ma in entrambi i casi non ha mai avuto risposta. Tuttavia non si lamenta: le basterebbe che le istituzioni intervenissero nei momenti di necessità legati alla salute.

A parte il figlio non ha altri parenti a Trieste; in compenso ha "adottato" dei ragazzi richiedenti asilo ospitati in due appartamenti dell'ICS che si trovano nel suo palazzo: la chiamano mamma e vanno spesso a casa sua a bere il caffè o a chiedere aiuto se non stanno bene, in cambio le fanno la spesa e la aiutano in giardino, uno di loro benché musulmano è riuscita a portarlo a Sant'Antonio a un momento di preghiera organizzato dalla Comunità di Sant'Egidio.

[Teresa]

Il signor Armando ha conosciuto la Comunità di Sant'Egidio dopo aver perso la mamma, con cui aveva abitato per tutta la vita: era il 1996 e aveva 62 anni, la sua è stata una fedeltà da nozze d'argento.

Ripercorriamo la sua vita con Barbara Fabro, una volontaria che lo ha incontrato per la prima volta nel 1999:

Non era una persona facile, lui stesso si definiva un brontolone, ma aveva piacere di incontrare le persone e di stare con loro, era un gran chiacchierone. Per nulla attento agli aspetti più pratici della quotidianità, morta sua madre era diventato trasandato, non si curava, si vestiva male: viveva in Vaticano in un

appartamento senza riscaldamento e senza televisione, ma anche senza telefono: le sue giornate si svolgevano in strada, se avevamo bisogno di contattarlo sapevamo che l'avremmo trovato in piazza a San Giacomo; ai nostri incontri era sempre presente, ma non voleva venire in vacanza in montagna, perché non voleva lasciare Trieste, i suoi giri, le sue abitudini, e diceva di soffrire di mal d'auto.

Era seguito dai servizi della Microarea, quando avviati, e dall'assistente sociale, che di tanto in tanto provvedevano a pagargli qualche bolletta arretrata a cui non riusciva a far fronte: viveva con una pensione sociale di 600 euro, che tendenzialmente esauriva nei primi 10 giorni del mese.

Nel 2005 è stato molto male: ha avuto un'embolia ed è stato ricoverato in ospedale per parecchi mesi. Al momento delle dimissioni i servizi sociali avevano pensato di metterlo in una casa di riposo, perché avrebbe dovuto prendere il Coumadin in maniera regolare, cosa che da solo non era in grado di fare, e eseguire gli INR (un esame che consente di verificare il tempo di coagulazione del sangue, ndr), inoltre aveva anche un diabete scompensato, frutto della sua cattiva alimentazione.

Lui non voleva, per cui ci siamo resi disponibili ad aiutarlo: ogni giorno alle 16 uno di noi a turno andava al Centro diurno dell'Itis, dove lui pranzava e passava il primo pomeriggio, gli davamo il farmaco annotandolo in un'agenda e il giovedì comunicavamo

al medico anche l'esito degli INR; a casa aveva avuto un aiuto per le pulizie e riceveva un rifornimento di pannolini.

Siamo andati avanti così per anni fino a quando, nel 2010, non gli hanno più consentito di frequentare il centro diurno: non sapeva gestire la cura della sua persona e si presentava spesso bagnato e maleodorante.

L'assistente sociale Zappi, che aveva in carico Armando e che sapeva del nostro legame con lui — di fatto la Comunità era la sua famiglia —, ci ha chiesto se qualcuno di noi era disponibile a fargli da amministratore di sostegno, soprattutto in relazione all'aspetto economico: ho accettato e a partire dal 2011 l'ho seguito in maniera più diretta. Assieme alla Microarea e al Distretto abbiamo costruito un piano personalizzato, in base al quale andava a mangiare nell'appartamento del Vaticano, dove passava un po' di tempo in compagnia e dove gli davano il Coumadin, gli cambiavano il pannolone e gli facevano l'insulina, poi aveva modo di fare il suo giro in piazza e la sera rientrare a casa sua, dove usufruiva di un'assistenza domiciliare (un'ora al mattino e un'ora la sera) e dove anche noi passavamo a dare un'occhiata.

Questa soluzione durò alcuni anni, finché nel 2017 fu investito da un'ambulanza che faceva retromarcia nel cortile del Vaticano: Armando ci sentiva male e in più si trovava in un posto dove l'accesso alle auto era vietato. All'inizio non si sapeva se sarebbe uscito vivo dalla Rianimazione, considerata l'età e le fratture multiple al bacino e a una scapola, a cui vanno aggiunti i polmoni perforati; in realtà non solo è sopravvissuto, ma ha ripreso anche a camminare. Il problema però si è posto

al momento delle dimissioni, perché se fosse stato per il responsabile della Medica, in cui era stato trasferito appena uscito dalla Rianimazione, dopo una settimana sarebbe dovuto tornare a casa, ancora allettato, solo, in un'abitazione senza riscaldamento. Ho provato a contattare l'Itis e molte altre case di riposo, ma nessuno era disponibile ad accoglierlo, nonostante fosse certo che avrebbe avuto un risarcimento dall'assicurazione, che gli avrebbe permesso di pagare la retta.

Dopo aver alzato la voce con i massimi vertici dell'azienda ospedaliera, è stato trasferito alla RSA situata nell'Itis e successivamente è rimasto all'Itis: all'inizio diceva di voler tornare a casa, poi lui stesso si è reso conto che stava bene e ha accettato di rimanere; nel frattempo grazie al risarcimento ottenuto ero riuscita ad assumere una badante, Gloria, che si è comportata con lui come una figlia: lo curava, lo faceva uscire, portandolo fino a San Giacomo, in quegli anni ha iniziato a venire in vacanza con noi perché veniva anche Gloria.

Tutto è andato bene finché è arrivato il Covid: lo ha portato un'infermiera, che ha fatto una sostituzione in un reparto diverso dal suo, contagiando i colleghi, che hanno poi contagiato oltre metà degli ospiti, i quali purtroppo non erano ancora stati vaccinati: si erano perse delle settimane preziose, perché mancavano le autorizzazioni di alcuni parenti e poi scorte di Pfizer.

C'è da dire che nel frattempo era subentrato un altro problema, che mi aveva indotto a valutare una soluzione alternativa. A settembre 2020 avevano riscontrato delle perdite di sangue nelle urine e si erano resi necessari degli approfondimenti

clinici, che avevano accertato un tumore alla vescica: Armando avrebbe avuto bisogno di cure e, considerando l'isolamento che già aveva subito dall'inizio della pandemia (l'Itis era stato chiuso l'8 marzo e le visite erano riprese solo in estate e consistevano in un quarto d'ora ogni due settimane, distanziati con mascherina con conseguente grande difficoltà a capirsi), ho pensato che la cosa migliore per potergli stare accanto fosse portarlo via da lì, affittando un appartamento vicino all'ospedale e assumendo una badante convivente per assisterlo: ne ho parlato con l'avvocato che aveva seguito la sua causa dopo l'incidente, causa non ancora chiusa definitivamente, e con il giudice, che era d'accordo, e nel giro di tre giorni ho trovato una casa e una badante disponibile e ho potuto prospettare ad Armando la soluzione, che gli avrebbe evitato un nuovo isolamento e ci avrebbe consentito di stargli accanto, di fargli coraggio e di consolarlo, anche tenuto conto del fatto che lui aveva molta paura dei medici.

Purtroppo non abbiamo fatto in tempo, perché il giorno dopo aver maturato questa decisione è risultato positivo al Covid ed è rimasto tale per più di due mesi: ha iniziato a lasciarsi andare, a non voler più mangiare, quando andavo a trovarlo negli ultimi tempi continuava a ripetermi che non sarebbe arrivato al suo compleanno; così è stato: è morto il 28 maggio 2021, avrebbe compiuto 87 anni il 30 giugno. Siamo riusciti a fargli un bellissimo funerale nella nostra chiesetta di via dell'Istria, dove c'erano proprio tutte le persone che in questi anni lo avevano conosciuto e incontrato: questo mi ha consolato di una morte che si sarebbe potuto evitare, perché bisogna proteggere dal virus ma anche dalla solitudine.

La signora Elisabetta ha 79 anni e da 25 abita in un alloggio Ater di un quartiere periferico vicino alla zona industriale: l'appartamento è funzionale, ma privo di un terrazzino, mancanza che in questo periodo si fa particolarmente sentire, anche se il rione è abbastanza verde.

Il punto è che Elisabetta fa fatica a fare le scale e raramente esce di casa: soltanto se è accompagnata.

Tutto ciò non solo a causa dei problemi fisici, che sono notevoli e in continuo aumento (ultimamente trova difficile anche stare seduta, scrivere e mangiare), ma anche del fatto che non ha ancora potuto vaccinarsi: lei vorrebbe tanto, ma la sua medica è a suo dire iperprudente su questo fronte, mentre in altri campi l'ha aiutata tantissimo.

Tanto che Elisabetta non può dire di essersi sentita sola o abbandonata da quando è scoppiata la pandemia: anche se vive da sola; anche se dei suoi tre figli i due maschi non li sente, mentre alla femmina, con cui non si vedono da un anno e mezzo a causa del Covid, cerca di non rivolgersi, perché ha già di suo problemi di tanti altri tipi; anche se nel rione non c'è la Microarea e gli anziani ultimamente sono stati abbandonati: un tempo le era vicino il Progetto Amalia, ma ora non più, e Televita non la chiama mai, è sempre lei a farsi viva.

Resiste perché è una persona autonoma, che ha sempre cercato di arrangiarsi e perché può fare affidamento sul FAP, un aiuto per lei molto prezioso grazie al quale paga una signora che la segue e l'accompagna a fare la spesa e delle visite mediche: una presenza che non è venuta mai meno e che è stata la sua

salvezza. Ma non l'unica presenza: vanno a trovarla anche gli amici della Comunità di Sant'Egidio, che ha incontrato per la prima volta in occasione di un pranzo di Natale a cui ha partecipato, e due amiche che hanno più o meno la sua età; inoltre ha conoscenze nella Croce Rossa ed è in contatto con una cugina che abita in Umbria e che lei considera la sua famiglia.

Elisabetta ha avuto una vita intensa: ha fatto vari mestieri e coltivato tante passioni. Impiegata al consorzio pesca, poi nell'ufficio personale della Raffineria Aquila, quindi alla Maico come audioprotesista, alla Salus, alle Poste e infine in Tribunale, dove ha trovato posto come orfana di guerra.

Mezzo secolo di lavoro ma solo 24 anni di contributi. Tra gli hobby invece ci sono la pittura, i racconti, il pattinaggio, il canto, la frequenza di circoli culturali.

Sarà merito di questa versatilità se riesce ad aggiornarsi e a trovare strumenti e canali per restare informata e interagire pur uscendo pochissimo di casa. La paura maggiore di Elisabetta è quella di non riuscire a gestire più i suoi bisogni e di dover pesare sugli altri.

Bisogni che sono soprattutto di tipo fisico: farmaci, visite, terapie. Le sue urgenze in questo periodo sono la vaccinazione, che le permetterebbe di rompere l'isolamento, e il dentista.

Per il resto le basterebbe solo un po' di tranquillità in più nel rione, che è molto cambiato e presenta problematiche di ordine pubblico, e nel condominio, dove alcuni vicini fanno rumore e producono cattivi odori.

Molti di questi sono cambiati: non ci sono più quegli storici, alcuni sono stati ricoverati o sono morti. Non c'è nessuno in rione, che possa aiutarla in caso di necessità, né che lei possa aiutare, essendo invalida al 100%.

Ma oltre agli amici della Comunità ci sono comunque i servizi sociali, con i quali è in contatto per il FAP e per i rapporti con i vicini di casa, e i servizi sanitari territoriali, che all'occorrenza le inviano l'infermiera di zona e le hanno fornito dei plantari e un cuscino antidecubito.

In attesa di potersi vaccinare — è questo il suo più grande obiettivo — le sue giornate trascorrono prevalentemente in casa, dove la mattina cucina e riordina e il pomeriggio legge e guarda la tv: a causa dei problemi fisici e della mancanza di protezione contro il Coronavirus non può più andare a fare ginnastica né in parrocchia; di recente le è capitato anche di svenire e di essere portata in ospedale grazie al soccorso degli amici della Comunità di Sant'Egidio, ma per fortuna senza essere ricoverata.

La signora Giuseppa, per tutti Pina, ha 80 anni e da 8 vive in un alloggio Ater nel quartiere di Chiadino-Rozzol: è una zona piena di verde che le piace molto, anche se è lontana dal mare e in fatto di socializzazione non offre nulla.

Rimpiange i 10 bellissimi anni vissuti in via Madonizza, quando ancora suo marito era vivo, dove avevano dato vita a una vera e propria comunità: tutto era cominciato quando avevano sistemato il cortile interno, che poi era diventato il luogo ideale per delle cene comunitarie, occasioni per cementare lo spirito di buon vicinato.

In questa nuova casa non è stato così semplice, ma ora qualcosa è cambiato, soprattutto dopo l'arrivo nel suo stesso piano di una famiglia gentilissima con cui ha socializzato. Pina in ogni caso non è sola: ha tre figli e gli amici della Comunità di Sant'Egidio, in particolare Isabella e Faika e Aisha, due donne conosciute quando faceva il laboratorio di sartoria chiamato Peace Work.

Il cucito è sempre stato la sua grande passione, il desiderio che l'ha spinto a convincere il padre a mandarla a bottega a soli 10 anni e che poi si è trasformato in un mestiere esercitato prima a Parigi e poi a Torino, dove ha incontrato Domenico, che poi sarebbe diventato suo marito, anche lui sarto: insieme hanno fatto fortuna lavorando per Armani, fino a quando la malattia del figlio Enzo li ha costretti a interrompere l'attività e a tornare in Calabria, dove hanno ricominciato a cucire fino a quando sono andati in pensione e si sono trasferiti a Trieste per seguire la figlia Valentina, che qui aveva messo su famiglia.

Non è stata una vita facile quella di Pina, a cominciare dall'infanzia con un padre che la picchiava e una madre anaffettiva, ma fortunatamente il figlio Enzo è guarito e anche ora, in un periodo complicato per tutti, pur con dei problemi di salute e un intervento chirurgico da affrontare, non si è mai sentita sola: Nino, il figlio più giovane, va a pranzo e a cena da lei quasi ogni giorno e non l'ha abbandonata un

attimo neanche durante il lockdown. La preparazione dei pasti per accoglierlo dà anche un ritmo alle sue giornate, scandite dalla preghiera e dalle visite, ma anche dalla sua antica passione, il cucito, che ha saputo interpretare in chiave pandemica mettendosi a cucire mascherine per gli amici e per la Comunità di Sant'Egidio.

Si mantiene con una piccola pensione e non percepisce il FAP, non è seguita dai servizi sociali né dai servizi sanitari territoriali, ma è in cura presso l'ambulatorio specialistico di pneumologia dell'ospedale di Cattinara, che le ha sempre garantito i controlli anche durante l'emergenza sanitaria. Soffre per le limitazioni nelle relazioni e negli spostamenti dovute al Covid e spera di poter riprendere prima o poi l'esperienza del laboratorio di sartoria, che era in primo luogo un'occasione di incontro e socializzazione per le donne straniere venute in contatto con la Comunità. Ma spera soprattutto di non essere di peso agli altri.

[Pina]

auser

L'AUSER-Associazione per l'Autogestione dei Servizi e la solidarietà onlus è un'associazione che nasce più di 30 anni fa dallo SPI CGIL su iniziativa di Bruno Trentin con l'intento di promuovere l'invecchiamento attivo e di rispondere alla seguente domanda: Cosa facciamo fare a tutti questi giovani vecchi?

Prima del Covid a livello nazionale contava circa 300 mila iscritti con un meccanismo di tessera unica nazionale, ora sono scesi a 140 mila: un calo motivato dal fatto che molta dell'attività è di promozione sociale, per cui nel momento in cui l'attività è sospesa le persone non si iscrivono.

In Friuli Venezia Giulia prima della pandemia gli iscritti erano circa 10 mila, di cui 1700 a Trieste, dove l'affiliata più grande è l'Università della Libera Età, che conta 700 soci e svolge corsi di cultura, ginnastica, lingue, musica e organizza conferenze e incontri. Le altre affiliate sono l'aps "Percorsi Solidali", che si occupa di turismo culturale e promuove incontri e gite; il "Circolo Pino Burlo", che a San Giacomo può godere di un grande spazio all'aperto dato in

comodato d'uso dal Comune e può contare su circa 200 iscritti, a cui propone attività di aggregazione e turismo sociale; il "Circolo Pino Zahar", che a Rozzol Melara gestisce un piccolo bar e ha risistemato un campo da bocce, forma di intrattenimento ideale per gli anziani: fa trasporti sociali grazie a una convenzione con Asugi e porta avanti un lavoro collegato alla Microarea, è l'associazione che ha sofferto di più a causa della pandemia.

Quella di Trieste è un'Auser cittadina, da anni non ci sono più realtà affiliate ad Auser a Domio, Duino-Aurisina e Muggia. Nei piccoli centri ha un grande ruolo sociale e svolge molta attività di volontariato, mentre a Trieste predomina l'attività di promozione sociale. L'invecchiamento attivo si promuove attraverso l'apprendimento permanente che si nutre di conoscenza, incontri, socialità: in questo senso il recupero dei campi da bocce — secondo il presidente Roberto Ferri — sarebbe strategico.

Negli ultimi anni una delle difficoltà maggiori è stata quella di trovare ricambi: Auser, infatti, è stata sempre molto alimentata dallo Spi Cgil, ma i pensionamenti posticipati hanno diminuito la vena di disponibilità, a cui va aggiunto il timore di assumersi responsabilità gestionali, amministrative e legali e il fatto che un tempo l'amministrazione era tenuta in maniera semplice, mentre ora la complessità richiede l'uso di strumenti informatici e la conoscenza di nozioni amministrative. Il futuro sono le reti di collaborazione, ma il passaggio non è né semplice né automatico.

Roberto Ferri, presidente dell'Auser di Trieste, come già detto partner della ricerca-azione, rileva lo scarso impatto che l'associazione riesce ad avere su una realtà come Trieste, dove un limite è lo scarso numero di volontari e la difficoltà di aprirsi ai giovani forse per una forma di pigrizia culturale. A livello locale non si è mai affrontato il tema di come organizzare la vita degli anziani in città, anche se a livello nazionale la linea dell'Auser è sempre stata quella di fare in modo che la persona anziana possa restare a casa il più a lungo possibile.

associazione de banfield

L'associazione de Banfield è nata a Trieste nel 1988 a sostegno delle persone anziane fragili e di chi se ne prende cura con l'obiettivo di favorire la loro permanenza al proprio domicilio. A quel tempo — dichiara la direttrice Giovanna Pacco — non esistevano i distretti sanitari e l'integrazione socio-sanitaria non era ancora presente negli orizzonti istituzionali, ma lo era già nella nostra organizzazione, che sin dagli esordi ha cercato di realizzare una presa in carico integrata grazie a un'équipe coordinata da un'infermiera e da un'assistente sociale. Tutto ciò a partire dalla convinzione che la maggior parte dei problemi di una persona fragile sono di tipo sociale e non si può guardare alla piaga di decubito senza rendersi conto che il frigo è vuoto. Il vantaggio dell'essere un'associazione è rappresentato dal fatto di poter avere una visione più diretta sulle cose e di poter saltare tutta una serie di passaggi burocratici, che rappresentano un vincolo spaventoso per i destinatari dei servizi soprattutto in termini di tempo. Ancor oggi gli argomenti sono purtroppo gli stessi, l'integrazione è ancora lontana e il Covid ha peggiorato le cose.

Il grosso del lavoro di questa realtà, che attualmente ha 9 dipendenti, altrettanti collaboratori e novanta volontari ed è sostenuta prevalentemente da contributi privati, consiste nel fornire servizi di consulenza e orientamento ai caregiver: nella sede di via del Lavatoio ne passano circa 1700 all'anno, metà dei quali inviati dai servizi dell'Asugi e dai Servizi Sociali del Comune. Non si tratta di consulenze mordi e fuggi, ma di una vera presa in carico delle persone che richiede un'accurata analisi del bisogno, monitorato anche nel tempo. Per Pacco è fondamentale informatizzare i dati a disposizione e dividerli, perché soltanto in questo modo si può essere in grado di rispondere correttamente alle richieste e accorgersi dei nuovi bisogni, come ad esempio l'aumento della richiesta di ausili nel corso degli anni: de Banfield ne fornisce circa 1500 l'anno e durante la pandemia, per soddisfare più richieste e accelerare i tempi, si è ritrovata a dover fare a suo carico una convenzione con una cooperativa di trasporti. Nello stesso periodo è stato costruito anche un progetto di educazione motoria per venire incontro alla ridotta mobilità dovuta al lockdown ed è stato fatto partire un percorso online rivolto ai caregiver, in particolare a chi si prende cura di persone con Alzheimer.

Il servizio che si occupa di demenza e Alzheimer è stato istituito nel 1995, quando ci si rese conto che erano sempre di più le famiglie con necessità speciali dovute al prendersi cura di un malato di demenza e si decise di offrire loro dei servizi per

alleggerire il carico di cura, giungendo nel 2016 ad inaugurare Casa Viola, il primo centro di riferimento in Italia per i caregiver delle persone affette da Alzheimer o demenza.

Il caregiving è indubbiamente uno dei temi principali affrontati da quest'associazione, che in oltre trent'anni di attività ha sperimentato che purtroppo il vero welfare italiano si basa su famiglia e badanti: se crollano questi due pilastri, non c'è alternativa alle case di riposo. Tuttavia in Friuli Venezia Giulia, a differenza di altre regioni, non esiste ancora una legge a sostegno dei caregiver. Nel contempo il fondo nazionale di un milione e mezzo di euro previsto è stato stanziato senza però riflettere sui criteri di assegnazione dei contributi: secondo il nostro punto di vista, sostiene Pacco, è importante conoscere la platea e offrire servizi utili più che erogare contributi "a pioggia", come è fondamentale costruire un sistema di supporto al domicilio attraverso un lavoro di sostegno e formazione per aiutare familiari e assistenti familiari, ma anche agire sulla consapevolezza dei bisogni (molti caregiver non sono consapevoli del loro ruolo e non hanno strumenti per affrontare il futuro che li aspetta) e sulla sensibilizzazione della comunità.

A questo proposito qualche luce va evidenziata: il Comune di Muggia è diventato la prima Dementia Friendly Community della Regione, ovvero Comunità amica delle persone con demenza. Così come il museo teatrale "Carl Schmidl" e i punti vendita Coop, i cui dipendenti sono stati formati con l'obiettivo di rendere i luoghi più accoglienti, migliorare la disponibilità e l'attenzione verso le persone con demenza e i loro familiari ma anche verso qualsiasi persona in condizioni di fragilità.

Ombre invece sulla gestione durante il Covid: abbiamo riscontrato — conclude Pacco — una grave contrazione dei servizi non sempre giustificata; inoltre, dopo quanto accaduto nelle case di riposo, è tornata sì l'attenzione sulla domiciliarità, ma non accompagnata da una riflessione e dall'elaborazione di un pensiero concreto e migliorativo.

caritas

La Caritas «è l'organismo pastorale costituito dalla Conferenza Episcopale Italiana al fine di promuovere, anche in collaborazione con altri organismi, la testimonianza della carità della comunità ecclesiale italiana, in forme consone ai tempi e ai bisogni, in vista dello sviluppo integrale dell'uomo, della giustizia sociale e della pace, con particolare attenzione agli ultimi e con prevalente funzione pedagogica» (dall'art. 1 dello Statuto). In una parola è il modo concreto attraverso il quale la comunità cristiana si rende prossima alle persone fragili e alle situazioni di fatica e difficoltà. Fondata nel 1971 per volere di papa Paolo VI e opera di Giovanni Nervo nello spirito del rinnovamento avviato dal Concilio Vaticano II, ha come obiettivo prioritario quello di far crescere nelle persone, nelle famiglie, nelle comunità, il senso cristiano di solidarietà.

Sulla scia della realtà nazionale sono nate oltre duecento Caritas diocesane, impegnate sul territorio nell'animazione della comunità ecclesiale e civile e nella promozione di strumenti pastorali e servizi come i Centri d'Ascolto, gli Osservatori delle Povertà e delle Risorse, le Caritas parrocchiali e i centri di accoglienza: la Caritas Diocesana di Trieste è stata costituita il 25 luglio 1982, è radicata nel contesto sociale della Provincia di Trieste e da un lato promuove percorsi di inclusione sociale attraverso l'attivazione di servizi alla persona, dall'altro lavora sul versante della sensibilizzazione sui temi delle fragilità e dell'esclusione sociale attraverso lo studio di questi fenomeni. Non si occupa in maniera specifica di persone anziane, ma nei numerosi servizi attivi sul territorio incontra e intercetta anche numerosi anziani.

Nell'articolo che segue, scritto in occasione della Giornata internazionale delle persone anziane che si celebra il 1° ottobre, Vera Pellegrino, responsabile dell'Ufficio Studi Formazione e Promozione, scatta una fotografia della condizione dei vecchi a Trieste vista dal suo osservatorio e sottolinea che «non è aumentata la povertà degli anziani, ma la pandemia ci ha aiutato a mettere maggiormente a fuoco la solitudine, devastante, che vivono anche in condizioni economiche non a rischio le persone anziane e a intercettare le povertà nascoste. Da questo punto di vista» dichiara Pellegrino «si è dimostrato interessante il servizio attivato al Teresiano, dove in questo momento vengono accolte persone che escono dall'ospedale e per varie ragioni non possono tornare a casa: anche se la struttura non garantisce il massimo del comfort, gli ospiti sono soddisfatti perché possono riprendere le relazioni dopo l'isolamento. Oltre alla solitudine abbiamo inoltre riscontrato un diffuso disorientamento e un aumento della fatica nella gestione della quotidianità dovuta a questo nuovo contesto, connotato dalle restrizioni e dalla consapevolezza della continua esposizione al rischio. Se un'indicazione ci arriva dal vissuto degli ultimi due anni» conclude l'operatrice Caritas «è quella di lavorare di più sulle reti formali e informali e sull'intergenerazionalità, intesa come esperienza di scambio più che come offerta di aiuto.»

GIORNATA MONDIALE DELLE PERSONE ANZIANE 2021

“Povertà e solitudine degli anziani: l'impegno della Caritas di Trieste” di Vera Pellegrino

La pandemia e la conseguente crisi socio-sanitaria hanno fatto crescere l'attenzione verso la situazione e le condizioni di vita degli anziani. Le Caritas si sono trovate in prima linea per affrontare i problemi degli over 65, connessi prevalentemente a povertà e a solitudine.

La Caritas di Trieste ha rilevato una presenza consistente di anziani che sono stati supportati da vari servizi.

Gli aiuti per i bisogni alimentari degli anziani sono stati intercettati anche all'Emporio della Solidarietà, dove sono stati aiutati 171 anziani, alcuni dei quali hanno potuto ricevere la spesa a domicilio nel periodo del lockdown. La povertà alimentare estrema ha riguardato 15 anziani che si sono rivolti al Refettorio “Giorgia Monti” per un totale di 398 pasti.

È importante sottolineare come il lavoro dei servizi Caritas è sempre condotto in rete con vari enti del territorio come le parrocchie con le Caritas parrocchiali e le San Vincenzo, in stretta relazione con i Servizi Sociali del Comune.

Così è accaduto per il Centro di Ascolto diocesano “Sergio Peschier”, dove da gennaio 2020 a maggio 2021 sono state aiutate 161 persone over 65 di cui 89 (55,3%) donne e 71 (44,7%) uomini. Si tratta perlopiù di persone che vivono da sole (44%), mentre il 34% vive nel nucleo familiare e il 14,3% in famiglia di fatto. Gli anziani che si sono rivolti al Centro di

Ascolto hanno prevalentemente problemi di natura economica (reddito insufficiente, indebitamento) frequentemente associati a problemi di salute. Gli interventi richiesti sono stati mirati al pagamento di morosità per utente (66%) e per affitti (32,8%).

È da rilevare che per sostenere gli over 65 in situazione di disagio è stato attivato il progetto “Sinergie in circolo” con la collaborazione di ARIS (Associazione Ricerca Interventi Studi sull’Invecchiamento) e Fondazione Berta e Alfredo Giovanni Dorni che ha avuto il duplice obiettivo di seguire le persone nelle dinamiche di povertà ed esclusione sociale. In particolare le persone hanno fruito di interventi economici per pagare morosità e bollette, per combattere il sovraindebitamento, piaga diffusa per far fronte alle morosità e per supportare la rete familiare. È da evidenziare che le entrate medie dei beneficiari del progetto erano di 655,86 euro e le uscite di 537,12 al netto delle spese per l’alimentazione.

Tra gli obiettivi di “Sinergie in circolo” il contrasto alla povertà relazionale e quindi alla solitudine e alla povertà culturale in quanto spesso le persone non hanno la possibilità di accedere all’offerta culturale del territorio. Purtroppo a causa del Covid non è stato possibile attivare tanti servizi di socializzazione: infatti, anche quando le misure restrittive erano di minore entità, le persone non si sentivano comunque di uscire, sentendosi sempre a rischio di contrarre il coronavirus.

È stato però attivato un interessante servizio di valutazione psicologica sulla condizione delle persone anziane utilizzando la somministrazione di test specifici per testare la percezione del benessere, prendendo in considerazione gli aspetti emotivo-affettivi, le capacità cognitive e la percezione della qualità della propria vita. È noto che la psicopatologia negli anziani è un fenomeno crescente e probabilmente acuito dagli effetti della pandemia. Sono stati attivati percorsi di psicoterapia, un gruppo di elaborazione del lutto per la perdita dei familiari, corsi di riabilitazione cognitivi e percorsi di attivazione e volontariato.

Infine, tra i servizi è da annoverare il Numero Verde Ascolto (800.629.679), destinato non solo alle persone che si trovano in difficoltà economiche ma anche relazionali, per solitudine o per altri problemi scatenati o acuiti dalla situazione pandemica. Tra chi ha contattato i volontari del Numero Verde persone che avevano il desiderio di trovare qualcuno che li ascoltasse o facesse loro compagnia; spesso si è trattato di persone anziane sole che per qualche tempo hanno trovato una voce amica.

Le esperienze degli ultimi anni condotte dalla Caritas di Trieste e da tante altre Caritas in Italia sollecitano forse ad un rafforzamento del sostegno agli anziani, che oltre a prevedere aiuti per soddisfare i bisogni primari, si adoperi per sperimentare e sollecitare esperienze di comunità attive e generative, capaci di prendersi cura delle persone, di promuovere azioni intergenerazionali e ritessere reti relazionali fragili.

acli

Le Acli sono un'associazione di promozione sociale che promuove il lavoro e i lavoratori, educa e incoraggia alla cittadinanza attiva, difende, aiuta e sostiene i cittadini, in particolare quanti si trovano in condizione di emarginazione o a rischio di esclusione sociale. Anche le Acli, come la Caritas, non si occupano in maniera specifica di persone anziane, ma attraverso i numerosi servizi messi in campo (dai patronati ai Caf, dalle associazioni che tutelano le collaboratrici domestiche a quelle che si occupano di migranti) incontrano numerosi vecchi, anche e soprattutto nei circoli, i luoghi vitali dell'associazione, un riferimento costante per la gente, il Comune, la parrocchia: è qui che si intercettano i veri bisogni, ma dopo la pandemia le persone stentano a venire, sono disorientate, non sanno come fare, attendono che passi. A dirlo è Silvia Pontin, presidente del Circolo Acli di San Giacomo, che ospita anche la sede delle Acli Colf. Queste considerazioni non sono solo il polso di chi lavora sul campo, ma anche il risultato di un sondaggio realizzato durante il lockdown per appurare come stavano i soci.

Un altro frutto dell'ultimo periodo — ci racconta Pontin — è la scelta di avviare un'esperienza di domiciliarità innovativa in un immobile di proprietà di Lybra, la cooperativa sociale promossa dalle Acli che si occupa di inclusione sociale. Questa sperimentazione è riuscita a partire grazie al supporto delle Acli — attraverso il Patronato e Acli Colf — nell'individuazione dell'assistente familiare e a un lavoro di rete che coinvolge la Microarea, l'assistente sociale comunale di riferimento e il fisioterapista di Asugi.



NOTE AL CAPITOLO

31. Si tratta del progetto sperimentale descritto nel capitolo 6.

Riflessioni sul percorso fatto e proposte ...per continuare

Siamo alla conclusione di un percorso lungo e complesso, ricco, ma certamente non esaustivo, tra i servizi sociali e sanitari, le associazioni, le cooperative sociali, le aziende pubbliche e private, che nel Comune di Trieste (Ambito Sociale Territoriale 1.2) operano a favore delle persone anziane, per indagare sulle possibilità che queste hanno, nel concreto, di poter scegliere, quando diventano più fragili e più sole, di rimanere nella propria casa e nel proprio contesto di vita, in una condizione non di isolamento e di drammatica restrizione di possibilità, ma di scambi e opportunità. La Convenzione ONU sui diritti delle persone con disabilità, all'art. 19, sancisce il diritto delle persone con disabilità di «scegliere, sulla base di eguaglianza con gli altri, il proprio luogo di residenza e dove e con chi vivere» e di avere «accesso ad una serie di servizi di sostegno domiciliare, residenziale o di comunità, compresa l'assistenza personale necessaria per permettere loro di vivere all'interno della comunità e di inserirsi al suo interno e impedire che siano isolate».

Abbiamo operato in questi mesi interrogando e ascoltando le testimonianze dei responsabili e funzionari istituzionali e di aziende pubbliche e private, degli operatori sanitari, sociali e del Terzo Settore, dei volontari, ma anche delle stesse persone anziane e dei loro caregiver, la cui voce il progetto ha voluto mettere al centro attraverso incontri sul campo e interviste individuali e di gruppo, con l'obiettivo di cogliere progettualità e bisogni, di verificare l'adeguatezza dei dispositivi, l'attuazione dei percorsi dell'integrazione socio-sanitaria, le opportunità e i problemi in campo, mettendo a fuoco il punto di vista dei diretti interessati e le politiche e le strategie che informano le organizzazioni e le pratiche.

Sicuramente abbiamo incontrato una grande complessità di esperienze, una ricchezza di energie, di risorse, di progetti, di coinvolgimenti, di sinergie, ma anche evidenziato frammentazione, separatezze, principalmente la mancanza di un progetto unitario complessivo sugli anziani nel nostro territorio e di politiche integrate che lo sostengano.

La ricerca-azione si è svolta durante il periodo della pandemia e mentre scriviamo queste conclusioni Trieste, l'Italia, l'Europa, il mondo tutto è attraversato dalla quarta ondata, forse oggi in fase di remissione. Di nuovo il contagio ha messo in crisi le comunità, le economie, le scuole, le case di riposo, l'ospedale. Il sistema sociale e sanitario, che sconta in questo momento pure la diminuzione del personale, per contagio o sospensione per mancato vaccino, è sotto sforzo, anche se non è più ai livelli emergenziali dei primi mesi del 2020. Sempre più appare necessario, ma non comune, definire cosa abbiamo imparato da questa esperienza e come dobbiamo attrezzarci.

La pandemia ha mostrato con evidenza la crisi della residenzialità, in particolare riferita ai vecchi e ai grandi vecchi, e dei suoi fondamenti. Le residenze per anziani in tutto il territorio nazionale sono apparse in maniera manifesta come luoghi di rischio per gli anziani, luoghi di decadimento psico fisico (ISS 2021), a volte di abbandono, oltre che, in particolare nella prima fase

della pandemia, di morte. Tra il febbraio e il maggio 2020 l'ISS ha documentato che il 41,2% degli anziani morti nelle RSA era malato di Covid 19.

Ma cosa ha messo in luce la pandemia sulla domiciliarità? La casa cura, e questo era già noto, ma la pandemia lo ha messo più in evidenza. È nel territorio, mantenendo le persone fragili il più possibile al proprio domicilio e nel proprio habitat sociale, che si può maggiormente garantire qualità di vita, tutelare la salute e il benessere sociale. La casa cura, ma può essere anche una prigione di solitudine e miseria, non solo economica. La pandemia ha fatto emergere maggiormente le disuguaglianze che la vecchiaia poi accentua. Sappiamo che si invecchia in maniera differente a seconda del reddito, della cultura, del lavoro fatto, delle relazioni, dei contesti familiari e sociali. La casa cura, solo se e in quanto esiste un welfare comunitario a sostenere chi ha bisogno di supporto e di cura. Un welfare che raggiunge e sostiene anche chi ha più difficoltà a chiedere aiuto, ad avere accesso ai servizi.

La pandemia ha svelato pure le grandi criticità legate allo smantellamento in atto negli ultimi decenni della medicina territoriale e del welfare di comunità — in particolare in alcuni sistemi sanitari regionali come quello lombardo — quando invece è da sempre noto che le persone più fragili, con patologie di lunga durata, hanno bisogno di risposte territoriali e che la salute della popolazione è strettamente legata a numerosi fattori sociali di cui il sistema dei servizi socio-sanitari deve farsi carico. È stato evidenziato che più che una pandemia quella di Covid19 è una sindemia, cioè l'interazione tra la pandemia del Covid-19 e l'"epidemia" delle malattie croniche — patologie cardiovascolari, tumori, obesità, diabete — significativamente connesse a fattori e a disuguaglianze sociali: anche per questo è necessario un approccio consapevole delle disuguaglianze sociali e di salute, un "approccio sindemico" che guardi e affronti le interazioni tra le patologie e i fattori sociali, ambientali o economici (The Lancet, 26/9/20).

Il disinvestimento nel territorio a favore dell'ospedale e delle risposte residenziali si è rivelato enormemente problematico nell'emergenza pandemica. E, a pensarci bene, in cosa consiste l'emergenza? Come suggerisce Saraceno (2021) l'emergenza non consiste solo nella pandemia in sé: la debolezza del welfare territoriale con la quale la stiamo affrontando è da considerarsi parte integrante della stessa.

il PNRR

La pandemia, con la crisi della residenzialità e la strage dei vecchi, sembra aver costretto la politica finalmente a guardare, e tener conto, dei processi di esclusione sociale e di isolamento che interessano le persone anziane, fragili non solo in relazione a disabilità legate all'età e a patologie, ma tanto più perché fanno fatica a rimanere nel contratto e nello scambio sociale, perché indeboliti nella cittadinanza. Così recita il Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza, predisposto dal Governo italiano per accedere alle provvidenze del programma europeo Next Generation EU, che assegna all'Italia 191,5 miliardi: «La pandemia ha dimostrato quanto sia necessario prendersi cura della salute psicofisica delle persone anziane, le più vulnerabili, anche rispetto alle conseguenze della solitudine e dell'esclusione sociale» (Governo Italiano, 2021, p. 43).

A favore delle persone anziane non autosufficienti il Piano introduce diverse misure, interconnesse fra di loro, sia sul fronte del rafforzamento dei servizi sociali territoriali e della prevenzione dell'istituzionalizzazione (Missione 5), sia sul fronte del potenziamento dell'assistenza sanitaria territoriale (Missione 6).

In particolare la Missione 5 C2 individua gli ambiti di intervento, con i relativi budget, per il sostegno alle persone vulnerabili e la prevenzione dell'istituzionalizzazione degli anziani non autosufficienti, insieme ai percorsi di autonomia per le persone con disabilità. Obiettivo è quello di «intercettare e supportare situazioni di fragilità sociale ed economica» (p. 212) riferite alle persone con disabilità e agli anziani, a partire dai non autosufficienti. Prevede un rilevante investimento infrastrutturale, finalizzato alla «prevenzione dell'istituzionalizzazione attraverso soluzioni alloggiative e dotazioni strumentali innovative che permettano di conseguire e mantenere la massima autonomia, con la garanzia di servizi accessori, in particolare legati alla domiciliarità» (p. 209). Contempla l'emanazione della legge quadro per la disabilità e della riforma sui sistemi degli interventi a favore degli anziani non autosufficienti. È di questi giorni, fine gennaio 2021, l'emanazione da parte del Ministero del lavoro e delle politiche sociali della bozza di legge delega “Norme per la promozione della dignità delle persone anziane e per la presa in carico delle persone non autosufficienti”.

La Missione 6 C1, in particolare nell'Investimento 1.2 “Casa come primo luogo di cura e telemedicina”, prevede il potenziamento dei servizi domiciliari con l'obiettivo di aumentare «il volume delle prestazioni rese in assistenza domiciliare fino a prendere in carico, entro la metà del 2026, il 10 per cento della popolazione di età superiore ai 65 anni» (p. 228). Il testo ribadisce che le misure previste «sono in linea e rafforzano quanto promosso e previsto dagli investimenti 1.1 e 1.2 della Componente 2 della Missione 5» (p. 229). Conclude che «solo attraverso l'integrazione dell'assistenza sanitaria domiciliare con interventi di tipo sociale si potrà realmente raggiungere la piena autonomia e indipendenza della persona anziana/disabile presso la propria abitazione, riducendo il rischio di ricoveri inappropriati. Ciò sarà possibile anche grazie all'introduzione di strumenti di domotica, telemedicina e telemonitoraggio» (p. 229).

Anche l'Investimento 1.1 della Missione 6 C1, “Case della comunità e presa in carico della persona”, è importante per le persone anziane. Nell'illustrarlo il Piano parte dal sottolineare che «l'emergenza pandemica ha evidenziato con chiarezza la necessità di rafforzare la capacità del SSN di fornire servizi adeguati sul territorio. Non solo il processo di invecchiamento della popolazione italiana prosegue, ma una quota significativa e crescente della stessa, pari circa al 40%, è afflitta da malattie croniche» (p. 228). Il Piano prevede quindi la realizzazione di presidi socio-sanitari territoriali chiamati Case della Comunità, «punti di assistenza continuativa per la popolazione, in particolare per le persone fragili e gli anziani» (p.44), dove i diversi servizi sanitari e sociali dovrebbero trovare coordinamento e accessibilità. La bozza delle Linee Guida AGENAS (2021) incardina le Case della Comunità nei distretti sanitari.

Gli interventi coordinati fra Missione 5 e 6 del PNRR si possono configurare così come “una riforma organica” (p. 212) che prevede la semplificazione dei percorsi di accesso alle prestazioni, mette al centro la presa in carico multidimensionale ed integrata degli anziani non autosufficienti, attraverso un rafforzamento dei servizi territoriali di domiciliarità, nell'ottica del contrasto all'istituzionalizzazione.

Il PNRR prevede pure che, nei casi in cui la permanenza nel contesto familiare “non è più possibile o appropriata” per la persona anziana, le strutture residenziali, in una progressiva riqualificazione, devono garantire una “vita dignitosa”. Va certamente tenuto presente che ciò che rende la permanenza a casa “non possibile” o “non appropriata” è il contesto sociale e dei servizi in cui la persona è inserita.

Il PNRR rappresenta una grande opportunità per una azione integrata fra gli Ambiti Sociali Territoriali, le Aziende Sanitarie e l'Edilizia pubblica per prevenire e contrastare l'istituzionalizzazione delle persone anziane, assicurando la semplificazione dei percorsi di accesso ai servizi, il rafforzamento dei servizi e percorsi di domiciliarità.

Vanno quindi predisposti progetti coordinati ed integrati tesi a questi obiettivi che avvino trasformazioni strutturali e culturali, integrate fra tutti gli enti e soggetti del territorio, tenendo conto che il permanere a

casa della persona anziana, anche non autosufficiente, ha più a che fare con i contesti sociali e istituzionali e i supporti che offrono che con la gravità delle patologie.

Trieste e l'assistenza delle persone anziane

Trieste, città con un'altissima percentuale di persone anziane, più del 28% della popolazione, ha un'importante rete di servizi sanitari e socio-sanitari territoriali a favore degli anziani, potenziata anche dall'innovativo Programma Habitat Microaree, per lo più tarato sulla presa in carico domiciliare, sulla prossimità, sulla continuità ospedale territorio. Ha insieme una significativa rete di residenze pubbliche e private per anziani, in tutto 72, che ricoverano circa 3000 persone, per lo più, ma non solo, non autosufficienti. Presenta esperienze importanti di domiciliarità inclusiva, avviate da Enti pubblici in convenzione con cooperative sociali e aziende pubbliche, e servizi di teleassistenza domiciliare affidati dall'ente pubblico a un'azienda privata specializzata. Sono attive in città numerose associazioni e gruppi informali che sostengono e sono solidali alle persone anziane più fragili. Trieste è stata avamposto nel superamento del modello residenziale e del posto letto, con la "invenzione" di servizi e risposte territoriali nella presa in carico delle persone con disturbo mentale e con l'attivazione di distretti socio-sanitari, radicati nel territorio, per la presa in cura delle persone con patologie di lunga durata. Tale processo di superamento non ha ancora investito in maniera strutturale e culturale l'area dell'assistenza alle persone anziane.

Ma pure va sottolineato che, in questi ultimi anni, il sistema dei servizi sanitari e socio-sanitari si presenta, anche nelle testimonianze degli operatori, indebolito negli investimenti di risorse e di progettualità, quando non messo in crisi nei paradigmi fondanti.

Per affrontare i bisogni delle persone anziane nella nostra città è necessaria l'elaborazione di un progetto unitario che veda insieme il Comune, l'Azienda Sanitaria, le Aziende Pubbliche per i Servizi alla Persona, l'Ater, il privato sociale, le associazioni, le aziende private che operano in quest'area, proponendo Trieste come laboratorio di pratiche innovative a favore delle persone anziane, anche non autosufficienti, e di contrasto alla residenzialità.

le case di riposo

Le circa 3 mila persone anziane ricoverate nelle case di riposo ci dicono che siamo lontani dall'aver superato il modello residenziale. Se pur le case di riposo pubbliche e private — per la maggior parte riqualificate negli anni negli habitat, nell'organizzazione e gestione — ormai, anche a seguito del lavoro territoriale dei Distretti e dei Servizi Sociali, ricoverano per lo più gli anziani solo negli ultimi anni di vita, ancora hanno un numero alto di posti per anziani autosufficienti. Se si contano solo i posti nelle cinque strutture dedicate a questi ultimi, sono 127, se a questi si aggiungono i posti per autosufficienti collocati in altre residenze si superano i 200.

Tanto più le case di riposo rappresentano spesso la risposta ordinaria, quando la persona diventa non autosufficiente, e nella cultura cittadina rimangono la "soluzione di riferimento", l'istituzione nella nostra testa.

Succede che i servizi, a volte i familiari e in rari casi le persone anziane stesse con l'idea di "non voler disturbare", ritengano che, quando la fragilità aumenta, la casa di riposo sia la soluzione migliore, anche perché è la meno impegnativa per tutti: nessuno deve prendersi particolari responsabilità. Succede che quando una persona anziana presenta problemi di salute rilevanti e viene ricoverata in ospedale, dopo un periodo in RSA, soprattutto se vive sola e non ha molte risorse, viene indirizzata verso la casa di riposo, a volte, come abbiamo raccolto nelle interviste, dagli stessi medici ospedalieri. Spesso sono fattori di ordine economico che indirizzano verso il ricovero in casa di riposo: è prevista l'integrazione retta comunale nel caso in cui la persona e i suoi familiari non possano pagare la parte della retta a carico dell'utente, in aggiunta ai fondi del Servizio Sanitario Nazionale previsti specificatamente per la residenzialità.

Ricordiamo che sono i Livelli essenziali di assistenza (LEA) a garantire per le persone non autosufficienti finanziamenti del Servizio Sanitario Nazionale limitati alle soluzioni residenziali, sebbene siano gli stessi LEA a prevedere di privilegiare gli interventi che favoriscono la permanenza delle persone assistite al proprio domicilio «attraverso l'attivazione delle risorse disponibili, formali e informali» (Art. 21).

La pandemia, anche a Trieste, ha aperto squarci ed evidenziato criticità in maniera significativa sulla residenzialità per le persone anziane. Nella prima fase — primi mesi del 2020 — è esplosa la situazione dei contagi degli anziani nelle case di riposo, in alcuni casi senza che si fosse attrezzati per gestirla, a cui è seguita la sconcertante proposta istituzionale dell'allestimento della "nave dei vecchi", fallita perché osteggiata dalla città. Le persone morte con diagnosi di Covid nelle case di riposo a Trieste nel 2020 hanno raggiunto il 61% del totale dei morti con questa stessa diagnosi, scendendo nei primi dieci mesi del 2021 al 22%, dopo la massiccia vaccinazione dei vecchi delle case di riposo. E ancora la situazione pandemica ha messo in evidenza, ove ce ne fosse stato bisogno, la precarietà, quando non il degrado, di piccole case di riposo, poste in appartamenti non adeguati, sovraffollate, poco organizzate, e come uno dei tecnici intervistati ha sottolineato, prive di una "cultura sanitaria e di professionalità".

Dalle interviste agli operatori dei Distretti si è evidenziato peraltro che durante la pandemia, anche in collegamento con il blocco dei ricoveri nelle case di riposo, in relazione a persone non autosufficienti, sono state sperimentate con maggiore tempestività e flessibilità rispetto al passato soluzioni virtuose di presa in carico domiciliare alternative all'istituzionalizzazione.

I progetti di prevenzione e contrasto all'istituzionalizzazione degli anziani, anche non autosufficienti, devono prevedere un piano di riconversione delle risorse dall'istituzione residenziale verso i processi di domiciliarità.

A Trieste i progetti già in campo di alternative all'istituzionalizzazione devono essere implementati all'interno di un processo di riconversione del budget dalla casa di riposo verso la domiciliarità, già avviato dalla Regione in parziali sperimentazioni.

Vanno valorizzate e portate a regime le modalità flessibili e tempestive di costruzione di soluzioni domiciliari alternative alla residenzialità sperimentate durante la pandemia.

rimanere nella propria casa

Le persone anziane chiedono di rimanere a casa e nel loro contesto di vita: la casa rassicura, la casa cura. A Trieste le persone anziane sembrano avere a disposizione servizi e dispositivi istituzionali indirizzati a favorire questa scelta, ma quanto poi questa possibilità è agevolata e favorita nel reale, in particolare se la persona vive sola, ha un contesto familiare fragile o assente, ha un reddito basso? La strada per restare nella propria casa e vivere dignitosamente, quando la persona diventa più fragile, anche in relazione a malattie, è piena di ostacoli. Mettendoci nei panni della persona anziana e tenendo conto di quanto raccolto nelle interviste, evidenziamo alcune criticità che questa incontra nel rapporto con i servizi. Prima di entrare in situazioni specifiche, va ribadito che l'area dell'assistenza alle persone anziane, in particolare non autosufficienti, è una delle aree principe in cui si sviluppa l'integrazione socio-sanitaria. Solo all'interno di una forte integrazione ed interconnessione tra i servizi sociali e sanitari e con l'apporto delle organizzazioni del Terzo Settore e del volontariato è possibile il "rimanere a casa" della persona anziana fragile o non autosufficiente. Come dice la recente bozza del Piano nazionale della non autosufficienza (Governo italiano, 2022), nella presa in carico e nella valutazione multidimensionale delle persone anziane non autosufficienti deve rimanere la titolarità del servizio pubblico, ma nell'attuazione dei progetti di assistenza individualizzati è possibile prevedere forme di partenariato del pubblico con enti del Terzo Settore e la collaborazione con le risorse del volontariato informale di prossimità.

Il servizio sociale del Comune per gli anziani, dal 2014, pur rimanendo nell'operatività suddiviso per aree territoriali è stato centralizzato per quanto riguarda la sede, che è unica, in una zona centrale della città, quindi lontano dalla casa di molti anziani, a volte proprio dai più fragili.

In ognuna delle quattro aree distrettuali è attivo il Punto unico integrato anziani (PUI), sportello unificato di accesso socio-sanitario, in cui operano un assistente sociale comunale e un infermiere del Distretto Sanitario, luogo d'accoglienza per una prima valutazione del bisogno e consulenza socio-sanitaria. Ma con l'esplosione della pandemia gli sportelli del PUI sono stati chiusi al pubblico e ancora non hanno riaperto: gli operatori sociali e sanitari lavorano separatamente nelle proprie sedi venendo meno quindi un importante momento di integrazione socio-sanitaria.

I servizi sociali del Comune forniscono, in gran parte tramite cooperative sociali, assistenza domiciliare, pulizia, pasti, che l'anziano paga in base alle condizioni economiche, secondo l'ISEE, e sono gratuiti per le persone con ISEE più basso. Ma non vengono erogati prima della presentazione dell'ISEE, quindi sono previsti tempi di attesa più o meno lunghi, anche in relazione alla capacità dell'anziano di procurarsi il documento.

L'assistenza domiciliare copre poche ore a settimana, nei casi più gravi al massimo 3 ore al giorno, insieme ai pasti a domicilio e alle pulizie periodiche. Quando i bisogni della persona aumentano e le ore dell'assistenza domiciliare non bastano o si può ricorrere all'assistenza privata o si lascia la propria casa.

Il FAP, fondo per l'autonomia possibile, è un importante strumento della Regione Friuli Venezia Giulia a favore delle persone con problemi di non autosufficienza, che permette di pagare l'assistenza domiciliare in privato, ma presenta pure alcune criticità. Ha massimali che non consentono un'assistenza sulle 24 ore, se non si hanno altri redditi oltre alla pensione minima.

Inoltre richiedere il FAP, come trovare, assumere, pagare una badante, sostituirla quando è in ferie, rendicontare il FAP, è un'operazione complessa per una persona anziana sola che non ha qualcuno che la aiuti. L'anziano si può rivolgere a una cooperativa, ma in questo modo i costi aumentano e inoltre, come emerge in alcune testimonianze dei protagonisti, non sempre da parte delle imprese c'è attenzione al rapporto tra la persona assistita e chi la assiste. Certo la persona con problemi di non autosufficienza può avere assegnato dal Tribunale un amministratore di sostegno, ma con tempi non immediati, e senza nessuna certezza che quest'ultimo intenderà privilegiare le soluzioni domiciliari. Non da ultimo il FAP non è retroattivo e i tempi per l'assegnazione possono superare i 6 mesi.

Il contributo INPS di indennità di accompagnamento, circa 520 euro mensili, a cui ha diritto una persona anziana, dichiarata invalida totale, solo se incapace di compiere gli atti quotidiani della vita, necessita di una certificazione del medico di base che costa fra i 50 e i 150 euro, solo alcuni medici non richiedono compenso.

Se si vive in una casa dell'Ater, ogni due anni c'è da fare il censimento, che prevede l'ISEE. Il censimento si può fare da soli online, ma spesso una persona anziana non ha gli strumenti e le competenze per farlo.

Strumento importante, in caso di situazioni urgenti, è il Pronto Intervento domiciliare (PID), regolato da un protocollo integrato fra Comune e Azienda Sanitaria che permette al servizio sociale comunale di attivare rapidamente, senza attendere il modello ISEE, i servizi domiciliari, come anche alcuni posti letto per accoglimento temporaneo nelle strutture comunali.

Quando i bisogni della persona anziana sono complessi, anche in relazione a pluripatologie, il Distretto sanitario garantisce la presa in carico e il supporto dell'anziano, come emerge dalle interviste dei dirigenti responsabili, in un modello orientato alla flessibilità, alla presa in carico globale, alla continuità assistenziale, alla tempestività e all'integrazione con gli altri Enti. Il servizio infermieristico domiciliare, che si fa carico principalmente di persone con patologie di lunga durata, è attivo 7 giorni su 7 h24. Fondamentale in una cornice di presa in carico globale della persona è il Budget di salute, dotazione integrata di risorse economiche, professionali e umane finalizzate ad attivare, anche in tempi brevi, un progetto individualizzato di presa in carico, sostegno, inclusione. Il Budget di salute, attivato dal servizio sanitario, ha proprio come finalità quella di innescare e sostenere un processo integrato che coinvolga attivamente più servizi e soggetti, compresa la persona stessa, la famiglia, la comunità. Nella pandemia è stato molto utilizzato ed efficace ed è stato poi particolarmente importante per i Distretti poter disporre del budget di salute urgente, strumento innovativo e sperimentale, utilizzato per evitare ricoveri impropri di persone anziane che si rivolgono al Pronto Soccorso. Con il Budget di salute urgente, entro tre ore dalla domanda, può essere attivata una assistenza domiciliare con una cooperativa convenzionata.

Ma la casa a volte può diventare per la persona anziana una prigione, quando per esempio si abita ai piani alti di una casa senza ascensore, o quando si rimane troppo soli, nell'ozio e nel silenzio assordante. La condizione drammatica della solitudine, dell'assenza di relazioni e scambi familiari, amicali, di vicinato è stata nelle testimonianze delle persone un tema centrale, che vede nelle morti solitarie la sua massima espressione. Ritorna allora il tema del portierato, della badante di condomino, della promozione di coesione sociale e dell'auto-aiuto, segnalato come strategico da diversi dei tecnici intervistati.

In questo quadro, come evidenziato dai servizi, dai cittadini interessati e dalle associazioni nelle interviste, sembrano ricoprire un ruolo importante in particolare per gli anziani le Microaree, in cui peraltro la presenza degli stessi è particolarmente elevata, per la funzione di antenna dei bisogni e delle risorse, l'azione di attivazione e intermediazione con e tra i servizi socio-sanitari, di segnalazione e monitoraggio delle situazioni di maggiore fragilità, ma anche di promozione di scambi sociali. Le Microaree attraverso il/la referente, ma anche attraverso i volontari, i tirocinanti, gli stessi abitanti, mantengono un rapporto di continuità e di prossimità con le persone anziane e i loro contesti attraverso visite, telefonate, uscite, attività, forniscono loro supporto personalizzato e sviluppano intrecci di relazioni e di aiuto. Quando è esplosa la pandemia le e i referenti delle Microaree sono state in alcune aree fra i pochi operatori che hanno continuato a lavorare nel territorio, in presenza.

In questo senso è rilevante anche l'impegno delle associazioni che lavorano sul campo, nella prossimità. Ci riferiamo alle pratiche dei volontari di Sant'Egidio, che più abbiamo conosciuto ed indagato, ma non solo, certamente fondate sulla

costruzione di legami reciproci di amicizia, oltre che di risposta ai bisogni primari dei soggetti, che riguarda un numero esiguo di persone anziane certamente, ma allude a una utopia di sorellanza alla base di una comunità solidale.

Diverso, perché erogato da una azienda profit e perché incentrato sulla “teleassistenza domiciliare”, il lavoro di Televita a fianco delle istituzioni e a supporto degli anziani utenti dei servizi sociali e sanitari, nelle telefonate quotidiane, nella capacità di attivare risposte su più piani e tempestive ai problemi nell’urgenza. Va sottolineato che tale esperienza, competente e radicata, già avviata dal 1992, insieme alla sperimentazione di telemonitoraggio dei parametri vitali di pazienti con patologie neurologiche, avviata dal 2020, assume centralità oggi anche in relazione agli indirizzi in tal senso del PNRR.

Nella pandemia le difficoltà per la persona anziana si sono amplificate e hanno messo in evidenza criticità già esistenti. In particolare, le procedure ordinarie dell’integrazione socio-sanitaria sono saltate e sono diventati più rari gli incontri fra gli operatori dei diversi servizi che hanno in carico una stessa persona e con la persona stessa e i suoi caregiver. Nelle interviste fatte ai responsabili comunali e ai direttori di Distretto, da ambedue le parti è stato denunciato un calo importante del lavoro integrato senza una ripresa.

Il Servizio Sociale Comunale con l’esplosione della pandemia ha scelto di limitare al massimo le interazioni faccia a faccia sia fra operatori che con l’utenza, seppur senza eliminare quelli che sono stati considerati servizi indispensabili anche domiciliari.

Il lavoro territoriale e ambulatoriale dell’Azienda Sanitaria in alcune situazioni si è indebolito, in quanto molte energie hanno dovuto essere spostate tempestivamente verso le attività richieste dall’emergenza sanitaria, in particolare nelle case di riposo.

Ma pure sono stati attivati dagli Enti numeri telefonici di riferimento ed è stata potenziata la teleassistenza. Sono state attivate delle procedure online per richiedere alcuni aiuti, ma per molte persone anziane queste sono inaccessibili.

La persona anziana, per rimanere a casa, in particolare se fragile, senza reti familiari e non autosufficiente, ha bisogno di servizi sociali e sanitari di prossimità, proattivi, interconnessi ed integrati, su un arco ampio di ore nella giornata, fino a 24, tutti giorni della settimana. Per rendere concreti i progetti di domiciliarità, sono necessarie integrazioni economiche pari almeno a quelle previste per il ricovero in casa di riposo, a parità di condizioni di disabilità. Va riconosciuto ed esteso il dispositivo delle Microaree come contrasto all’ospedalizzazione, all’istituzionalizzazione, motore di connessione tra la persona e i servizi del territorio, e tra i servizi fra loro, per la promozione di aiuto, sostegno, solidarietà tra gli abitanti della stessa casa, dello stesso caseggiato, dello stesso territorio. Il lavoro del privato sociale, sostenuto e accompagnato dal pubblico, deve confermarsi come orientato a produrre diritti, senso e valore sociale per i soggetti fragili, in una ricerca di bene comune non solo business oriented.

Vanno analizzate le modalità operative dei servizi durante la pandemia, le misure e i dispositivi interrotti o sottoutilizzati come quelli attivati, per valutare il loro impatto sulla salute e il benessere delle persone anziane e nell’organizzazione dei servizi, onde scegliere in maniera critica come procedere.

Pure le persone anziane non autosufficienti e con difficoltà di contesto possono trarre vantaggio nel condividere con altri una casa in cui essere supportati nelle esigenze della vita quotidiana, scambiare relazioni e affetti, vivere nel quartiere. Trieste vanta sperimentazioni importanti di domiciliarità innovativa a favore di persone anziane con differenti gradi di non autosufficienza. Quando parliamo di domiciliarità innovativa facciamo riferimento a “case” e a processi tesi a costruire un contesto dotato di senso e contrattualità per le persone, non deprivato da relazioni e legami, che non riduce la domiciliarità solo alla «sfera dell'interno, poiché questo comprometterebbe gravemente la possibilità di star bene, di restare cittadino della propria Comunità» (Scassellati, Sforzolini, Galetti, 2013). Come abbiamo visto, le prime esperienze di domiciliarità innovativa per persone anziane sono state attivate a Trieste nel 2007 a partire dai Distretti sanitari 2 e 3, in collaborazione con l'Ater. Il processo di abitare inclusivo — domiciliarità innovativa e abitare possibile — è stato poi normato dalla Regione e si è consolidato con le DGR n. 1624 e 1625 del 2019, che prevedono il convenzionamento tra Comune, Azienda sanitaria e soggetti titolari pubblici e privati senza scopo di lucro.

A dicembre 2021 a Trieste, oltre ai due appartamenti di coabitazione creati nel 2007, sono attive quattro case di domiciliarità innovativa per gli anziani, ognuna dove vivono al massimo cinque persone. Tre di queste case sono state da tempo attivate e vengono positivamente gestite dalla Cooperativa sociale Amico e la quarta è stata recentemente avviata dalla Cooperativa sociale Lybra. C'è inoltre una esperienza di “abitare possibile” per 10 anziani gestita dalla Asp Pro Senectute.

Vanno anche considerati come opportunità di abitare supportato e relazionato gli appartamenti di Casa Rusconi, con 19 mini alloggi non tutti occupati, fra i quali alcuni domotici, gli 8 appartamenti indipendenti ricavati nella struttura residenziale dell'Itis e il Condominio Solidale, inaugurato nel 2014, con 18 appartamenti di cui due terzi dedicati a persone anziane.

Tutte queste esperienze sono significative e indicano una strada possibile per anziani fragili o non autosufficienti. Mostrano che le alternative alle case di riposo sono possibili e permettono una qualità della vita dignitosa e relazionata. Rientrano negli obiettivi dichiarati dal PNRR di contrasto all'istituzionalizzazione e possono essere modelli di riferimento. Come pure rientrano nelle situazioni definite dal Piano per la non autosufficienza come “nuova domiciliarità”, forme innovative di coabitazione solidale domiciliare per persone anziane, realizzate presso case, case famiglia, gruppo famiglia, condominio solidale.

Ma pure va detto, come hanno sottolineato i responsabili degli Enti e della cooperazione sociale, che sono attualmente tutte esperienze inaccessibili per chi ha un reddito basso. Inoltre queste esperienze devono essere monitorate sempre con attenzione in modo da non far scadere nella routine del vivere quotidiano la qualità dell'assistenza, la motivazione degli operatori, l'attenzione agli scambi nella casa e nella comunità. Abbiamo riscontrato che alcune di queste esperienze, come appare dalle voci dei loro abitanti, in particolare quando non garantiscono la qualità e la continuità del lavoro di operatori di riferimento, stanno subendo negli anni una qualche involuzione, in relazione alla diminuzione dei momenti di socializzazione, di promozioni di attività, a volte di supporto alla vita quotidiana. Quello che è emerso con forza dalla voce delle persone anziane è che queste soluzioni sono state da loro scelte proprio per rispondere a questi bisogni.

Le esperienze di domiciliarità innovativa e abitare supportato e relazionato, in particolar modo quando caratterizzate da un costante impegno a coltivare attorno ad esse un contesto di scambi sociali, rappresentano percorsi di qualità alternativi alla istituzionalizzazione anche per le persone con importanti problemi di disabilità e non autosufficienza.

Attualmente sono limitate ad un numero esiguo di persone, non sono accessibili ai cittadini meno abbienti e nei fatti non possono essere lette come il dispositivo alternativo e sostitutivo alla istituzionalizzazione.

Questo appare in relazione a resistenze culturali ma tanto più di allocazione di risorse. La nuova sperimentazione introdotta dalla recente delibera di Giunta Regionale, 1610 del 22 ottobre 2021 di “domiciliarità comunitaria”, che finanzia con budget di salute integrato fra parte sociale e sanitaria il sostegno a domicilio di persone anziane in condizione di non autosufficienza, va nella direzione giusta e quindi va sorretta e implementata, ma il processo per una domiciliarità inclusiva e partecipata per tutti necessita di un piano più complessivo e radicale.

Va sempre sottolineato che lo sviluppo di una domiciliarità innovativa necessita di essere correlato, come afferma pure il PNRR, con un sistema di servizi socio-sanitari territoriali di prossimità tarati sulla presa in carico domiciliare.

Avviandoci a concludere, vogliamo soffermarci su alcune parole chiave che la ricerca-azione ha messo in evidenza. Parole antiche che oggi, con la pandemia, tornano e si diffondono, che riteniamo bisogna rivisitare per non costruire ambiguità e per collocarsi. Avviamo su queste parole solo alcune riflessioni, anche a partire dalle esperienze maturate in questo percorso. Senza tralasciare il fatto che non abbiamo potuto approfondire alcuni aspetti, pure significativi. Certamente prioritario è quello delle condizioni e delle contraddizioni del lavoro di chi opera nell'assistenza alle persone anziane non autosufficienti, tema complesso che necessiterebbe di un lavoro specifico. Nella ricerca-azione abbiamo ascoltato voci di operatori e operatrici, assistenti alle persone, parlare con grande coinvolgimento del loro lavoro, esprimendo una ricchezza di rapporto umano e professionalità, ma pure è rimasta sullo sfondo la complessità, e a volte la solitudine del loro lavoro, che la pandemia ha accentuato, i ritmi pesanti, la situazione contrattuale, la formazione, che avrebbero necessitato di peculiare attenzione.

deistituzionalizzazione

Ancora c'è bisogno di deistituzionalizzazione, contro le istituzioni totali per le vite di scarto che l'attuale sistema politico e sociale produce. La deistituzionalizzazione peraltro o è un processo continuo o ritorna come neo-istituzionalizzazione. Non si tratta solo di ridurre i posti nelle istituzioni, ma di produrre una radicale messa in discussione del posto letto e dei suoi fondamenti, come di dare valore, senso, parola, cittadinanza ai soggetti. Riteniamo che vanno superate le forme di coesistenza di istituzioni totali e esperienze di domiciliarità. La persistenza di una istituzione totale rappresenta il permanere della logica dello scarto e della custodia. Fino a quando esiste l'istituzione totale questa vince su qualsiasi organizzazione alternativa.

Pure crediamo che in alcune situazioni, di grave disabilità e fragilità dei contesti, anche istituzionali, non sia possibile la permanenza a casa di alcune persone anziane. Vanno quindi immaginati e costruiti luoghi di accoglienza che rispondano a tali situazioni, senza mai riprodurre i meccanismi dell'istituzione totale.

Abbiamo visto peraltro che anche fuori dall'istituzione totale, nel territorio, ci possono essere muri che separano e chiudono: nei servizi, quando si irrigidiscono i ruoli, le gerarchie, le procedure e si perde di vista il mandato di rispondere ai bisogni della popolazione; nelle case, quando diventano luoghi di isolamento e solitudine; nella comunità stessa, quando invece di includere esclude; nelle nostre teste, quando pensiamo che niente possa cambiare.

È sempre necessario assumere, a partire dalle istituzioni del welfare, uno sforzo di deistituzionalizzazione permanente, intesa come costante tensione a mettere in discussione i propri pur necessari schemi abituali per aprirsi alla complessità e dinamicità dei bisogni e dei contesti. Oggi più che mai, perché la pandemia, mettendoci con forza di fronte all'incertezza e alla complessità, richiede un approccio globale e complessivo, che non tema la consapevolezza di ciò che non sappiamo e sia sempre aperto all'altro e al nuovo, evitando di cristallizzarsi in ricette standardizzate.

Una parola d'ordine, proposta dall'OMS, si sta affermando: *preparedness*, “preparazione”, che, a differenza della prevenzione, che si applica a rischi noti, richiama un'idea di prontezza e resilienza rispetto a “minacce” sconosciute. Ota de Leonardis (2021) suggerisce che *preparedness* può significare un atteggiamento di cura dei contesti lesionati o a rischio di esserlo, di riproduzione della vita non solo umana, di sostegno alle capacità diffuse di far fronte alle emergenze e ai processi di riparazione. E, come mostrano Bifulco e Centemeri (2020), l'idea di *preparedness* richiede istituzioni capaci di agire nei territori al di fuori delle soluzioni tecniche standard, richiede istituzioni quindi capaci di tendere alla deistituzionalizzazione.

prossimità

Il termine *prossimità* ha assunto centralità negli ultimi tempi, evocato pure nei documenti ministeriali e nel PNRR. Ma cosa si intende? Non si tratta solo di una vicinanza fisica al luogo di vita e alle persone di cui ci si occupa, ma ha a che vedere con i dispositivi organizzativi dei servizi, con l'accessibilità e l'apertura anche, ma non solo, in termini di ore e di giorni, con la selezione o non selezione della domanda, con gli stili operativi. Non c'è *prossimità* senza accessibilità, senza proattività, senza continuità di presenza in un territorio.

Prossimità è anche una vicinanza relazionale, apertura all'ascolto di tutto ciò che le persone e il loro contesto, esprimono, capacità di abbattere muri e ruoli difensivi. La *prossimità* intesa in questo modo ha a che fare con la democrazia, e in particolare la “democrazia profonda” (Appadurai, 2011; de Leonardis, 2011), una democrazia non solo formale ma praticata nel concreto dei servizi del welfare, del loro rapporto con i cittadini, della vita sociale, dove la voce dei più fragili conta e dove questi, esercitandola con l'uso, acquisiscono la “capacità di aspirare” a condizioni di vita migliori. E per questo la ricerca-azione ha messo al centro le voci delle persone anziane, fruitrici dei servizi.

La crisi pandemica ha reso indispensabile il distanziamento fisico per contrastare i contagi, ma questo è andato troppo spesso di pari passo con il distanziamento sociale e istituzionale. E tanto più abbiamo evidenziato che questo è avvenuto quando le forme organizzative del servizio non sono fondate sulla *prossimità*. La tensione è tesa a far sì che i servizi territoriali, comprese le Case della Comunità previste dal PNRR, non siano solo collocati nella comunità, ma si aprano alla comunità, supportandola e sviluppando legami di comunità.

comunità

Comunità è una parola che abbiamo incontrato e utilizzato frequentemente nel percorso. Non perché pronunciata dalle persone anziane che abbiamo incontrato, che non la utilizzano e parlano invece di famiglia, o di singole persone o specifici punti di riferimento loro vicini.

È una parola che si trova piuttosto negli indirizzi politici e amministrativi, nelle parole d'ordine di alcuni dei progetti che abbiamo analizzato, nell'identità di alcune associazioni, nel linguaggio dei tecnici e degli operatori che abbiamo intervistato, nel nostro stesso linguaggio, a volte semplicemente utilizzata come sinonimo di territorio o di collettività. Noi la usiamo piuttosto facendo riferimento all'interconnessione e interdipendenza fra soggetti, singoli e diversi, che abitano un territorio, ponendo l'accento sulla relazione fra i soggetti e le istituzioni, ma anche i gruppi formali e informali, il privato. Riconoscendo il valore di risorsa ad ognuno e la necessità di averne cura come bene comune.

Gli interventi di lunga durata per persone con patologie di lunga durata, gli interventi riferiti ai vecchi, in particolare se poveri e meno garantiti, rappresentano un terreno privilegiato di lavoro, sociale e sanitario, dove sperimentare la sfida di un'assistenza centrata sulla persona e una democratizzazione dell'assistenza che non può se non avere come contesto e come

alleato la comunità. Un'assistenza che si declina nel territorio di cui conosce e utilizza le risorse, che sviluppa connessioni e sinergie, in cui il posto letto, ospedaliero o residenziale, non è mai al centro, ma semmai solo sullo sfondo per un ricorso eccezionale o temporaneo.

La comunità esiste e prende forma in maniera inclusiva e di supporto per le persone, a partire dalle più fragili, solo con adeguati sostegni istituzionali e, viceversa, le istituzioni possono far fronte alle complesse sfide del presente solo con il contributo attivo della comunità.

una questione culturale che ci riguarda tutte e tutti

La pandemia ci ha reso più consapevoli di essere tutti interdipendenti, a livello globale e non solo fra esseri umani ma anche con l'ambiente. Sapremo fare tesoro di questa consapevolezza?

Il tema che abbiamo trattato, quello della non autosufficienza, sembra da questa prospettiva una declinazione specifica di questa interdipendenza che tutti ci riguarda. La persona non autosufficiente dipende da altri (e più in generale dal suo contesto, che influenza la persona e a sua volta è influenzato dalla persona), ma questi altri a loro volta per certi aspetti "dipendono", anche se in maniera diversa e in gradi diversi, da quella persona, che ad esempio può essere un loro genitore o datore di lavoro. Non c'è nessuno al mondo che possa sfuggire completamente a questa catena di inter-dipendenze e tutti noi in alcune fasi della vita ci troviamo ad essere più intensamente "dipendenti" dagli altri, tanto da poter essere definiti non autosufficienti.

Spesso diamo per scontato che l'ideale a cui tendere e sulla base del quale "giudicare" le persone sia quello dell'autonomia, dell'indipendenza, dell'autosufficienza. Ma siamo sicuri che sia un ideale adatto alla condizione umana? Non siamo atomi, non siamo isole, non siamo entità separate dagli altri e dal contesto. Siamo interdipendenti fra noi, ognuno ha bisogno degli altri, ciascuno ha bisogno di un contesto accogliente e supportante per stare bene. Certo, può variare la qualità e la quantità dei bisogni nei confronti degli altri e del contesto che ognuno ha, ma non esiste persona che non ne abbia.

Perché diamo tanto valore ad avere meno bisogno di aiuto possibile? Vogliamo escludere dalla vita sociale le persone che sono meno "autonome" degli altri? Non sarebbe meglio invece uscire dall'ideologia individualista e competitiva dell'"autonomia" e accorgersi che tutti, nessuno escluso, hanno un valore per la società, valore che oltretutto, a differenza del valore economico che spesso è l'unico che consideriamo, "cresce con l'uso", cioè cresce se viene riconosciuto e coltivato? Come indica Saraceno, all'ideale dell'autonomia, se vogliamo una società inclusiva, è più adatto sostituire l'ideale della partecipazione, «di modo che l'obiettivo non sia quello di far sì che i deboli cessino di essere deboli per poter stare in scena con i forti, piuttosto di modificare le regole della scena, cosicché in essa vi siano deboli e forti in scambio permanente di competenze, interessi e diritti» (Saraceno, 2021, p. 38).

Sarebbe ora di rendersi conto che siamo tutte e tutti "non autosufficienti" e che abbiamo bisogno di costruire una società che ci possa, nessuno escluso, sostenere.



Le addette e gli addetti ai lavori citati: con chi e quando abbiamo parlato

Altomare Ofelia	Direttrice Distretto 3 ASUGI	settembre 2021
Benedetti Giacomo	Direttore Distretto 2 ASUGI	aprile 2021
Bonetta Fabio	Direttore Generale ITIS	aprile 2021
Colautti Valentina	Volontaria Comunità di Sant'Egidio	marzo, aprile 2021
Comuzzi Paola	Referente Microarea Cittavecchia ASUGI	giugno, luglio 2021
D'Eliso Isabella	Volontaria Comunità di Sant'Egidio	marzo, aprile, giugno, luglio 2021
Davi Cristina	Responsabile Area Pianificazione e Controllo ATER Trieste	settembre 2021
Denadei Irene	Assistente sociale anziani UTS 2 Comune di Trieste	maggio 2021
Esposito Elena	Assistente sociale Pro Senectute	maggio 2021
Fabro Barbara	Volontaria Comunità di Sant'Egidio	aprile, luglio, novembre 2021
Ferri Roberto	Presidente Provinciale AUSER	marzo, giugno, settembre 2021
Ferrolli Stefano	Responsabile di Posizione Organizzativa Non Autosufficienza UOT 1 Servizi Sociali Comune Trieste	febbraio, aprile, giugno 2021
Flaborea Michela	Presidente Televita	ottobre 2021
Gojca Martina	Referente Microarea Valmaura ASUGI	maggio, luglio 2021
Guardiani Francesca	Assistente sociale anziani UTS 2 Comune di Trieste	maggio 2021
Harrison Patricia	Community health visitor Microarea Valmaura Cooperativa CLU	giugno, luglio 2021
Lenardoni Bianca	Struttura Complessa Tutela Salute Adulti e Anziani Distretto 2 ASUGI	aprile 2021
Marizza Deborah	Direttrice Generale Pro Senectute	maggio 2021
Montesi Cristina	Direttrice Struttura Complessa Tutela Salute Adulti e Anziani Distretto 3 ASUGI	maggio 2021
Mosetti Francesco	Responsabile Programmazione e qualità aziendale ITIS	aprile, agosto 2021
Pacco Giovanna	Direttrice Associazione de Banfield	ottobre 2021
Parisini Giuliana	Volontaria Comunità di Sant'Egidio	luglio 2021
Parisini Paolo	Presidente Comunità di Sant'Egidio	marzo, giugno 2021
Ragusa Emanuela	Presidente Cooperativa A.M.I.C.O.	marzo, ottobre 2021
Rai Antonella	Responsabile di Posizione Organizzativa Non Autosufficienza UOT 2 Servizi Sociali Comune Trieste	febbraio, aprile, giugno 2021
Samani Fabio	Direttore dei servizi socio sanitari ASUGI	ottobre 2021
Savron Deborah	Volontaria Microarea Giarzole e borsista Microarea Borgo San Sergio	luglio 2021
Schiavano Elisa	Volontaria Servizio Civile Microarea Valmaura	giugno, luglio 2021
Simsig Reanna	Referente Microarea Giarzole ASUGI	maggio 2021
Sorrentino Graziella	Assistente sociale ITIS, referente di Casa Rusconi	luglio 2021
Ticali Jessica	Medica Distretto 3 ASUGI	maggio 2021
Vanto Maria	Già responsabile ASUGI presso Ufficio integrazione sociosanitaria	aprile 2021
Venier Domenico	Responsabile amministrativo delle Case di Riposo del Comune di Trieste	giugno 2021
Zuttion Ranieri	Direttore Area Welfare ASUGI	dicembre 2021

Abitare Inclusivo

Sperimentazioni abitative rivolte a persone non autosufficienti o in condizione di fragilità che, mettendo al centro la persona con i suoi bisogni e le sue risorse, in un'ottica di coprogettazione e coprogrammazione insieme agli attori presenti sul territorio, mira a coprodurre soluzioni abitative al fine di evitare l'istituzionalizzazione, promuovere l'autonomia, l'autorealizzazione e favorire le relazioni delle persone all'interno della comunità. Le sperimentazioni si suddividono in **Abitare Possibile** e **Domiciliarità innovativa**.

Abitare Possibile

Soluzione abitativa sperimentale realizzata attraverso la riconversione di strutture residenziali di piccole dimensioni già esistenti e gestita attraverso forme di coproduzione e valorizzazione del contesto comunitario. Rientra all'interno delle sperimentazioni dell'**Abitare Inclusivo**.

Assistenza Domiciliare Integrata (ADI)

Servizio domiciliare socio-assistenziale comunale finalizzato alla prevenzione, al mantenimento e allo sviluppo delle potenzialità che permettono alla persona di rimanere nel proprio domicilio e nel proprio contesto di relazione, rivolto a persone anziane o con disabilità, non autosufficienti.

Azienda Territoriale per l'Edilizia Residenziale (ATER) Trieste

Ente pubblico economico, operatore esclusivo dell'edilizia residenziale pubblica. Collabora con il Comune di Trieste e l'Azienda Sanitaria all'interno del Programma Habitat Microaree tramite il servizio di Portierato Sociale.

Badante di condominio

Personale specializzato nell'ambito dell'assistenza che opera all'interno di un condominio, prestando servizi agli inquilini che lo necessitano. Oltre a rappresentare una risorsa di rilevante importanza per le persone del condominio, la condivisione del servizio permette anche una condivisione delle spese e quindi un'agevolazione dal punto di vista economico.

Budget di Salute (BDS)

Dispositivo dell'Azienda Sanitaria orientato a un utilizzo integrato con altri enti e soggetti per rispondere ai bisogni complessi della persona in percorsi di inclusione, attraverso una riconversione delle risorse altrimenti destinate a servizi istituzionalizzanti. Fa parte dell'insieme di risorse economiche e prestazionali, pubbliche e private, rese da tutte le parti coinvolte nel progetto personalizzato, con il protagonismo della persona assistita, della sua famiglia, della comunità.

Condominio Solidale

Modalità di cohousing che pone l'accento sull'aspetto relazionale dell'abitare. Le persone vivono in appartamenti contigui e separati; alla condivisione di spazi comuni si possono associare una serie di servizi atti a rafforzare la comunità, prevenire isolamento ed emarginazione e contribuire ad un globale miglioramento della qualità della vita.

Distretto sanitario

Struttura dell'Azienda Sanitaria con funzionalità di raccordo tra Azienda, cittadino, Medico di Medicina Generale, Pediatra di Libera Scelta e medico del servizio di continuità assistenziale ("Guardia Medica").
Fornisce risposte integrate, coordinate e continuative ai bisogni della popolazione.

Domiciliarità Innovativa

Forme di domiciliarità, realizzate in alloggi di civile abitazione, in grado di garantire la possibilità di vivere in contesti di vita non istituzionalizzanti e di contrastare l'isolamento sociale e lo sradicamento dalla comunità di appartenenza, coniugando l'esigenza di cura e tutela delle persone fragili con la possibilità di mantenere la vita relazionale e la partecipazione attiva nel proprio contesto sociale. Rientra all'interno delle sperimentazioni dell'Abitare Inclusivo.

Fondo per l'Autonomia Possibile (FAP)

Intervento di sostegno economico finalizzato a promuovere l'autonomia della persona con problemi di non autosufficienza e la permanenza presso il proprio domicilio.

Programma Habitat Microaree

Progetto di promozione della salute, del benessere e della coesione della comunità, basato sulla collaborazione tra Azienda Sanitaria, Comune, ATER e Terzo Settore in micro-territori svantaggiati della città. Attraverso la presenza continuativa nel territorio e il coinvolgimento attivo della popolazione, il progetto mira a migliorare in maniera globale la qualità della vita delle persone che vivono in ogni area di interesse.

Pronto Intervento Domiciliare (PID)

Modalità integrata di attivazione rapida dei servizi domiciliari comunali e di alcuni posti letto per accoglimento temporaneo in una struttura residenziale comunale in modo da aiutare la persona anziana e la famiglia a fronteggiare la crisi, a riorganizzarsi nel medio e lungo termine, a prevenire la cronicizzazione e l'istituzionalizzazione permanente.

Punto Unico Integrato (PUI)

Punto di accesso per l'intercettazione dei bisogni e la presa in carico integrata socio-sanitaria della persona anziana da parte del Comune e dell'Azienda Sanitaria.

Servizio di Assistenza Domiciliare (SAD)

Servizio domiciliare socio-assistenziale comunale finalizzato alla prevenzione, al mantenimento e allo sviluppo delle potenzialità che permettono alla persona di rimanere nel proprio domicilio e nel proprio contesto di relazione, rivolto a persone anziane o con disabilità, parzialmente autosufficienti.

Servizio di riabilitazione

Il servizio fornisce risposta ai bisogni riabilitativi della popolazione adulta ed anziana afferente al Distretto, mediante erogazione diretta o indiretta di interventi e prestazioni riabilitative, con attenzione e priorità verso le persone affette da grave disabilità che necessitano di una presa in carico multidisciplinare.

Servizio Infermieristico Domiciliare (SID)

Il SID è collocato nel Distretto e fornisce interventi infermieristici a domicilio al fine di prevenire e/o evitare il ricovero ospedaliero o in struttura residenziale o per assicurare la continuità assistenziale al momento della dimissione ospedaliera. È un servizio gratuito per le persone non autosufficienti o che siano impossibilitate a raggiungere in autonomia i servizi ed è attivo a Trieste 7 giorni su 7 h24.

Gli operatori del servizio infermieristico del Distretto accolgono la domanda e l'attivazione avviene, di norma, entro le 24 ore.

Servizio Sociale

Servizio del Comune che accoglie e risponde ai bisogni sociali della cittadinanza, al fine di ridurre le condizioni di disagio sociale, operando in maniera integrata con i diversi Enti, soggetti pubblici e attori del Terzo Settore presenti sul territorio, oltre che con la cittadinanza.

Sportello Si.Con.Te.

Sportello regionale per l'incontro domanda offerta nell'ambito del lavoro domestico e di assistenza alla persona, che offre consulenza alle famiglie per la conciliazione tra impegni lavorativi e responsabilità di cura dei propri cari.

Telesoccorso

Servizio di teleassistenza e attivazione di servizi socio-sanitari domiciliari "al bisogno" anche in situazioni di emergenza. Il servizio è rivolto a persone con ridotta autonomia.

Terzo Settore

Insieme degli enti privati senza scopo di lucro e con finalità civiche, solidaristiche e di utilità sociale. Ne fanno parte le associazioni di volontariato e di promozione sociale, le imprese sociali, incluse le cooperative sociali, ed altri enti (società di mutuo soccorso, fondazioni...).

Unità di Valutazione Distrettuale (UVD)

Equipe multidisciplinare socio-sanitaria attraverso la quale si realizza la valutazione e la programmazione integrata degli interventi per la persona anziana con bisogni complessi.

Bibliografia

- AGENAS (2021), **Modelli e standard per lo sviluppo dell'Assistenza Territoriale nel Servizio Sanitario Nazionale** (bozza)
- Appadurai, A. (2011), **Le aspirazioni nutrono la democrazia**, Milano: et al.
- ASUITS (2018), **Il Programma Habitat Microaree Trieste. Linee di indirizzo progettuali e operative**. Documento a cura della Direzione dei Servizi Sociosanitari
- ATER Trieste (2009), **Una casa insieme quando l'età avanza**, Informacasa, 9 – 46, luglio 2009, pp. 16-17
- ATER Trieste (2019), **Bilancio Sociale**, https://trieste.aterfvig.it/media/files/A00089/attachment/ATER_Bilancio_Sociale_2019.pdf
- Bifulco, L. e Centemeri, L. (2020), **Città, preparedness e salute, Working papers**. Rivista online di Urban@it – 1/2020
https://www.urbanit.it/wp-content/uploads/2020/07/BP_Bifulco_Centemeri.pdf
- Castriotta, L. et al. (2020), **Measuring the impact of a social programme on healthcare: a 10-year retrospective cohort study in Trieste, Italy**, *BMJ Open* 2020;10:e036857, <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7413194/>
- Cooperativa Sociale La Collina e Conf.Basaglia (2020), **Città che curano: Dialogo tra Superilles de les Cures a Barcellona e Programma Habitat-Microaree a Trieste** (report di lavoro)
- Cozzolino, M., Fraboni, R., Sabbadini, L. (2021), **Condizioni di vita degli anziani alla soglia della pandemia**, *La Rivista delle Politiche Sociali* n. 1-2021, pp. 21-46
- de Leonardis, O. (2011), **E se parlassimo un po' di politica?**, prefazione a Appadurai, A. (2011)
- de Leonardis, O. (2021), **Preparedness between Chance and Necessity. Questions about Knowledge, Social Justice in a Time of Uncertainty**, 2021 Conference of the Swiss Sociological Association, 28-30 June (paper)
- de Leonardis, O. e Monteleone, R. (2007), **Dai luoghi di cura alla cura dei luoghi. A Trieste e dintorni**, in Monteleone R. (a cura di), **La contrattualizzazione nelle politiche sociali. Forme ed effetti**. Roma: Officina Edizioni, pp. 165-182
- de Leonardis, O. e De Vidovich, L. (2017), **Innovazioni per l'apprendimento istituzionale. Il Programma Microaree della Regione Friuli Venezia Giulia, Working papers**. Rivista online di Urban@it – 1/2017
https://www.urbanit.it/wp-content/uploads/2017/10/BP_De-Leonardis_De-Vidovich.pdf
- Del Giudice, G. (2020), **La nave dei vecchi**,
https://www.ediesseonline.it/wpcontent/uploads/2020/05/La-nave-dei-vecchi_DEL-GIUDICE.pdf
- Del Giudice, G. e Dirindin, N. (2021) (a cura di), **Anziani: diritti e libertà nella crisi Covid e oltre. Come le persone hanno diritto di vivere la propria vecchiaia**, *La Rivista delle Politiche Sociali* n. 1-2021
- Del Giudice, G. e Dirindin, N. (2021), **Luoghi comuni e pregiudizi strumentali sulla condizione degli anziani**, *La Rivista delle Politiche Sociali* n. 1-2021, pp. 7-20
- Dell'Acqua, P. (2020), **La strage dei vecchi, Ricerca & Pratica**, 36, 3, 2020, pp. 119-122
- Di Monaco, R. et al. (2020), **Promoting health equity through social capital in deprived communities: a natural policy experiment in Trieste, Italy** *SSM – Population Health*. 12, December 2020, 100677.
<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2352827320303141?via%3Dihub>

- Gallio, G. (2011) (a cura di), **Fare Salute, vol. 1-15**, Azienda per i Servizi Sanitari n. 1 Triestina e ENAIP FVG
- Gallio, G. (2015) (a cura di), **Cura e partecipazione, vol. 1-7**, Azienda per i Servizi Sanitari n. 1 Triestina e ENAIP FVG
- Gallio, G. e Cogliati Dezza, M.G. (2018) (a cura di). **La città che cura. Microaree e periferie della salute**, Merano, Alpha Beta Verlag
- Goffman, E. (1968), **Asylums. Le istituzioni totali: i meccanismi dell'esclusione e della violenza**, Torino, Einaudi
- Governo Italiano (2021), **Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza**, <https://www.governo.it/sites/governo.it/files/PNRR.pdf>
- Governo Italiano (2022), **Norme per la promozione della dignità delle persone anziane e per la presa in carico delle persone non autosufficienti** (bozza)
- ISTAT (2021). **Il censimento permanente della popolazione in Friuli Venezia Giulia . Prima diffusione dei dati definitivi 2018 e 2019**
https://www.istat.it/it/files/2021/02/Censimento-permanente-della-popolazione_Friuli-Venezia-Giulia.pdf
- ISS (2020), **Survey nazionale sul contagio Covid-19 nelle strutture residenziali e socio-sanitarie Report finale (aggiornamento 5 maggio 2020)** <https://www.epicentro.iss.it/coronavirus/pdf/sars-cov-2-survey-rsa-rapporto-finale.pdf>
- ISS (2021), **Report sulle caratteristiche dei pazienti deceduti positivi a SARS-CoV-2 in Italia (aggiornamento al 21 luglio 2021)**
<https://www.iss.it/documents/20126/0/Report+decessi+Covid.pdf/9aeca06d-a3ba-a278-81ac-9632bfa973ed?t=1627391222313>
- ISS (2021b), **Assistenza socio-sanitaria residenziale agli anziani non autosufficienti: profili bioetici e bio giuridici**
https://www.iss.it/documents/20126/0/Rapporto+ISS+COVID-19+6_2021.pdf/e88824c0-463b-cd6d-8e95-dcee45e98f5a?t=1615997391629
- Moreira, C. (2019), **Dalle istituzioni residenziali all'abitare inclusivo. Scenari di trasformazione, sfide e rischi dei modelli regolativi**, Università di Trieste (tesi di laurea)
- Paglia, V. (2021), **Dalla crisi della pandemia ad un nuovo modello di assistenza**, La Rivista delle Politiche Sociali n. 1-2021, pp. 47-56
- Pesaresi F. (2020), **Il Covid-19 nelle strutture residenziali per anziani**, I Luoghi della Cura on line, n. 2-2020
<https://www.luoghicura.it/dati-e-tendenze/2020/05/il-covid-19-nelle-strutture-residenziali-per-anziani/>
- Rotelli, F. (2016), **Il sogno della città che cura. L'attualità della lezione basagliana**, (intervista a cura di R. Camarlinghi), Animazione Sociale, marzo 2016, pp. 3-11
- Saraceno, B. (2021), **Un virus classista. Pandemia, diseguaglianze e istituzioni**, Merano, Alpha Beta Verlag
- Scassellati Sforzolini Galetti, M. (2013), **Domiciliarità**, in Campanini A. (a cura di), Nuovo dizionario di servizio sociale, Roma, Carocci
- Strutti, C. (a cura di) (2007), **Progetto Micro-Win Microaree. Presentazione Sperimentazione**, Azienda per i Servizi Sanitari n.1 Triestina (ASS1)
- WHO (2018), **Habitat-Microareas Programme in Trieste**, Italy, World Health Organization

IO RESTO A CASA

Strategie e percorsi
per una domiciliarità
inclusiva e partecipata



soggetto
promotore



Il progetto è stato dichiarato coerente con la programmazione territoriale, e particolarmente rispondente ai bisogni del territorio di Trieste, dal responsabile del Servizio Sociale del Dipartimento Servizi e Politiche Sociali del Comune di Trieste.

partner di
progetto



Il progetto “Io resto a casa. Strategie e percorsi per una domiciliarità inclusiva e partecipata” è finanziato dalla Regione Autonoma Friuli Venezia Giulia con risorse statali del Ministero del lavoro e delle Politiche sociali ai sensi dell’art. 72 del D.Lgs. 117/2017 – Codice del Terzo Settore; è promosso dall’APS Conferenza Permanente per la Salute Mentale nel Mondo Franco Basaglia in partnership con la Comunità di Sant’Egidio Friuli Venezia Giulia e l’APS Auser Territoriale di Trieste.