



ALLEGATO 2

NUOVA DOMICILIARITÀ

SERVIZI PER GLI ANZIANI

(CNA)

19.06.2013

PREMESSA

I contenuti proposti mirano a fornire ipotesi di intervento operativo che fanno perno su esperienze concrete di innovazione sociale, realizzate nell'ambito di programmi comunitari e poi implementate ed arricchite nell'operatività e nell'adattamento ai diversi contesti di qualificazione dell'assistenza domiciliare agli anziani.

Essi sono, grazie all'esperienza maturata sul campo, rapidamente cantierabili.

Sono altresì, per la logica sistemica ma anche per la modularità/flessibilità che li caratterizza, del tutto complementari ad azioni di sostegno economico ed erogazione diretta di servizi di assistenza domiciliare integrata, anche se sarebbero oltremodo facilitati da :

Voucher come strumenti di libera scelta e di regolarità fiscale e contributiva.

Detraibilità, come sostegno alle funzioni dei care giver e supporto alla regolarità fiscale e contributiva.

INCREMENTO DELLA QUOTA DI PRESA IN CARICO ANZIANI IN ASSISTENZA DOMICILIARE

a. I caregiver familiari : ruolo e qualificazione

Se l'esigenza (Vedi Piano Barca) è integrare le prestazioni sanitarie e le prestazioni sociali ,rafforzando la componente socio assistenziale dei servizi , anche come "stimolo al mercato del lavoro" ,sia quello direttamente assistenziale, sia per incrementare la disponibilità al lavoro , soprattutto della componente femminile e ciò in "ottica di conciliazione.

Sulla base di queste, premesse si considera rilevante poter contare su di una organica visione del sistema di cura a domicilio delle persone non autosufficienti, includendo nelle risorse utili alla sua integrazione e qualificazione anche i **caregiver familiari** (oltre ovviamente all' assistenza familiare (lavoratori /trici della cura dipendenti dalle famiglie).

La crescita esponenziale della popolazione anziana produce un crescente fabbisogno assistenziale per fare fronte alle funzioni di vita quotidiana.

Un fabbisogno che, nella maggior parte dei nuclei familiari, ha trovato risposte in una attività condotta, in primo luogo, da milioni di donne (mogli, figlie, nuore...) che si sono fatte carico del lavoro e delle responsabilità della cura. Una responsabilità che spesso non trova forme di conciliazione non solo con l'attività lavorativa, ma anche con quella prettamente familiare e che determina pesanti situazioni di stress, di depressione, di crescente isolamento sociale.

Sono queste persone, definite "**caregiver familiari**" (cioè coloro che danno od intendono dare un'assistenza rilevante e continuativa ad un proprio familiare in stato di bisogno) che di fatto hanno sorretto il sistema di welfare italiano in nome di un sentimento affettivo o di un senso del dovere filiale.

Un impegno nella cura che, con il prolungarsi della durata temporale dello stato di non autosufficienza del familiare assistito, rischia di far entrare in un circuito vizioso le vite di milioni di donne e di famiglie.

Un rischio che deve essere combattuto non solo con l'ampliamento dell'offerta di servizi (sia dal lato

del pubblico che dal lato profit) e la creazione di un mercato sociale dei servizi alla persona, ma anche attraverso azioni mirate verso la persona responsabile delle attività di cura.

La funzione di caregiver è spesso assunta a fronte di una necessità, di un'emergenza, in assenza di una conoscenza di ciò che questo significa .

Si assume una responsabilità senza conoscerne la declinazione e le difficoltà che comporta nel breve e nel medio termine, senza avere elementi puntuali rispetto alla patologia, all'evoluzione dello stato di salute della persona assistita e di ciò che questo potrà comportare non in senso astratto, ma nello specifico della relazione d'aiuto e della gestione delle funzioni di vita quotidiana .

Un bisogno di aiuto che spesso si traduce nella necessità di una continuità assistenziale di cui, per definizione, non può farsi carico una sola persona.

Appare evidente, quindi, che si tratta di garantire in primo luogo un livello minimo di **educational care** (apprendimento di base della cura) sulla condizione dell'assistito, sul ruolo/responsabilità/compiti di chi assume la funzione di caregiver, sui servizi in essere sul territorio e sulle relative modalità di accesso, le conoscenze e le pratiche ad esso connesse ai compiti di cura .

Entra in campo il diritto alla formazione. Quale formazione? Occorre mettere a disposizione, contestualmente al manifestarsi del bisogno e alla decisione di "dare cura", una formazione immediatamente accessibile e personalizzabile in termini di contenuti , accompagnato da un servizio di faq, focus e tutoraggio a distanza, integrabile anche con incontri in presenza, che consenta da subito di accompagnare l'azione di cura.

Partecipare ad azioni formative al ruolo nella fase del caregiving e , nel post caregiving, tese a favorire il rientro nel mercato del lavoro valorizzando le competenze acquisite nell'esperienza di cura (in tale direzione vedi anche la ricerca compiuta nell'ambito del progetto europeo "Life after care").

L'informazione e la formazione devono altresì accompagnarsi alla crescita di un mercato di servizi professionali a cui, a fronte del mutare del carico assistenziale e sanitario del familiare, il caregiver possa rivolgersi per acquisire le prestazioni ed i servizi di cui necessita (dall'aiuto domestico "tradizionale" a quello dell'assistente familiare o di prestazioni infermieristiche, riabilitative ecc) per azioni di sollievo, temporanee o rispondenti a necessità di long term care.

Attraverso queste due strade: capacità di selezionare, qualificandola, la domanda di servizi e valorizzazione delle competenze maturate per poter re inserirsi nel mercato del lavoro , si persegue effettivamente una concreta strategia di conciliazione e di apertura del mercato del lavoro

I caregiver familiari devono essere valorizzati nel loro ruolo nell'ambito di comunità che supportano ed aiutano l'azione di cura : ad esempio in termini di servizi di supporto alla domiciliarità svolti da organizzazioni di volontariato nell'ambito della governance pubblica.

b. Le competenze ad impatto sanitario nelle prestazioni socio assistenziali

Il tema delle capacità necessarie per svolgere parte di importanti attività assistenziali, anche a impatto sanitario, a domicilio diventa cruciale in funzione alla loro allocazione fra le figure , ruoli e funzioni che intervengono nella filiera assistenziale a domicilio.

Il tema infatti incrocia emergenze di natura sociale e giuridica, di sostenibilità economica ,di politiche formative e del lavoro, incide altresì sui modelli organizzativi assistenziali,sulle aspettative delle reti familiari e sugli indicatori di salute pubblica .

Occorre ripuntualizzare l'opzione accreditamento per facilitare la dimensione di rete , riconsiderando anche attività continuative di larga diffusione come l'ossigenoterapia o altre attività di presenza al

domicilio per non autosufficienti o postacuzie, in modo da connettere in modo continuativo e qualificato chi opera al domicilio e i/le care giver.

E' matura l'esigenza di affrontare questa tematica in modo organico anche perchè la diffusione capillare **dell'assistenza familiare** a domicilio per soggetti anziani si sta accompagnando ad una crescente domanda di professionalizzazione e di qualità professionale da parte delle famiglie. In contemporanea la crisi che riporta molte donne a casa cambia figura, ruolo, aspettative contributi del **caregiver familiare**, cui ancora è affidato il peso prevalente dell'organizzazione della cura.

Elementi, provenienti da diverse fonti portano verso una direzione omogenea :

La Commissione nazionale per la definizione e l'aggiornamento dei Livelli essenziali di assistenza (LEA) individua la **Educazione** del caregiver fra le prestazioni delle Cure domiciliari di tipo prestazionale, richieste dal medico per "soddisfare un fabbisogno assistenziale semplice "nell'ambito delle cure domiciliari offerte dal Sistema sanitario a livello distrettuale. Fra le prestazioni delle cure domiciliari integrate si evidenzia ad esempio l'istruzione del caregiver alla **gestione di una terapia**.

Un segnale della rilevanza di queste tematiche la si verifica anche nell' "Accordo Stato Regioni concernente la formazione di persone che effettuano la **tracheobroncoaspirazione a domicilio del paziente non tracheotomizzato**". Nell'accordo si autorizzano i familiari e altri soggetti che assistono in via continuativa i pazienti, **previa formazione**,

Una recente ricerca irlandese ,diffusa dalla rete **Eurocarer**, individua 18 pratiche sanitarie effettuate ordinariamente da personale non sanitario a domicilio.

Al di là della ricerca, l'esperienza pratica può confermare che molte di queste attività, anche nel nostro Paese, sono incluse nella cura a domicilio affidata a personale non sanitario.

Da quanto sopra si desume che l'area delle competenze, conoscenze e abilità nell'area connessa ai temi della salute , può essere letta su tre livelli fra loro connessi e articolati :

1. aspetti connessi alle competenze **professionali di base** (vedi ad esempio)
 - Tecniche di mobilizzazione
 - Alimentazione
 - Gestione delle emergenze
 - Igiene personale con connesse azioni preventive (vedi piaghe)
2. aspetti connessi a **competenze trasversali**
 - Osservazione ,rilevazione non invasiva (temperatura basale, stick glicemico...) , monitoraggio e comunicazione sulle condizioni fisiologiche e comportamentali connessi alla salute
 - Supporto alla (auto)somministrazione dei farmaci : conservazione, controllo prescrizioni, predisposizione per l'assunzione.....)
 - Attenzione alle condizioni sanitarie nelle diverse attività di assistenza (igiene, alimentazione,igiene ambientale, relazioni....) in chiave preventiva.
3. aspetti connessi a specifiche di saper fare (capacità e abilità),collegate a specifiche istruzioni, sulla messa in atto di procedure , impiego di attrezzature, azioni di supporto e mantenimento .Si tratta in sostanza di definire il perimetro di un "addestramento professionale"che si limiti all'attuazione di procedure, rilevazione anomalie, segnalazione, senza richiedere conoscenze di contesto, tecnico-scientifiche e fisiologiche che consentano un intervento consapevole sulle "varianze" .

Potrebbe essere attivato un progetto che consenta di formalizzare un protocollo che definisca

con chiarezza funzioni e limiti della attività affidata al caregiver e responsabilità del personale sanitario .

Per ognuno di questi aspetti dovrebbe essere definito **un percorso formativo** :semplice e supportato da multimedialità ed esempi e, connesso a ciò, **un sistema di verifica che** le nozioni apprese siano state effettivamente acquisite tramite test e prove. Ciò consentirebbe una efficace integrazione di responsabilità e capacità.

Miglioramento competenze di manager,operatori professionali e assistenti familiari

a. Assistenti familiari e operatori socio sanitari nel sistema professionale del lavoro assistenziale

La domanda di personale nei settore del lavoro socio assistenziale con impatto sanitario è crescente malgrado la crisi su tutto il territorio nazionale. L'incontro domanda offerta nel settore della cura a domicilio in rapporto diretto con le famiglie (assistenza familiare) ,pur ancora in parte informale, è l'unico vivace in Italia con circa 250.000 intermediazioni all'anno e una occupazione regolare che aumenta del 50% ogni anno da due anni e migliora costantemente in numero di ore dichiarate e continuità lavorativa. Insomma un mercato che sembra esprimere una crescente domanda di qualità da parte delle famiglie .

Mentre cresce questo segmento ,contraddittoria è la situazione del segmento relativo all'occupazione nei servizi socio sanitari,soprattutto pubblici o convenzionati con il pubblico . Da una parte la domanda è stata inizialmente indotta nei territori che hanno proceduto all'accreditamento dei servizi assistenziali ponendo fra i criteri quello del possesso da parte del personale assistenziale (totalmente o in percentuali molto elevate) della qualifica di Operatore socio sanitario - OSS

D'altra parte lo sbocco professionale che viene cercato , attraverso la partecipazione l'acquisizione della qualifica da OSS,da molte persone è, nei servizi pubblici o gestiti dal pubblico, visto come assicurazione di migliori condizioni di lavoro .

Al tempo stesso ,da una parte le restrizioni dei bilanci pubblici hanno costretto alla stagnazione e in alcuni casi al taglio dell'intervento pubblico o convenzionato affievolendo la domanda e gli sbocchi occupazionali per nuovi qualificati ,dall'altra parte si raccoglie, da parte dei Responsabili dei servizi, una crescente lamentela sulla qualità professionale del personale che proviene direttamente dai corsi di formazione (anche frequentati all'estero o con esami svolti in regioni diverse da quelle di provenienza) senza pregresse esperienze professionali nel settore e,spesso, anche senza una motivazione specifica al lavoro di cura.

La durata del corso OSS (1.000 ore con frequenza a tempo pieno) e il suo costo (data la significativa riduzione dei finanziamenti FSE alcune regioni hanno autorizzato corsi a pagamento), i limiti di efficacia nella strutturazione didattica (si pensi alla scarsa efficacia degli stage e al divieto in alcune regioni di utilizzo di percorsi in FaD) ,condizionano d'altra parte la partecipazione delle persone portatrici di esperienze professionali (svolte in particolare nell'ambito dell'assistenza familiare) che necessitano di mantenere un reddito e non possono quindi partecipare a corsi full time. Al contrario, sono condizioni che spingono al reclutamento di giovani (in larga prevalenza ragazze) provenienti da aree del Paese a minore opportunità occupazionali e non sempre motivate allo svolgimento di un lavoro impegnativo e che richiede spesso sacrifici nella vita privata e nella gestione del proprio tempo. Occorre inoltre aggiungere che si tratta di un segmento del mercato del lavoro fortemente caratterizzato da un turnover elevato e condizionato dalla capacità di assorbimento in primo luogo dei

servizi sanitari (strutture ospedaliere in primis), considerati -per condizioni salariali e lavorative - più appetibili.

Per affrontare alcuni aspetti della questione alcune Regioni hanno regolato il riconoscimento di crediti formativi per personale già operante nelle attività socio assistenziali con qualifiche pre-esistenti all'OSS (OTA, OSA ecc.) o con significativa esperienza professionale (di norma, 3 anni) nei servizi.

Allo stesso modo è stato importante l'accordo nazionale che ha sancito la possibilità di riconoscere un numero significativo di crediti formativi per l'acquisizione del titolo di OSS a coloro che hanno conseguito all'estero un titolo di Infermiere Professionale non riconoscibile in Italia.

La formazione delle assistenti familiari

Il lavoro domestico di cura non viene normalmente considerato come una vera e propria prestazione professionale, ma come un'attività non qualificata che "qualunque donna", è in grado di svolgere.

In alcuni casi la sovrapposizione con il modello di organizzazione della vita familiare è tale per cui i tempi di libertà dell'assistente familiare arrivano a coincidere completamente con i tempi di riposo o di non-necessità dell'assistito, il che comporta delle evidenti limitazioni per l'effettiva possibilità lasciata all'assistente di avere degli spazi di vita personale.

Interventi di formazione, informazione e orientamento capillarmente diffusi sul territorio, in grado di trasferire contenuti e messaggi omogenei a livello nazionale possono essere veicolo di una modifica profonda di atteggiamento culturale nei soggetti coinvolti, al tempo stesso possono consentire alle istituzioni locali di valorizzare e utilizzare al meglio una risorsa (quella del lavoro privato di cura nell'assistenza familiare), ormai indispensabile per le famiglie ma anche alla rete dei servizi impegnata a sostenere la crescente domanda di domiciliarità .

E' stato finanziato con fondi FSE il sistema formativo ASPASIA (realizzato nell'ambito di un progetto Equal) che si basa su una modalità organizzativa che, nella durata complessiva, nei ritmi, nella distribuzione temporale, nelle modalità comunicative, nell'approccio linguistico e comunicazionale, nei supporti tecnico-didattici, consente la partecipazione senza creare elementi di esclusione sociale e/o dilazione temporale all'accesso: Aspasia ha **un approccio modulare**: realizza un percorso formativo in cui sono fruibili singoli segmenti didattici, rendendo graduale l'iter formativo e favorendo la generalizzazione e valorizzazione delle esperienze. E' anche **flessibile**: consente di erogare una formazione fruibile senza interferire sul normale svolgimento della prestazione lavorativa e senza richiedere l'attivazione di complicate procedure per sostituzioni o in termini di significativi cambiamenti nell'organizzazione temporale delle prestazioni all'assistito. E' **efficace** in quanto consente di trasmettere e verificare l'acquisizione delle conoscenze e delle capacità essenziali per ricoprire le funzioni connesse al ruolo, nel rispetto di protocolli operativi specifici dell'assistenza familiare. E' **efficiente/sostenibile** in quanto formazione con un costo complessivo per ora di fruizione, significativamente ridotto rispetto al costo della formazione tradizionale di aula con docenza cosiddetta "frontale" in aula e quindi potenzialmente proponibile ad un elevato numero di beneficiari. E' un sistema facilmente **"replicabile"/"utilizzabile"** in diversi contesti territoriali.

Sarebbe opportuno confrontarsi con esperienze europee nelle quali , pur non rinunciando alla qualità del punto di arrivo, sono attivati percorsi modulari con qualificazioni di base e intermedie fra loro cumulabili.

b. Riconoscimento e validazione delle competenze derivanti dall'esperienza lavorativa

Questi interventi di per sè non incidono sulla esigenza di rendere questo mercato del lavoro aperto e fluido e per aumentare la qualità del servizio prestato, per questo obiettivo essenziale sono:

- La **valorizzazione delle esperienze acquisite sul campo** da coloro che già svolgono con interesse e passione questo lavoro, anche per offrire **tappe intermedie** che non obblighino tutti i soggetti aspiranti a entrare in questo mercato del lavoro ad affollarsi tutti su di una tappa comunque impegnativa e a lungo termine
- La costruzione di una **rete per l'incontro domanda offerta** di lavoro regolare e qualificato di cura, connessa a opportunità di valorizzazione, adeguamento e riconoscimento professionale ,che sia in grado di prevalere sulle reti informali, caratterizzandosi sulla base di : prossimità territoriale, sensibilità sociale e riconoscibilità sul territorio

Alcune linee di intervento , consentono di attenuare i limiti prima indicati,nell'ambito di una chiara politica sul mercato del lavoro del settore che sia promossa dalle Istituzioni preposte.

Si propone di attivare il riconoscimento di crediti di competenza e formativi basati sulla validazione delle competenze acquisite sia tramite esperienza che attraverso altri percorsi formativi. **Sono disponibili modelli ed esperienze di validazione delle competenze, riconosciute come buone pratiche da Isfol.**

Ciò potrebbe comportare :

1. La possibilità di intercettare una offerta di lavoro più ampia e motivata , vedi ad es. l'esperienza nel lavoro di cura accumulata dalle assistenti familiari, ma anche la crescente disponibilità e interesse di caregiver familiari che hanno concluso (alla morte del proprio caro assistito) il percorso di cura in famiglia e che sono disponibili e interessati a rientrare nel mercato del lavoro nel settore assistenziale
2. L'incremento della fiducia da parte delle famiglie/datori di lavoro che possono basare le loro scelte su criteri maturi di effettiva competenza e non su impressioni e a volte pregiudizi,contribuendo così al rafforzamento dei canali del lavoro regolare e qualificato .
3. Empowerment dei partecipanti rafforzando in loro la consapevolezza del proprio patrimonio rafforzato dalla possibilità di vedersi riconosciute tappe intermedie e segmenti di professionalizzazione fra loro connessi, riducendo la pressione al"pezzo di carta"che ,non connesso ad esperienza,rischia di produrre frustrazione ,
4. Riduzione significativa della durata del percorso. del corso di OSS. Una analisi approfondita ha evidenziato che la validazione di tutte le competenze proprie del profilo di Assistente familiare potrebbe comportare un riconoscimento di crediti di percorso formativo che si stima, a seconda dei profili regionali, da 120 a 200 ore. La possibilità di qualificazione del tirocinio(450 ore nel percorso OSS) che dovrebbe essere finalizzata soprattutto all'integrazione fra formazione, conoscenze, comportamenti e prassi.

INCONTRO DOMANDA /OFFERTA

Una importante linea di intervento è quella di promuovere **reti per l'incontro del lavoro e servizi di cura regolare e qualificato**. La grande difficoltà di questo mercato del lavoro è colmare il gap fra la richiesta crescente da parte delle famiglie di avere garanzie sulle competenze e affidabilità della forza

lavoro e le caratteristiche di questo mercato del lavoro largamente sommerso, inquinato da irregolarità, nonché dalla presenza di reti illegali di intermediazione, spesso connesse e confinanti con la criminalità organizzata.

A ciò si aggiunge, da una parte la difficoltà delle famiglie di riconoscersi come datore di lavoro con le connesse difficoltà relative a pratiche burocratiche, alla gestione delle sostituzioni ecc. e, dall'altra, il comportamento dei lavoratori, spesso teso a massimizzare il ritorno economico immediato, anche a scapito di tutele e garanzie.

L'incontro domanda /offerta di lavoro, in questo particolare settore si trova all'incrocio di diverse criticità e deve tenere conto della dimensione sociale e socio/assistenziale, di quella del lavoro, dell'inclusione sociale, delle specificità di genere.... Pertanto le reti devono essere esse stesse multi dimensionali, aperte e al tempo stesso integrate. Un'impresa complessa, ma che comincia ad avere esempi concreti di fattibilità.

Per affrontare la qualificazione delle reti nell'ambito del settore del lavoro di cura le linee di intervento possono essere:

1. Promuovere e sostenere:
 - Possibilmente anche con un marchio, strumenti informativi comuni e carte dei servizi condivise;
 - Lo sviluppo, le connessioni e gli standard di funzionamento di reti "sociali" per l'incontro regolare domanda/offerta avvalendosi ad es. delle opportunità della cosiddetta autorizzazione "leggera" all'intermediazione che ha aperto alle reti associative, di rappresentanza, ai patronati, alle cooperative, al privato sociale, agli enti di formazione, la possibilità di svolgere intermediazione autorizzata sotto il controllo del Ministero del lavoro. Tutto ciò non in contrapposizione con le reti dei Servizi pubblici per l'impiego e il ruolo degli "sportelli PLUS", ma creando collegamenti e connessioni, linguaggi e strumenti comuni che consentano, tenuto conto anche della realtà sociale e territoriale della Regione, una forte prossimità fisica e fiduciaria.

Così si sta cercando di operare ad es., nelle Regioni convergenza, nell'ambito del progetto AsSap del Ministero del lavoro

2. Dotare le reti di **strumenti che devono diventare linguaggi condivisi**, sia per porsi come attrattivi verso i lavoratori (formazione e riconoscimento competenze), sia per essere efficaci verso le famiglie: lettura multidimensionale dei bisogni, connessione con i servizi in una sorta di segretariato sociale di primo livello. Al tempo stesso questi strumenti devono essere in grado di sviluppare produttività ed efficienza tramite la gestione di applicativi e banche dati condivisi in rete.
3. Intervenire sulla **formazione degli operatori** dei punti di incontro domanda offerta al fine di assicurare uno standard di accoglienza, sensibile al pubblico specifico che si pone in condizioni di fragilità, sia per garantire un servizio capace di cogliere tutte le sfaccettature disciplinari del tema da affrontare: psicologico/relazionale, socio-sanitario e socio-assistenziale, contrattuale e di amministrazione del personale.
4. Focalizzare e sostenere la funzione del **"case manager"** (che può essere svolta da operatori sociali anche quelli dell'incontro domanda offerta che affiancano l'utente e la sua famiglia nella messa a fuoco del mix assistenziale coerente ai bisogni multidimensionale, valorizzando l'offerta assistenziale del territorio. Per questo si tratta di definire percorsi formativi e

accreditamento di competenza .

.
. .
. .
. .