

OSSERVAZIONI IN MERITO ALLA 'PARTECIPAZIONE' NEI SISTEMI SOCIALI E SANITARI

**- PER LA SENSIBILIZZAZIONE CONTRO LA VIOLENZA
SUGLI ANZIANI -**

**Basate sull'articolo di Kathryn Roberts: "Lungo la linea di
divisione tra assistenza sociale e sanitaria: gli anziani
come fruitori attivi delle prestazioni sociali e sanitarie"**

**Elaborato da PETRA PIAZZA
in collaborazione con il Dr. Prof Walter Lorenz**

**CORSO DI LAUREA IN INNOVAZIONE E RICERCA
PER GLI INTERVENTI SOCIO-ASSISTENZIALI-
EDUCATIVI**

Anno Accademico 2012/2013

Indice

1. L'importanza della 'partecipazione attiva' in ambito socio-assistenziale: i punti principali	4
a) La partecipazione attiva come fattore chiave negli interventi socio-assistenziali	6
b) La partecipazione attiva come elemento centrale delle concezioni moderne e della politica sociale	7
2. La partecipazione attiva nel contesto delle residenze per anziani.....	8
3. Uno sguardo al futuro delle residenze per anziani in Alto Adige.....	9
Conclusioni.....	10
Bibliografia:	11

Introduzione

Nelle pagine seguenti vengono presentate alcune osservazioni sull'articolo "*lungo la linea di divisione tra assistenza sociale e sanitaria: gli anziani come fruitori attivi delle prestazioni sociali e sanitarie*" scritto da Kathryn Roberts. Il tema principale della discussione sarà la "partecipazione attiva", riferita alle persone anziane come fruitori attivi delle prestazioni socio-sanitarie. Kathryn Roberts lavora nel campo della ricerca e valutazione dei servizi sanitari, con particolare interesse per gli approcci di tipo qualitativo alla ricerca e agli sviluppi nel settore. Il sopracitato articolo scientifico è stato scritto da Roberts in collaborazione con il Centro per la Ricerca e la Valutazione Sanitaria del Lancashire, Inghilterra (Forum ricerca sociale qualitativa e si basa su una ricerca che mette in luce la facilità – o meglio, la difficoltà – che hanno gli anziani nell'assumere un ruolo attivo nelle decisioni che riguardano la prestazione dei servizi di *social welfare*. Questa ricerca analizza la maggiore o minore partecipazione che i servizi di assistenza sociale esplicano nel lavoro con gli utenti anziani, sulla base dei sei parametri seguenti: partecipazione, accesso, scelta, informazione e riparazione dei danni. Nelle pagine seguenti vedremo come il fattore 'partecipazione' si stia trasformando sempre più in un elemento chiave nella prassi dell'assistenza in ambito sociale, e quale sia l'esperienza in merito di chi scrive.

La partecipazione è un tema centrale quando si parla di autonomia e autodeterminazione dell'essere umano, e proprio per questa ragione l'autrice ha deciso di collegare questo articolo al **Progetto Interreg IV "Gewalt im Alter – Violenza nella terza età"**. Per indurre i lettori a riflettere sul significato della violenza contro gli anziani, chi scrive ha cercato di includere esempi di esperienze personali volti a dimostrare come anche il modo in cui impediamo alle persone di parlare o non le ascoltiamo può essere un atto di violenza. Si parlerà della violenza indiretta, che pur non essendo visibile quanto quella diretta, provoca altrettanto dolore.

1. L'importanza della 'partecipazione attiva' in ambito socio-assistenziale: i punti principali

L'articolo di Kathryn Roberts si riferisce a uno studio che ha indagato il comportamento delle persone anziane (a partire dai 70 anni di età) quando entrano in contatto con i servizi. In sostanza, nell'articolo l'assistenza sanitaria è descritta come un sistema puramente medico (che comprende l'assistenza infermieristica); al contrario, l'assistenza sociale è vista per lo più come un'attività di aiuto e supporto emotivo. Da questa definizione si percepisce abbiamo bisogno dell'assistenza sanitaria - in quanto la nostra vita potrebbe dipendere da essa - più che dell'assistenza sociale, il cui scopo è di permettere alle persone di vivere una vita indipendente e avere una migliore qualità della vita, ma che di solito non è indispensabile per sopravvivere.

I dati sono stati raccolti tramite 518 questionari relativi all'esperienza di accesso ai servizi da parte degli anziani, contattati poco dopo essere tornati a casa in seguito alla fruizione di un servizio (sono stati riconsegnati 260 questionari). Successivamente sono state condotte interviste semi-strutturate con 30 persone, senza la possibilità di elaborare dati significativi sulla rappresentatività del campione.

Nel paragrafo seguente vengono presentate le differenze rilevate, nel corso dello studio, tra le esperienze e i comportamenti degli utenti in relazione ai servizi di assistenza sanitaria in contrapposizione a quelli di assistenza sociale.

Per quanto riguarda la modalità di **accesso ai servizi sanitari** tutti gli intervistati hanno indicato, come punto di contatto, il proprio medico di base o l'ospedale. Riguardo invece al punto di contatto per l'assistenza sociale, alcuni intervistati hanno menzionato genericamente i "servizi sociali", ma soltanto tre persone sapevano di cosa si trattasse o quali fossero i servizi offerti, che risultavano meno identificabili. L'accesso ai servizi di assistenza sociale potrebbe risultare più difficoltoso perché non si dispone di informazioni sufficienti al riguardo; inoltre a volte tale accesso è stigmatizzato dalla comunità. Queste potrebbero essere le ragioni che spingono gli anziani a sentirsi più tranquilli e sicuri nel contattare i servizi di assistenza sanitaria

anziché sociale.

Anche per quanto riguarda la **richiesta di informazioni**, dai questionari è emerso che gli interpellati si sentono più a loro agio nel richiedere informazioni sui servizi di assistenza sanitaria anziché sociale. Ciò potrebbe essere legato al fatto che gli utenti sono più abituati a comunicare i loro bisogni di assistenza di natura sanitaria piuttosto che quelle di natura sociale - di fatto abbiamo maggiore esperienza nel primo campo. In entrambi i casi è tuttavia importante che gli operatori sociali incoraggino i fruitori dei servizi ad assumere un ruolo più attivo, in modo da poter compiere scelte più informate.

Il contesto sociologico in cui si inserisce tale differenza, indipendentemente dalla quantità di informazioni disponibili, è di una società in cui la figura del medico è in un certo senso “superiore” poiché ha potere sulla salute, e di conseguenza ci fidiamo più lui che di un operatore sociale. Questa fiducia “cieca” nei medici e nel sistema sanitario è un istinto radicato, poiché è culturalmente e moralmente accettato. Ciò significa, inoltre, che la società e l’ambiente che ci circondano considerano normale accedere alle cure e all’assistenza medica, mentre vedono l’assistenza sociale come qualcosa che si discosta dall’ordinario e che viene stigmatizzato. Quindi, se pensiamo agli anziani nella nostra società, che necessitano non solo di consistenti cure sanitarie ma anche di ulteriori servizi assistenziali, è abbastanza ovvio che si sentano marginalizzati per via di questa concezione. Innanzitutto non è facile far parte della società se si è malati e anziani perché si hanno molti problemi da affrontare e, per di più, si viene discriminati dalla società stessa perché si cerca di trovare una soluzione.

Tuttavia resta come dato di fatto che l’assistenza sanitaria viene considerata su un gradino più alto rispetto all’assistenza sociale, a livello di servizio e nella comunità. Preferiamo sempre che sia un ‘agente’ a prendere le decisioni, e siamo propensi a essere trattati con un certo paternalismo dagli operatori sanitari, che vengono visti come gli esperti, i professionisti. Questa è un’ulteriore ragione per cui l’assistenza sanitaria non ottiene soltanto maggiori contributi pubblici, ma anche maggiore approvazione pubblica.

Per quanto riguarda la **riparazione dei danni**, secondo lo studio in caso di

insoddisfazione la maggior parte degli intervistati presenterebbe un reclamo, tanto più se si trattasse dei servizi di assistenza sociale. L'articolo distingue, in relazione alla capacità di riparazione, tre categorie di persone anziane: chi rifiuta i servizi perché vuole mantenere la propria indipendenza, chi accetta ciò che riceve e chi sente di non aver ricevuto l'aiuto che cercava. L'ultima categoria è ritenuta quella con il minore grado di partecipazione, accesso e scelta. Un sistema sanitario e sociale più centrato proverebbe a contattare queste persone ponendo loro le giuste domande per aiutarle a comunicare i propri bisogni. La prima categoria vanta la posizione più forte in termini di scelta, infatti chi ne fa parte ha rifiutato di fruire di un servizio per mantenere uno stile di vita totalmente autodeterminato.

La libertà del processo decisionale è una caratteristica fondamentale di una vita autonoma; se siamo noi a prendere le decisioni per conto degli anziani, non solo li priviamo della possibilità di decidere, ma non stiamo nemmeno operando nel loro migliore interesse.

a) La partecipazione attiva come fattore chiave negli interventi socio-assistenziali

La divisione tra l'assistenza privata e pubblica è un fattore importante che influenza il livello di **autodeterminazione** degli anziani. Dai dati è emerso che i partecipanti allo studio che avevano pagato un'assistenza privata si trovavano in una posizione avvantaggiata per quanto riguarda la determinazione delle tempistiche e dei compiti rispetto a quanto sarebbe accaduto facendo affidamento sul sistema assistenziale pubblico. Nel corso della sua esperienza personale, anche chi scrive ha appreso che le persone che si avvalgono di un 'aiuto a domicilio' hanno maggiori possibilità di stabilire le loro priorità per quanto riguarda problemi e bisogni, perché tutta l'attenzione è incentrata su di loro. Ma l'elemento più importante per permettere agli anziani di raggiungere una miglior qualità di vita è trattarli con rispetto e dignità. Se le persone dedite alla cura degli anziani imparassero a rivolgersi a loro con maggiore empatia e a fare più domande ai loro assistiti, se imparassero a captarne desideri e idee, il loro lavoro sarebbe più facile e sperimenterebbero anch'essi i benefici di una metodologia di lavoro improntata alla partecipazione. Adottare l'approccio della 'partecipazione attiva' negli interventi

socio-assistenziali a favore degli anziani significa ridare potere e autonomia decisionale a chi ne è stato privato, porsi al loro stesso livello e spronarli a partecipare con nuove idee al miglioramento della qualità dei servizi.

In particolare, è la comunicazione individuale, *la comunicazione proattiva*, ad aiutare gli anziani ad assumere un ruolo attivo nelle cure continuative, ovvero un tipo di comunicazione che costruisce la capacità di partecipare alle decisioni. Gli anziani imparano a esprimersi sostenuti da metodi specifici che aiutano a pensare e a comunicare in un contesto più ampio. La comunicazione proattiva fa parte di un più ampio processo di organizzazione, che include il prendere decisioni ed esperire ricerche in maniera attiva, in breve far sì che le persone passino all'azione. Attraverso questo tipo di comunicazione gli anziani diventano più sicuri di sé, perché vedono che non sono lasciati soli con i loro problemi ma c'è qualcuno che ascolta anche e proprio loro, poveri, vecchi e malati (Rubin).

b) La partecipazione attiva come elemento centrale delle concezioni moderne e della politica sociale

Viviamo in un'epoca di grandi cambiamenti per via della crisi finanziaria ed economica. Il cambiamento demografico costringe i servizi sociali a formulare nuovi concetti in termini politici e metodologici. La struttura della popolazione sta cambiando e diventa sempre più vecchia: le previsioni demografiche riguardanti l'Italia (ISTAT 2011b) stimano che la fascia di persone dagli 80 anni in su, ovvero quella con maggiori bisogni assistenziali, crescerà dagli attuali 2,9 milioni a 7,7 milioni nel 2030. Pur considerando gli effetti positivi della prevenzione e il migliore stile di vita che abbiamo oggi, nel 2030 raggiungeremo comunque i 3,5 milioni di persone bisognose di assistenza a fronte degli attuali 2 milioni. Questi profondi cambiamenti costituiscono una dura sfida per la società e le politiche pubbliche. È necessario abbinare una visione di lungo termine con misure che includono sforzi volti a promuovere la partecipazione attiva degli anziani (Autosufficienza, 2011). L'invecchiamento attivo e la prevenzione dovrebbero essere le parole chiave per i decisori politici. Una riorganizzazione volta all'effettiva partecipazione pubblica porterebbe più equilibrio tra Stato, mercato e società; vi è la necessità di mantenere

un chiaro riferimento ai diritti umani, giuridici, politici e sociali, e in particolare non dovremmo mai dimenticarci della Convenzione dei Diritti dell'Uomo, perché si tratta di diritti basilari per ognuno.

In periodi di crisi stanno emergendo nuovi sistemi di gestione per aiutarci a pensare in una nuova direzione. Il tema dell'“innovazione sociale” sta acquistando una prominenza via via maggiore nelle politiche di aiuto e assistenza: metodi come questo seguono una struttura bottom-up, ovvero dal basso verso l'alto, prospettano soluzioni innovative e richiedono soluzioni tempestive a seconda delle circostanze. Inoltre, coinvolgono sin dal principio gli utenti e i loro problemi, in modo da poter arrivare a soluzioni migliori.

2. La partecipazione attiva nel contesto delle residenze per anziani

L'autrice del presente contributo lavora per l'*Associazione delle residenze per anziani dell'Alto Adige*, costantemente a contatto con gli anziani che vivono nelle strutture da una parte, e con chi prende le decisioni in merito alle politiche e quindi al futuro dei servizi agli anziani. Lo scopo dell'Associazione è di gestire le strutture residenziali e i loro partner in modo tale che siano pronti ad assorbire la crescente domanda di assistenza sociale e sanitaria della popolazione.

Le residenze per anziani in Alto Adige possono essere viste come alcune delle strutture più moderne nel panorama sanitario e sociale per quanto riguarda l'erogazione di servizi. Molte persone ricollegano simili strutture agli ospedali o ospice che sono stati in passato, ma non è più questo il caso: si tratta infatti ormai di infrastrutture sociali in cui il benessere e la cura degli utenti costituisce il fulcro della giornata lavorativa. Le case di riposo dispongono di sistemi di gestione moderni e di qualità che includono assistenza infermieristica di alto livello, il che significa che ci si prende cura dell'assistito a livello individuale e partecipato. La cura e l'assistenza agli anziani è basata sulle abitudini, scelte e preferenze di questi ultimi, un aspetto centrale della partecipazione nelle istituzioni.

3. Uno sguardo al futuro delle residenze per anziani in Alto Adige

Stiamo andando incontro a una domanda troppo elevata a carico delle strutture assistenziali sanitarie e sociali. Sia le stime sia l'effettiva domanda stanno aumentando velocemente per via del crescente numero di persone con necessità di assistenza. In futuro, il numero di anziani in cerca di aiuto crescerà ancora rispetto a quello dei giovani in buono stato di salute e in grado di lavorare per supportare gli anziani; ci stiamo avvicinando quindi a un vero e proprio problema sociale di grande portata.

La soluzione potrebbe essere un nuovo e condiviso modo di offrire servizi. Non dovrebbe esistere una differenza così grande tra assistenza sociale e sanitaria, perché specialmente chi necessita di informazioni ha bisogno di un *one stop shop* in cui trovare informazioni adeguate ai propri bisogni individuali. Ciò potrebbe rivelarsi possibile se le strutture assistenziali dell'Alto Adige creassero una vera rete di collaborazione, istituendo quindi una struttura o un servizio informativo centrale dove poter trovare risposte a problemi di tipo sanitario e sociale. Per la popolazione che sta invecchiando c'è bisogno di provvedere non solo al supporto medico e infermieristico, ma anche a cure fisiche, mentali e sociali. Tutti questi fattori e circostanze influenzano il benessere degli anziani e di conseguenza il loro stato di salute, che rappresenta un fattore di costo per le politiche sanitarie. Solo attraverso una collaborazione trasparente e sinergica tra i servizi di assistenza e quelli sanitari ci sarà possibile fornire un'assistenza personalizzata anche agli utenti futuri. Un simile processo richiede il coinvolgimento di persone e istituzioni in una rete di rapporti di collaborazione.

Ma non dovremmo dimenticarci che l'autodeterminazione porta con sé il rischio di una crescita ancora più marcata della domanda: poiché le risorse disponibili per assistenza sanitaria e sociale di certo non aumenteranno nel prossimo secolo, è

meglio tenere bene a mente questo aspetto cruciale della partecipazione.

Negare aiuto o non dare agli anziani ciò che richiedono è una delle forme di violenza più gravi che possiamo esercitare, per cui dovremmo iniziare a rifletterci sopra e portare questi argomenti a conoscenza dei professionisti del nostro sistema sanitario e sociale. Anche il **Progetto Interreg IV “Gewalt im Alter – Violenza nella terza età”** sta per affrontare i problemi che sottendono la violenza contro gli anziani.

Conclusioni

Dobbiamo ricordarci che agli anziani fruitori di servizi deve essere data la possibilità di assumere un ruolo attivo, ma prima di tutto devono essere loro quelli disposti ad accettare un simile ruolo per se stessi. Il nostro compito è quello di dare a loro i strumenti e le risorse per farlo. Dovremmo cominciare dall'area politica, che influenza la formazione e la cultura dell'assistenza e soprattutto assumere in prima persona, ogni giorno, un comportamento rispettoso e aperto nei confronti del prossimo.

Bibliografia:

Autosufficienza, N. N. (2011). L'assistenza agli anziani non autosufficienti in Italia 3. Rapporto. Maggioli editore.

Forum qualitative social research. (n.d.). Retrieved Mai 2013, from <http://www.qualitative-research.net/index.php/fqs/article/view/862/1872#gaut>

Roberts, K. (2011). Across the health-social care divide: elderly people as active users of health care and social care. In *Health and Social Care in the Community* (pp. 100-107).

Community Organizing and Development. In H. J. Rubin. Pearson.