

I SERVIZI PER LA POPOLAZIONE ANZIANA NELL'AREA METROPOLITANA BOLOGNESE

Sfide e prospettive
di innovazione per domiciliarità,
residenzialità e abitare



ctzsm
conferenza
territoriale
sociale e sanitaria
metropolitana di bologna

 CITTÀ
METROPOLITANA
DI BOLOGNA



COMUNE DI BOLOGNA

Il presente documento è il risultato del lavoro collettivo sviluppato durante i tavoli di lavoro organizzati nei mesi di febbraio-marzo 2021. Le considerazioni riportate nelle pagine seguenti sono frutto dei contributi presentati dai partecipanti, discussi e rielaborati durante i diversi incontri.

Organizzatori:

CTSS metropolitana di Bologna, in collaborazione con Città metropolitana di Bologna e Comune di Bologna.

Partecipanti:

ACER Bologna; AGCI ER; AIASS Bologna Onlus; ANASTE; ANCeSCAO Struttura comprensoriale della città metropolitana di Bologna; Alleanza delle Cooperative Italiane; Associazione Senza Il Banco; ASP Città di Bologna; ASP Nuovo Circondario Imolese; ASP Pianura Est; ASP Seneca; ASC Insieme; Associazione CARER – Caregiver Familiari Emilia Romagna; Asp Laura Rodriguez; Associazione Ricerca Demenze (ARAD); AUSER territoriale Bologna OdV; Azienda Usl di Bologna; Azienda Usl di Imola; Beata Vergine delle Grazie RSA; CADIAI; Centro Regionale Ausili – Ausl Bologna; Centro Sociale Anziani Ruozi Romeo; Centro Sociale Fiorenzo Malpensa – San Lazzaro Di Savena; Cna Pensionati Imola; Comitati consultivi misti socio-sanitari (CCMSS) di Bologna e Imola; CGIL, CISL, UIL Confederali, e Spi CGIL,UILP, FNP CISL; Fondazione Generazioni CISL; Fondazione Santa Clelia Barbieri; Cooperativa DaiCrocicchi; CFP FUTURA; Fondazione Sant’anna e Santa Caterina; Istituzione Gian Franco Minguzzi; Istituzione Servizi Sociali Educativi e Culturali dei Comuni dell’Appennino Bolognese; LEGACOOP; SEACOOP; Società Dolce – Società Cooperativa; SOLCOPROSSIMO; SOLCOCIVITAS; Uffici di Piano dei Distretti Socio-Sanitari della città metropolitana di Bologna; VOLABO- CSV Bologna.

INDICE

INTRODUZIONE	I-II
1 I TEMI, I TAVOLI, LE SFIDE	1
2 RESIDENZIALITA'	3
2.1 Strutture per anziani non autosufficienti (CRA)	
2.2 Servizi per anziani fragili	
3 DOMICILIARITA'	7
3.1 Assistenza domiciliare e welfare di prossimità	
3.2 Il ruolo delle assistenti familiari e del caregiver familiare	
3.3 Centri diurni	
4 ABITARE	11
4.1 Riattamento degli alloggi e rimozione delle barriere architettoniche	
4.2 Assistenza e monitoraggio	
4.3 Le innovazioni possibili	
5 CONCLUSIONI: GOVERNO PUBBLICO, INNOVAZIONE E FINANZIAMENTI	15
5.1 Governo pubblico e integrazione	
5.2 Finanziamenti e innovazione	

INTRODUZIONE

La ricostruzione della governance metropolitana in ambito sociale e sociosanitario, realizzata nell'ultimo triennio, si è concretizzata in un rilancio della funzione di programmazione della CTSS Metropolitana di Bologna, per recuperare il ruolo di regia pubblica e garantire in tal modo omogeneità territoriale.

La giornata seminariale realizzata a Budrio il 18 Aprile 2018 scorso – “L'integrazione come parola chiave del welfare metropolitano: livelli di coordinamento e comunità locali” – ha rappresentato un primo momento di riflessione sul tema, ed ha posto le basi per la successiva approvazione dell'Atto di Indirizzo e Coordinamento triennale, avvenuta nella seduta della CTSS Metropolitana del 10 Maggio 2018. La principale priorità individuata, il contrasto alla povertà e all'impoverimento, trae origine dai dirompenti cambiamenti sociali e socio-economici e delinea un ruolo metropolitano innovativo nell'individuazione di strumenti di supporto alla programmazione territoriale – quale è l'attuale Fondo di Comunità Metropolitano.

Negli ultimi quindici mesi, l'architettura delineata nell'Atto di Indirizzo e Coordinamento triennale e, più in generale, le problematiche vissute nel contesto metropolitano bolognese hanno subito rapidi sconvolgimenti, determinati dalla crisi pandemica attualmente in corso. Essa infatti, stravolgendo i nostri capisaldi della vita quotidiana, ha reso necessario un ulteriore rafforzamento del governo delle politiche sociali e sociosanitarie a tutti i livelli, in particolare quello metropolitano.

Il contesto pandemico ha messo in crisi l'equilibrio precario nel quale da qualche tempo erano collocate le politiche sociali e sociosanitarie rivolte agli anziani, un settore del welfare in grado di dare risposte parziali ad una fetta minoritaria del bisogno complessivo, rimasto l'unico comparto ancora non investito da alcun rafforzamento significativo.

In questo quadro, un cambio di rotta sarà rappresentato dal PNRR approvato negli scorsi mesi che, restituendo centralità nel welfare alle politiche per gli anziani, permetterà di potenziare le politiche pubbliche di questo settore. Le criticità che la pandemia ha evidenziato, potranno pertanto trasformarsi in opportunità per il futuro, in modo da soddisfare una parte più ampia dei tanti bisogni emersi.

L'azione propulsiva della CTSS Metropolitana si è pertanto intensificata per rispondere primariamente alle sfide determinate dalla crisi pandemica e per cogliere l'opportunità di potenziamento e innovazione del sistema e dei servizi. Diverse sono state le attività realizzate in questo ultimo periodo.

Nel 2020 la CTSS Metropolitana, con la collaborazione della Città metropolitana di Bologna e del Comune di Bologna, ha realizzato una indagine-censimento, rivolta a tutte le strutture residenziali per anziani e disabili, che ha restituito un quadro estremamente realistico relativo alle principali problematiche affrontate dalle strutture nei mesi della prima ondata della pandemia. L'indagine, partendo dall'analisi delle criticità riscontrate, ha permesso di individuare molti spunti per il miglioramento organizzativo e la gestione pandemica delle strutture residenziali, ed ha costituito il punto di partenza per il percorso di innovazione promosso a partire dall'autunno successivo.

Nei mesi autunnali del 2020, è stato infatti realizzato un percorso volto ad un approfondimento e avvicinamento alle logiche di innovazione nell'area anziani, con la collaborazione di Cergas – SDA Bocconi ed il coinvolgimento delle tecnostutture dell'area sociale e sociosanitaria, che ha permesso di allargare la prospettiva nella quale i servizi normalmente operano. Il settore pubblico infatti governa circa un terzo delle risorse disponibili; il resto – percepito dalle famiglie sotto forma di trasferimenti monetari non vincolati – viene normalmente utilizzato come spesa out of pocket, per l'acquisto di servizi offerti a regime di libero mercato, con una scarsa regia da parte del settore pubblico.

A tale caratteristica strutturale delle politiche per gli anziani si aggiunge la tendenza a concentrare le risorse verso i livelli più elevati di assistenza (non autosufficienza in primis), sovente sottovalutando

i bisogni - anch'essi significativi - degli anziani cosiddetti "fragili", ovvero appartenenti a quella fascia di età che vive da sola presso il proprio domicilio e inizia ad avere problemi di isolamento sociale. Verso questa fascia di popolazione, infatti, il settore pubblico rivolge l'attenzione molto più raramente, lasciando alla libera auto-organizzazione individuale il soddisfacimento dei bisogni specifici. Proprio su questa area di bisogno si possono intravedere le potenzialità rappresentate dall'utilizzo delle tecnologie e delle piattaforme, strumenti spesso in grado di soddisfare i bisogni delle persone con costi contenuti, e aventi il pregio di garantire la possibilità al sistema pubblico di governare l'utilizzo delle risorse private dei cittadini, direzionandole verso le opportunità di maggior valore e qualità.

Tale percorso di approfondimento ed innovazione è stato seguito dall'avvio, nei primi mesi del 2021, di tre tavoli tematici, sulla residenzialità, domiciliarità ed abitare, convocati con un ampio coinvolgimento degli stakeholders del territorio – pubblici, privati, no profit – dell'area metropolitana bolognese. Le attività di ciascun tavolo sono state introdotte da una o più relazioni tecniche, che in alcuni casi hanno descritto esperienze innovative realizzate nei territori dell'area metropolitana bolognese. A seguito di tali relazioni, sono intervenuti i partecipanti, che in alcuni casi hanno provveduto successivamente a inviare documenti scritti di approfondimento. I lavori di questi tre tavoli – ciascuno dei quali si è riunito due volte – si sono concretizzati nella redazione di un documento di approfondimento e di un allegato tecnico che, delineando una "visione" possibile, vogliono essere un contributo alla riflessione e alla discussione pubblica sulle sfide e le nuove priorità da affrontare nell'area delle politiche per gli anziani.

Dalle azioni svolte in questo percorso e con specifico riferimento alla governance del livello intermedio, possono essere tratti due elementi utili in prospettiva futura.

Il primo, riguarda il potenziamento ed ampliamento della funzione di integrazione tra le politiche esercitata dalla CTSS Metropolitana. Accanto all'integrazione sociosanitaria, già largamente praticata e da consolidare ulteriormente, e accanto all'integrazione con le politiche del lavoro e dell'istruzione, strumenti come il PNRR permettono di individuare nuove possibili intersezioni con altre aree. Ad esempio, l'integrazione tra politiche sociali e politiche urbanistiche può permettere la realizzazione di iniziative sperimentali che, oltre a risanare e recuperare aree urbane dismesse, permette di creare nuovi luoghi di integrazione della comunità nei quali realizzare anche servizi innovativi, soprattutto sotto il segno della relazionalità, che rispondono a bisogni non soddisfatti.

Il secondo elemento riguarda invece l'indicazione, da affermare compiutamente, della salute intesa come perno attorno al quale costruire le politiche. In un'ottica di promozione del benessere della persona, la salute può essere considerata infatti l'elemento principale e il criterio di riferimento sul quale costruire le politiche pubbliche e dal quale partire per disegnare le strategie future. La promozione della salute, si può ben dire, in questo senso, possa e debba diventare il carattere distintivo di Bologna metropolitana.

Giuliano Barigazzi

Presidente della Conferenza Territoriale Sociale e Sanitaria Metropolitana di Bologna

1 | I TEMI, I TAVOLI, LE SFIDE

Le trasformazioni sociali, demografiche ed economiche che hanno investito i cittadini italiani ed europei negli ultimi decenni, ulteriormente acuite dall'emergenza COVID-19, hanno modificato i bisogni di vita individuali e familiari e hanno stimolato approcci innovativi all'erogazione di servizi verso una risposta ad esigenze sempre più diversificate.

Sebbene il cambiamento riguardi diverse fasce di età ed aree di intervento, la popolazione anziana ed i servizi ad essa correlati necessitano di uno sguardo ravvicinato. L'Italia è infatti il paese con la più elevata presenza di anziani in Europa e uno tra quelli con la speranza di vita più alta. A fronte di una decrescita demografica prevista per il prossimo trentennio, l'incidenza della popolazione anziana aumenterà ulteriormente, passando dagli attuali 13,7 a 19,6 milioni nel 2051 (33,2% del totale della popolazione)¹.

Questo incremento rivela la necessità di riprogrammare ed innovare l'offerta dei servizi per la popolazione anziana, nell'ottica di una maggiore flessibilità e tempestività di risposta a bisogni mutevoli, ma anche dell'inclusione di nuovi attori che si affianchino al pubblico, le cui risorse al momento non riescono a coprire la totalità e la complessità dei bisogni dei cittadini. Il coinvolgimento strutturato del privato e del terzo settore nell'offerta dei servizi è fondamentale anche alla luce del modello di welfare familiare su cui si è storicamente consolidata l'attività di cura in Italia, oggi messo in discussione dalla riduzione del numero dei componenti dei nuclei familiari e dalla difficoltà di conciliazione di attività di cura e occupazione lavorativa.

Le necessità di innovazione del sistema dei servizi agli anziani sono state dettagliate nell'ambito di un progetto formativo realizzato nel corso dell'autunno del 2020, realizzato in collaborazione con Cergas-Bocconi, che ha coinvolto le tecnostrutture deputate alla programmazione dei servizi sociosanitari. Anche a seguito delle prime indicazioni di policy emerse dal percorso, la CTSS Metropolitana di Bologna, con la collaborazione della Città metropolitana di Bologna e il Comune di Bologna, ha avviato un tavolo di lavoro, coinvolgendo gli stakeholders del territorio ed i maggiori esponenti della programmazione e dell'erogazione di servizi per anziani nei diversi territori di afferenza.

Organizzazioni sindacali, enti del terzo settore e del privato sociale e rappresentanti di diverse pubbliche amministrazioni sono stati chiamati a confrontarsi su tre temi principali, la cui implementazione integrata crediamo costituisca la base per il futuro dei servizi: residenzialità, domiciliarità e abitare². Attorno a ciascun tema sono stati organizzati due cicli di incontri. Il primo incontro di ciascun tavolo, stimolato anche da interventi a cura di relatori che hanno condiviso esperienze innovative sviluppate sia nel contesto metropolitano Bolognese sia in ambito regionale, è stato occasione per discutere le questioni più urgenti e per individuare prospettive di innovazione. Facendo tesoro dei contributi dei partecipanti, presentati durante i tavoli e recapitati in forma scritta in fase successiva, sono stati redatti documenti preliminari, che hanno fornito le basi per il secondo ciclo di tavoli di lavoro e per il presente documento. Di seguito sono riportate le questioni specifiche emerse durante le giornate di lavoro collettive, suddividendone i contenuti sulla base dei tre temi sopracitati. Nonostante la specificità delle argomentazioni emerse, che attengono a settori differenti e coinvolgono competenze specifiche, residenzialità, domiciliarità e abitare sono i principali assi di lavoro scelti, poichè sottendono questioni interdisciplinari e stimolano politiche e approcci integrati alla progettazione dei servizi. In questa breve introduzione, riteniamo necessario richiamarne alcune, che sono al contempo esiti e presupposti delle riflessioni collettive:

¹ Fonte: Censis, Tendercapital (2019), La silver economy e le sue conseguenze. 1°Rapporto Censis-Tendercapital sui buoni investimenti.

² I primi due tavoli sono stati moderati da Chris Tomesani, Dirigente responsabile Ufficio di Piano e Servizio sociale territoriale del Comune di Bologna, il terzo da Monica Guidetti, responsabile delle Politiche Abitative per l'Area Sviluppo Sociale della Città Metropolitana di Bologna.

- La personalizzazione dei servizi per rispondere alle diverse esigenze dei nuclei familiari, sempre più complesse ed eterogenee. L'aumentare dell'aspettativa di vita della popolazione anziana ha portato da un lato ad una progressiva sanitarizzazione delle strutture residenziali- determinate, in particolare, dalla crescente gravità delle condizioni sanitarie e di non autosufficienza degli ospiti- dall'altro ha evidenziato nuove criticità negli anziani totalmente o parzialmente autosufficienti, che spesso presentano bisogni legati a condizioni di fragilità psico-sociale o fisica. In particolare, le attività di socializzazione e di prevenzione/accompagnamento, che sono una nuova frontiera verso cui orientare i servizi pubblici e del privato accreditato e non, difficilmente riescono a soddisfare i bisogni – in continuo aumento – della popolazione anziana fragile. L'attivazione di risposte personalizzate ai bisogni di individui e famiglie intreccia sia il panorama di servizi domiciliari che la residenzialità, fortemente sollecitati dall'emergenza sanitaria in corso. Ma queste questioni riguardano anche le politiche abitative, la cui azione è chiamata ad estendersi verso una concezione di abitare quale insieme di servizi volti ad implementare il benessere della persona.
- Il ruolo emergente delle nuove tecnologie nella cura e assistenza dell'anziano. La possibilità di integrare le metodologie di assistenza tradizionali a dispositivi in grado di monitorare lo stato di salute da remoto e di facilitare la socializzazione degli anziani a distanza sembra essere un'opportunità inedita per implementare il sistema dei servizi residenziali, domiciliari e abitativi. Oltre a consentire uno sguardo più ravvicinato verso i processi di decadimento dell'anziano e una maggiore prontezza di intervento in caso di bisogno, l'introduzione di dispositivi di ICT nei contesti abitativi può consentire anche interessanti opportunità di formazione per assistenti familiari e caregiver e di digitalizzazione degli anziani stessi.
- L'integrazione dei servizi sul territorio, con particolare riferimento al rapporto tra enti pubblici, terzo settore e imprese e al lavoro 'di rete', da consolidare nell'ottica di un welfare comunitario. Oltre a stimolare collaborazioni e interazioni a livello locale, il tema sollecita direttamente anche l'azione integrata di diversi ambiti di policy. È il caso della già faticosa integrazione tra politiche sanitarie e socio-assistenziali, ma anche di quella tra politiche abitative, sociali e urbanistiche. In questo senso, l'obiettivo sempre più urgente deve essere il superamento della logica delle cure intese come sommatoria di singoli atti diagnostici, terapeutici ed assistenziali a favore di un sistema integrato.
- Il ruolo del governo pubblico nell'implementazione e nella programmazione di servizi innovativi. In un panorama sempre più diversificato di bisogni, servizi e attori, risulta fondamentale il ruolo del pubblico quale attore principale nel ruolo di regia del sistema, nel governare processi di cambiamento e nel contribuire attivamente all'innovazione. Il tema verrà approfondito nel capitolo conclusivo, dove verranno discussi possibili orizzonti di crescita e opportunità di finanziamento.



2 | RESIDENZIALITA'

L'emergenza sanitaria Covid-19 ha portato alla luce le debolezze dei servizi socio-assistenziali e socio-sanitari. Tali debolezze, già esistenti prima dell'epidemia e più volte segnalate dai diversi soggetti di riferimento, si sono trasformate in criticità sulle quali è necessario intervenire. Le strutture residenziali per anziani hanno bisogno di essere rinnovate per rispondere ai nuovi bisogni della popolazione anziana.

L'aumento della speranza di vita, se da una parte ha portato ad una progressiva sanitarizzazione delle strutture residenziali (determinata, in particolare, dalla crescente gravità delle condizioni sanitarie e di non autosufficienza degli ospiti), dall'altra ha evidenziato nuove criticità della popolazione anziana meno fragile che, anche se totalmente o parzialmente autosufficiente, può presentare bisogni legati a condizioni di fragilità psico-sociale o fisica.

Inoltre, l'offerta pubblica accreditata dei servizi (CRA) si rivolge principalmente alla fascia di anziani non autosufficienti, mentre la parte legata al soddisfacimento di bisogni di socializzazione e prevenzione/accompagnamento della non autosufficienza è spesso gestita dal settore privato, dal volontariato e/o dalla famiglia dell'anziano, senza alcun ruolo del settore pubblico.

E' necessario considerare il servizio residenziale per anziani all'interno del sistema complessivo dei servizi (ospedalieri, territoriali, domiciliari, diurni e residenziali) in una logica di integrazione di risposte diversificate che si rivolgono a bisogni complessi e in rapida evoluzione. L'obiettivo sempre più urgente deve essere il superamento della logica delle cure intese come sommatoria di singoli atti diagnostici, terapeutici ed assistenziali a favore di un sistema integrato, nel quale i gestori, pubblici e privati, operino all'interno di quanto previsto dalla "Carta dei diritti responsabili delle persone anziane fragili"³.

La sfida è, dunque, nella creazione di una nuova filiera di servizi che siano in grado di fornire risposte diversificate e flessibili ai nuovi bisogni della popolazione anziana, attraverso un rafforzamento del ruolo di programmazione e controllo da parte del settore pubblico.

2.1 Strutture per anziani non autosufficienti (CRA)

In un sistema che vede la saturazione delle risorse pubbliche a disposizione e l'aumento degli anziani ultraottantenni, il numero di posti accreditati risulterà sempre più insufficiente rispetto al fabbisogno territoriale. Risulta pertanto indispensabile riaprire un confronto regionale sull'accreditamento e sulle modalità di finanziamento dei posti da parte del pubblico e del privato cittadino, mantenendo comunque un equilibrio non inferiore a quello attuale tra pubblico e privato. Sarà utile mettere in campo la possibilità di rivedere il sistema di remunerazione delle prestazioni dei servizi e adeguare i requisiti di sicurezza di tipo strutturale e procedurale. Dovranno inoltre essere valutati meccanismi di regolazione del mercato complementari a quelli attualmente in vigore, considerando la possibilità di prevedere anche percorsi di co-progettazione fra pubblico e privato.

Pur facendo fronte a bisogni sempre più sanitari (e meno sociali) degli utenti in carico, le CRA dovrebbero continuare a tenere alta l'attenzione sull'anziano e sul ruolo dei parenti.

In particolare, emerge la necessità di una *riflessione sulla logistica e l'organizzazione delle strutture*, anche attraverso una loro rimodulazione, in modo tale da rendere l'ambiente sempre più "personalizzato" ed accogliente, per garantire benessere psico-sociale, in modo da conseguire una sempre maggiore apertura verso la comunità. Per lo stesso motivo occorre incentivare la predisposizione di camere singole nelle strutture, soluzione resa necessaria anche dalle misure per il contenimento dell'epidemia in corso. Parallelamente, occorrerà aprire una riflessione sulle case

³ Per maggiori informazioni: <http://www.anzianiattivi.it/Engine/RAServePG.php/P/26461ANZ0600/T/Carta-dei-diritti-responsabili-delle-persone-anziane-fragili>

famiglia per consentire un loro inserimento nel sistema, senza oneri a carico del FRNA, prevedendo un rafforzamento del ruolo di controllo da parte del settore pubblico.

I bisogni di socializzazione devono infatti essere conciliati con le azioni di contenimento epidemico (isolamento dei pazienti ecc.) messe in atto durante il periodo della gestione dell'emergenza sanitaria Covid-19. Probabilmente strutture con meno ospiti riuscirebbero, da una parte, a soddisfare i bisogni di socializzazione dell'ospite (requisito fondamentale anche per una CRA); dall'altra, a gestire in maniera meno problematica le situazioni di contagio, permettendo un migliore controllo in caso di situazioni pandemiche.

La realizzazione e l'utilizzo di spazi verdi (giardini vivibili, zone all'aperto dove gli ospiti possano essere portati) potrà fornire un elemento ulteriore di qualità assistenziale nel servizio erogato, anche rispetto alla possibilità di contatto dell'utente anziano con i familiari.

Attualmente le CRA risultano essere strutture fortemente standardizzate, realizzate con un modello simile a quello ospedaliero. È necessario perseguire un modello che metta al centro la personalizzazione dell'intervento a favore dell'individuo, assicurando agli ospiti la migliore qualità di vita possibile, realizzando modelli assistenziali con maggiore elasticità di orario e di adempimenti più flessibili. Al concetto di cura dovrà affiancarsi quello di prendersi cura, per una presa in carico delle persone che non sia strettamente sanitaria, ma volta al benessere in senso globale.

È altrettanto importante verificare l'attuale dotazione di personale sanitario e socio-sanitario, a livello quantitativo e qualitativo. A tal fine, il personale dovrebbe essere stabilizzato garantendo omogeneità delle retribuzioni, sia tra settore pubblico e settore privato, sia tra il settore sanitario e il settore sociosanitario.

E' importante, inoltre, rivedere la struttura degli organici, prevedendo la possibilità di figure professionali nuove (professionisti esperti di sollecitazioni cognitive e di salute mentale, fisioterapisti, nutrizionisti, logopedisti, operatori sociosanitari specializzati, ecc.) che supportino nella gestione delle condizioni molto spesso pluripatologiche degli anziani presenti nelle strutture. Dovrà inoltre essere attribuito un ruolo ai MMG, sia all'interno delle strutture, sia nel rapporto con i parenti degli ospiti. Bisognerà inoltre prevedere di potenziare l'assistenza medica e infermieristica, considerando anche l'estensione sulle 24 ore giornaliere, in modo da fornire assistenza tempestiva ed adeguata, limitando i trasferimenti in PS. Dovrà essere intensificato il rapporto con le Unità di valutazione Multidimensionale e, laddove necessario, anche con l'esperienza delle USCA e delle task force.

Sarà inoltre prioritario investire in formazione e competenze del personale. L'aumento delle patologie neurologiche degenerative e, più in generale, dei bisogni assistenziali degli anziani non autosufficienti, richiede competenze specifiche, che permettano sia l'assistenza dell'utente, sia l'individuazione precoce delle malattie, la comprensione dei comportamenti, il supporto ai caregiver, la realizzazione di attività mirate alla riabilitazione, il rallentamento del decadimento cognitivo. Più in generale, si tratta di formazione finalizzata alla promozione della salute dell'anziano in carico, al quale deve essere garantita assistenza sempre più qualificata. La formazione, che potrà essere realizzata anche con corsi finanziati dal settore pubblico, dovrà essere rivolta in particolare agli operatori sociosanitari e agli infermieri, per accrescerne ruolo e competenze anche in materia di gestione di contesti pandemici.

In una prospettiva di medio periodo, in cui si prevede l'espandersi delle richieste di servizi da parte degli anziani, la formazione di chi "assiste" sarà sempre più importante. In accordo con l'Università, sarà opportuno promuovere nuovi corsi triennali infermieristici che portino a nuove figure professionali da inserire nei servizi diurni e residenziali, figure in grado di stimolare e facilitare i processi di comunità, di agire sulla prevenzione e di connettere le diverse competenze.

La formazione dovrebbe essere considerata un investimento e potrebbe riguardare anche sintomatologie che possono coinvolgere il personale, come il burn out, particolarmente insidiosa in contesti di cura come le strutture residenziali per non autosufficienti, perché condizioni di difficoltà del personale possono riverberarsi negativamente sugli utenti anziani.

Una parte indispensabile della formazione dovrà riguardare l'acquisizione di competenze di tipo

tecnologico-informatico, per seguire il processo di digitalizzazione dei dati e delle attrezzature mediche, oltre che per utilizzare efficacemente i nuovi strumenti sanitari e le nuove tecnologie. Il contatto permanente e continuo con i familiari dell'ospite risulta fondamentale. Alla luce delle inevitabili restrizioni attuate nel periodo più critico della diffusione della pandemia, che hanno portato a sperimentare nuove modalità di comunicazione con le famiglie (videochiamate, foto, utilizzo dei social, ecc.), è necessario riorganizzare le modalità di apertura alle visite in modo tale da svolgerle in maniera sicura senza far perdere il contatto tra l'ospite e il familiare. In particolare, va estesa la diffusione dei sistemi di comunicazione a distanza con l'esterno, attraverso l'introduzione delle necessarie innovazioni tecnologiche. L'acquisizione di competenze di tipo tecnologico-informatico tra i dipendenti dovrà essere posta al primo posto per mantenere i collegamenti tra familiari, care giver, ospiti. Le nuove modalità di comunicazione con le famiglie, grazie all'utilizzo delle nuove tecnologie, possono creare una comunità virtuale adatta al soddisfacimento della necessità di socializzazione dell'anziano. Andrà inoltre operata una riflessione sulla filiera (lungodegenze, ospedali di comunità e CRA), al fine di creare una rete tra tali strutture, che possa accompagnare le possibili evoluzioni (in particolare delle CRA) della domanda di servizi e garantire flessibilità.

2.2 Servizi per anziani fragili

È necessario investire sulla capacità del sistema di realizzare una integrazione più efficace tra i diversi servizi. Le reti sono indispensabili per ampliare le risposte ai bisogni e renderle sempre più adeguate.

Attualmente esiste un gap informativo e di conoscenza del quadro delle situazioni di fragilità e dei fabbisogni delle persone anziane da parte dei servizi. Gli anziani vengono presi in carico solo nel momento in cui le loro condizioni di non autosufficienza si aggravano ed i caregiver non riescono più a gestire il tutto autonomamente. Molto spesso l'ente pubblico non è in grado di fornire supporto all'orientamento della domanda di servizi da parte degli anziani, dal momento che non dispone né di strumenti di controllo e di governo dell'offerta privata dei servizi, né di strumenti di presidio e garanzia.

È fondamentale un'inversione di rotta in modo tale da poter far entrare in contatto con i servizi competenti gli anziani quando ancora sono in condizioni di autosufficienza attraverso una modalità di "presa in carico leggera e tempestiva"; in questo modo si può monitorare l'andamento dello stato di salute anche attraverso attività ed interventi di prevenzione che rinviino il più possibile l'insorgere di problemi di disabilità psicofisica. Ciò potrebbe determinare un aumento delle possibilità di una migliore qualità della vita e un risparmio di risorse utilizzate per la cura.

È necessario, dunque, il potenziamento della rete circolare (anche attraverso collaborazioni con terzo settore e organizzazioni di volontariato) che dia risposte all'anziano, dentro un governo e una programmazione pubblica che preveda anche il mantenimento di una parte di gestione. La residenzialità, in questa impostazione, potrebbe essere vista solo come una fase temporanea nella presa in carico dell'anziano: nel momento dell'acuzie la persona viene accolta nell'unità assistenziale e successivamente restituita al territorio al massimo delle proprie potenzialità.

Attualmente mancano una serie di servizi intermedi che assicurino gradualità e flessibilità ai nuovi bisogni degli anziani: si dovrebbe creare un sistema a cavallo tra domiciliarità e residenzialità, prevedendo la progettazione ed il finanziamento di servizi di residenzialità leggera, da affiancare al potenziamento dei ricoveri di sollievo presso le strutture residenziali già esistenti.



3 | DOMICILIARITA'

La centralità dei servizi di supporto alla domiciliarità si è ulteriormente rafforzata, dopo la fase più acuta e drammatica del contagio del Covid 19, per le difficoltà che si sono determinate sia nella gestione degli ospiti nelle residenze anziani, sia per il mantenimento, controllo e continuità dei servizi presso le abitazioni durante il lockdown.

L'invecchiamento della popolazione e i mutamenti dei bisogni della popolazione anziana rendono necessario innovare l'organizzazione dei servizi a domicilio per gli anziani. Il primo elemento su cui lavorare è la maggiore integrazione tra i servizi del territorio, per disegnare soluzioni "su misura" che permettano di soddisfare i bisogni attraverso la fruizione di più servizi (un periodo di sollievo insieme all'assistenza domiciliare o ad una parziale fruizione di servizi diurni, ...).

Deve inoltre essere adeguatamente sviluppato il lavoro di rete, ancora troppo spesso assente o molto limitato, che deve diventare una modalità di lavoro sempre più diffusa per garantire un più efficiente funzionamento della presa in carico. Oltre al ruolo positivo giocato dalle USCA, che deve diventare continuativo e strutturale, è necessario un rafforzamento del ruolo dei MMG, che devono partecipare alla scelta dei diversi servizi offerti (PAI), anche attraverso lo sviluppo dei servizi di telemedicina, televisita e teleconsulto sul territorio, integrati con le Aziende Usl. Andrà considerata una revisione delle convenzioni con i 'medici di base', che debbono garantire la continuità della prossimità alla persona.

Diviene in altre parole strategico pensare alla costruzione di un sistema multilivello di governance, che ricomponga l'insieme dei servizi sociali, sociosanitari e sanitari e degli interventi in un complesso unitario ed integrato di attività e processi. Si tratta delle sfide contenute nell'ambito delle azioni previste all'interno delle missioni 5 e 6 del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza.

3.1 Assistenza domiciliare e welfare di prossimità

Per la costruzione di questo sistema, l'accesso ai servizi resta un punto di importanza fondamentale. In questo senso, va maggiormente strutturata la funzione di orientamento ed informazione degli sportelli sociali, anche attraverso l'estensione di esperienze come quella del Comune di Bologna sul supporto al caregiver e di altri territori, per soddisfare al meglio i bisogni della popolazione; inoltre, vanno portate a sistema la sperimentazione progettuale sovradistrettuale e la definizione di indirizzi comuni distrettuali, avviate attraverso l'attività di programmazione e coordinamento della CTSSM, in modo da costruire un ruolo formale e proattivo del caregiver nel sistema dei servizi, oltre che nella definizione e sottoscrizione del PAI. Potenziamento dell'accesso e coinvolgimento dei caregiver sono determinanti per rimettere al centro la scelta strategica della domiciliarità, che va rilanciata, estesa e diffusa, in termini quantitativi e qualitativi, dopo l'esperienza maturata durante questa pandemia.

Il tema della domiciliarità riporta alla necessità di trovare soluzioni adeguate per il mantenimento degli anziani nel loro domicilio. E' un'area che, oltre ai servizi per persone non autosufficienti, deve anche prevedere la progettazione di iniziative rivolte agli anziani fragili ma ancora con buone facoltà motorie e intellettive, nel tentativo di estendere il panorama di servizi e interventi, così da raggiungere una platea di anziani più ampia dal momento che molti non sono conosciuti ai servizi. Il punto di partenza dello sviluppo dei servizi a sostegno della domiciliarità può considerarsi l'assistenza erogata attraverso personale sanitario (ADI) o sociosanitario (SAD/ASSDI), che attualmente raggiunge un numero significativo di persone e che tuttavia dovrà integrarsi maggiormente con il personale sanitario (in particolare, con l'infermiera/e di quartiere, introdotta/o dal decreto rilancio), eventualmente anche attraverso lo svolgimento di alcune visite specialistiche a domicilio. Il caregiver e l'assistente familiare andranno coinvolti nel programma di assistenza per contribuire a mantenere il più possibile attiva e partecipativa la persona assistita.

La necessità di aumentare la qualità del servizio di assistenza domiciliare "non leggera" – oltre che attraverso il coinvolgimento del caregiver e/o dell'assistente familiare – si dovrà sviluppare su

tre direttrici: un maggiore coinvolgimento del MMG, la presenza di nuove figure professionali (lo psicologo per la sollecitazione delle capacità cognitive, il fisioterapista per l'attività motoria e le problematiche circolatorie, il nutrizionista per la dieta alimentare), l'aumento del pacchetto delle ore dedicate alle varie attività, che non dovrebbe essere comunque inferiore a 12 ore settimanali, per rendere significativo l'intervento domiciliare, sia esso svolto con personale sanitario (ADI) che con personale sociosanitario. In questo senso, la garanzia di un numero minimo di ore di assistenza domiciliare "non leggera", rappresenterebbe una prima sperimentazione nella direzione dell'introduzione dei LEP (Livelli Essenziali delle Prestazioni) nell'area sociosanitaria.

Il limite dell'assistenza domiciliare di cui sopra riguarda principalmente il fatto che non riesce a raggiungere una fetta importante di utenti per i quali dovrà prevedersi lo sviluppo di un secondo tipo di assistenza domiciliare a bassa soglia, "leggera", che non deve necessariamente svilupparsi attraverso la presa in carico tradizionale. Tale concetto di "bassa soglia" è decisivo per i servizi, perché richiede di immaginare interventi che non prevedono sempre la presa in carico tradizionale. Si rendono dunque sempre più fondamentali i servizi di prossimità e quelle forme di sostegno che nel periodo di pieno lockdown si sono attivate e auto-organizzate nelle comunità, sostenendo il welfare locale e configurandosi come presidi non sanitari fondamentali.

E' in altre parole necessario dare importanza alla domiciliarità non solo intendendola come assistenza e cura, ma come diritto a vivere bene il proprio territorio e i servizi erogati a supporto dei bisogni, ponendo attenzione ai temi della socialità, della cultura e dell'invecchiamento attivo, nell'ottica di un potenziamento complessivo delle attività di prevenzione.

Si potrebbe trattare quindi di una serie di prestazioni, come lo sviluppo di un servizio di fornitura/consegna pasti, con la partecipazione delle associazioni di volontariato e la verifica e il coinvolgimento del contesto familiare ed amicale, o come lo sviluppo dell'utilizzo delle videochiamate in modo diffuso e sistematico.

Tali attività potranno affiancarsi allo sviluppo di interventi di promozione della salute e prevenzione, che devono diventare una priorità nelle scelte strategiche da realizzare con la medicina del territorio. In quest'ottica è necessario mettere al centro la promozione di corretti stili di vita, che permettano di prevenire la diffusione di malattie croniche non trasmissibili e di promuovere benessere, attraverso la realizzazione di un ampio ventaglio di attività, riguardanti la sfera cognitiva e di movimento, ampliando le importanti iniziative già in corso sul territorio: a tal fine, potrà essere estesa agli altri territori dell'area metropolitana bolognese, per esempio, la sottoscrizione del protocollo d'intesa del Comune di Bologna⁴ relativo alla costituzione del Tavolo di Promozione della salute (nella cui cabina di regia siedono due sindaci, di San benedetto Val di Sambro e di Bentivoglio, rappresentativi degli altri Comuni/Distretti dell'area metropolitana bolognese), alle attività e agli interventi di promozione e di educazione alla salute, con lo scopo di realizzare una serie di interventi e di azioni, concertati e co-programmati in modo integrato tra i diversi enti coinvolti e con l'obiettivo ultimo di considerare la salute come filo conduttore nella costruzione di tutte le politiche pubbliche.

Le attività di prevenzione potranno avere una maggiore efficacia se realizzate attraverso la collaborazione dei diversi soggetti in contatto con la persona anziana: in particolare il MMG, attraverso il potenziamento della telemedicina, può esercitare una funzione di monitoraggio delle condizioni di salute della persona (dieta alimentare, assunzione farmaci, ...); può inoltre essere coinvolto in campagne di sensibilizzazione per l'effettuazione di screening finalizzati.

Lo sviluppo di attività utili per la socializzazione ed il mantenimento di uno stile di vita attivo potrà essere realizzato anche in sinergia con il potenziamento di politiche finalizzate alla mobilità agevolata.

Il sostegno alla domiciliarità, in prospettiva, dovrà prevedere un crescente utilizzo delle tecnologie, finalizzate al monitoraggio delle condizioni di salute ed al miglioramento delle condizioni di vita a domicilio della persona anziana. La transizione tecnologica renderà necessario prevedere azioni di alfabetizzazione digitale degli utenti anziani e dei loro caregiver. Tale processo potrebbe anche

⁴ L'accordo è stato sottoscritto da: Comune di Bologna, Azienda Usl di Bologna, Policlinico Sant'Orsola, Alma Mater Studiorum Università di Bologna, Ufficio V ambito territoriale di Bologna dell'Ufficio scolastico per la Regione Emilia-Romagna.

creare opportunità di scambi tra le diverse generazioni, permettendo un più ampio coinvolgimento dei giovani (che, non di rado, rivestono anche il ruolo di caregiver). Dovrà essere esteso l'utilizzo della domotica e intensificato l'abbattimento delle barriere architettoniche, affiancando queste azioni alla realizzazione di iniziative di residenzialità leggera sulla filiera dell'abitare che, come descritto nella sezione specifica, consentano la costruzione di una risposta maggiormente flessibile e adatta ai bisogni degli anziani.

3.2 Il ruolo delle assistenti familiari e del caregiver familiare

Nell'ambito del mantenimento dell'anziano a domicilio, giocano un ruolo centrale due figure: l'assistente familiare ed il caregiver. Le iniziative di potenziamento dei servizi di sostegno al domicilio devono pertanto essere disegnate considerando queste due figure, anche attraverso una loro partecipazione alle attività di cura ed assistenza.

E' necessario estendere e rendere omogenea la diffusione di quanto realizzato nel corso degli scorsi anni nell'area metropolitana bolognese. Attraverso le "linee di indirizzo per le assistenti familiari" approvate nel 2013, partendo dall'esperienza del progetto "Badando" del Distretto Reno Lavino Samoggia, si era dato un primo impulso all'ampliamento del coinvolgimento delle assistenti familiari nell'ambito di tutta l'area metropolitana. Molti altri territori, nel corso degli anni, hanno sviluppato servizi analoghi, ma l'aumento dei bisogni rende necessario un rilancio delle attività, anche nell'ottica di garantire maggiore omogeneità tra le opportunità offerte nei diversi territori. L'inclusione delle assistenti familiari va realizzata attraverso una maggiore integrazione con i servizi socio assistenziali, prevedendo percorsi di regolarizzazione e selezione sulla base di formazione periodica e l'inserimento in un albo che permetta di velocizzare le operazioni di ricerca da parte delle famiglie e conciliare le esigenze lavorative delle assistenti familiari. In particolare, la formazione delle assistenti familiari dovrà evolvere per evidenziare l'importanza delle relazioni sociali nel progetto di accudimento. Sarà anche necessaria una formazione linguistica per le assistenti/gli assistenti familiari straniere/i, in modo da facilitare e rafforzare la relazione con le persone anziane assistite.

Inoltre, l'utilizzo della tecnologia potrà essere un utile supporto, aumentando i canali di interazione.

Si potrà anche prevedere l'erogazione di contributi economici straordinari a favore degli anziani, per supportare le famiglie nel rendere efficace l'utilizzo delle risorse economiche spese in maniera autonoma. L'assistente sociale dovrà quindi assumere il ruolo di case manager per le famiglie, mettendo insieme le diverse opportunità a sostegno dell'anziano e del proprio nucleo familiare.

Il case manager, oltre ai compiti di coordinamento degli interventi, la valutazione degli effetti, la garanzia della continuità assistenziale, dovrà anche diventare punto di riferimento per il caregiver e per l'assistente familiare.

La funzione di governo dell'ente pubblico è particolarmente importante in questo ambito, perché favorisce la tutela delle lavoratrici, costituendo un argine al fenomeno delle cooperative "spurie", che possono generare fenomeni di sfruttamento nei confronti delle lavoratrici e di truffa nei confronti delle famiglie. Al fine di garantire la migliore assistenza possibile all'anziano, sarà inoltre utile indagare, anche attraverso l'utilizzo dei dati disponibili, l'aspetto relativo all'invecchiamento delle assistenti familiari medesime (rispetto al passato, sono molto più numerose le assistenti familiari con più di 65 anni), che può comportare alcune criticità assistenziali, se non adeguatamente considerato.

In molti territori è stata inoltre avviata la realizzazione di pacchetti di servizi di sostegno a domicilio, di durata e tipologia flessibile sulla base dei bisogni degli utenti, anche finalizzati al sollievo delle famiglie. In prospettiva, potrà essere utile realizzare una azione di ampliamento di tali opportunità, tesa a rendere omogenee le tipologie di pacchetti presenti nei diversi territori. Lo sviluppo dei servizi di sollievo (vacanze condivise, ricoveri temporanei, ...) è centrale per soddisfare i bisogni dei caregiver, come pratica per prevenire il burnout e alleggerire il peso della cura. Il caregiver, in particolare, è una figura essenziale nell'ambito del percorso di presa in carico dell'utente; i servizi

devono pertanto essere costruiti attraverso un suo concreto coinvolgimento. A tal fine, le risorse regionali e nazionali potranno essere funzionali a sviluppare iniziative e progettualità innovative per soddisfarne i bisogni e le necessità, a partire da quelli definiti dalla CTSSM, relativi ai caregiver di persone con problematiche relative alla salute mentale e ai giovani caregiver.

3.3 Centri diurni

I centri diurni rappresentano un servizio che ha dimostrato di poter dare risposte al problema degli anziani parzialmente non autosufficienti. Per evitare che il loro utilizzo sia solo temporaneo o di attesa prima di entrare in una struttura residenziale, è importante rendere i centri diurni più fruibili e più qualificati.

Un limite dell'attuale organizzazione riguarda gli orari giornalieri, molto simili a quelli dei servizi educativi, che spesso non si conciliano con gli orari di lavoro dei familiari; inoltre, il trasporto dell'anziano è spesso a cura dei familiari.

Alcuni adeguamenti organizzativi potrebbero pertanto garantire un maggiore benessere degli ospiti e delle loro famiglie. In particolare, un maggiore raccordo con il servizio di assistenza domiciliare (laddove l'utente ne beneficiasse) potrebbe garantire una maggiore omogeneità di intervento e tenere conto delle caratteristiche personali dell'ospite. Un allungamento degli orari di permanenza permetterebbe inoltre una migliore conciliazione dei tempi di vita e di lavoro dei familiari. Il coinvolgimento delle associazioni di volontariato (o anche dei soggetti privati che svolgono un servizio pubblico), attraverso la stipulazione di accordi o convenzioni di ambito metropolitano, potrebbe permettere di garantire il trasporto degli utenti, facilitando così la frequenza dei centri diurni.



4 | ABITARE

L'abitare gioca un ruolo centrale nel garantire il benessere individuale durante il processo di invecchiamento. Il termine è da intendersi sia nelle sue accezioni fisiche e tangibili che in quelle emotive-relazionali. L'organizzazione dello spazio domestico è infatti capace di ostacolare o favorire attività quotidiane e relazioni interpersonali, di creare isolamento o incentivare la socializzazione, di garantire condizioni di sicurezza o di aumentare possibili rischi di incidenti. Molto dipende dalle caratteristiche degli abitanti e dalla capacità degli alloggi di adattarsi ai loro bisogni, mutevoli nel tempo.

Tuttavia, l'abitare si gioca anche negli spazi di relazione e condivisione che non necessariamente si sviluppano all'interno delle mura domestiche. Si tratta di spazi di 'prossimità' all'interno dei condomini o nelle loro immediate vicinanze, che garantiscono socialità e relazioni interpersonali fondamentali per evitare condizioni di isolamento e decadimento cognitivo. Al contempo, queste relazioni possono diventare importanti reti di sostegno o 'antenne' per eventuali segnalazioni di emergenze o bisogno, che si integrano ed interagiscono con la rete di servizi esistenti.

L'abitare quindi, nell'accezione più ampia del termine, appare al contempo come campo d'azione dei servizi socio-assistenziali e sanitari e come terreno fertile per la loro innovazione.

Inoltre, assumere l'abitare come componente essenziale dell'invecchiamento implica ulteriori riflessioni su alcuni temi di carattere strutturale, elencati nei punti che seguono, da cui si dipanano possibili traiettorie di innovazione dell'offerta abitativa e dei servizi esistenti.

4.1 Riattamento degli alloggi e rimozione delle barriere architettoniche

A fronte della preferenza degli anziani verso la permanenza presso il proprio domicilio durante le diverse fasi dell'invecchiamento e delle caratteristiche del modello di welfare Italiano, che delega gran parte delle attività di cura ai componenti del nucleo familiare, si sottolinea la necessità di adeguare gli alloggi della popolazione anziana per rispondere alle diverse esigenze di mobilità, accessibilità e sicurezza.

Si attesta infatti che circa 10 milioni di anziani in Italia vivono in case di proprietà⁵. La maggior parte degli anziani (soli, in coppia, in nuclei più ampi) vive in alloggi dai tagli grandi, spesso sovradimensionati rispetto alle effettive necessità. Il patrimonio abitativo in proprietà risale per il 54,9% dei casi a più di 50 anni fa. Lo stato manutentivo di questi alloggi sembra essere buono, complici anche gli incentivi alla manutenzione edilizia succedutisi negli anni. Tuttavia, si segnala che il 76,1% del totale delle abitazioni per anziani è priva di ascensore (vedi nota 4) e oltre 2,5 milioni di anziani vivono in abitazioni non adeguate a condizioni di ridotta mobilità, che necessiterebbero lavori di manutenzione⁶. Il dato dimostra come non sempre la permanenza al domicilio possa essere la soluzione ottimale per un anziano.

In questo senso, emerge l'esigenza di monitorare lo stato manutentivo degli alloggi, con un particolare accento sulla presenza, e la conseguente eliminazione, delle barriere architettoniche. L'introduzione di un Piano di Eliminazione delle Barriere Architettoniche (PEBA) a livello comunale, che agisca sia sul patrimonio abitativo che sullo spazio pubblico⁷, potrebbe costituire un passo significativo verso una maggiore fruibilità degli spazi da parte della popolazione anziana. Si vede necessario estendere le indagini sulla presenza delle barriere e gli interventi propedeutici alla loro rimozione all'intero territorio metropolitano.

⁵ Fonte: AUSER, Abitare e Anziani, SPI-CGIL (2015), 2° Rapporto sulle condizioni abitative degli anziani.

⁶ Fonte: Censis, Tendercapital (2019), La silver economy e le sue conseguenze. 1° Rapporto Censis-Tendercapital sui buoni investimenti.

⁷ Esperienza virtuosa in tal senso è stato l'incontro promosso da Spi Fnl e Uilp con l'Assessore delegato all'accessibilità e il Disability Manager del Comune di Bologna nel Febbraio 2021.

In particolare, si propone di inserire attività di monitoraggio e rilevamento delle barriere architettoniche nelle future indagini censuarie ISTAT (vedi Censimento Permanente), differenziate per stato giuridico del patrimonio e destinazione d'uso pubblica o privata. Infine, nonostante le risorse stanziare nello scorso decennio dalla Regione e dal Governo centrale per il riattamento degli alloggi di edilizia residenziale pubblica e privata, si vedono necessari ulteriori finanziamenti verso una maggiore fruibilità delle abitazioni e degli spazi pubblici. In questa direzione, è da sottolineare la possibilità di usufruire della detrazione fino al 110% prevista dalla legge di Bilancio 2021 anche per l'abbattimento di barriere architettoniche e l'installazione di ascensori.

Si ravvisa inoltre la necessità di informare maggiormente i cittadini circa le opportunità di finanziamento esistenti, rafforzando la rete degli sportelli esistenti (ad es. Sportelli Sociali e URP) o creando canali informativi dedicati alla consulenza in materia di politiche e servizi abitativi.

4.2 Assistenza e monitoraggio

Le misure di contenimento della diffusione del Covid-19 hanno sollecitato le pubbliche amministrazioni e le organizzazioni deputate all'assistenza e cura dell'anziano ad attivare reti di supporto e di monitoraggio delle condizioni degli anziani durante i periodi di isolamento.

È noto, infatti, come l'assenza di forme di socialità influisca negativamente sui processi di decadimento cognitivo e sul mantenimento di una necessaria rete di supporto familiare o amicale. Nonostante il periodo pandemico abbia esacerbato le condizioni degli anziani soli, il problema esula dall'attuale situazione emergenziale e necessita di strategie di lungo periodo volte al monitoraggio della popolazione anziana presso il proprio domicilio. Queste potrebbero svilupparsi in due direzioni, tra loro connesse.

- Monitoraggio delle condizioni di salute dell'anziano presso la propria abitazione attraverso l'installazione di sensori ambientali e altri dispositivi ICT (*information and communication technologies*), controllati da reti di servizi esistenti e/o reti amicali o parentali di riferimento, nell'ottica della prevenzione di un possibile decadimento fisico o cognitivo e della conseguente rapida attivazione di servizi assistenziali e/o sanitari di supporto;
- Attivazione di reti di socialità e dialogo, in modalità 'reale', attraverso il potenziamento delle reti di volontariato e dei servizi esistenti (parrocchie, case di quartiere, ma anche spazi condominiali sottoutilizzati, ecc.) o 'virtuale', attraverso l'accompagnamento dell'anziano all'utilizzo dei social network e a funzioni di videochiamata verso parenti o amici lontani. L'utilizzo di queste tecnologie può essere assistito, grazie al supporto di assistenti familiari o volontari, o autonomo, attraverso corsi base di digitalizzazione e acquisto di dispositivi idonei. In questo senso, si sottolinea come lo sviluppo e la diffusione di sperimentazioni digitali a supporto della vita fisica e relazionale dell'anziano apra spazi di produzione e opportunità di lavoro innovativi, con particolare riferimento ai servizi formativi, al monitoraggio dei dati e all'implementazione e installazione di dispositivi tecnologici.

Il consenso sul potenziale ruolo delle tecnologie per l'IoT (Internet delle Cose) nel miglioramento delle condizioni di vita dell'anziano, sia presso la propria abitazione che in strutture dedicate, sembra ormai essere diffuso, complici i dispositivi sempre più portatili ed economici per supportare l'autonomia e la sicurezza delle persone anziane nel proprio contesto domiciliare e l'implementazione di reti dedicate a basso costo e consumo, che garantiscono la connessione costante con familiari e caregiver con una bassa invasività sulla privacy.

Alcune esperienze sono già state sviluppate in Emilia-Romagna e possono essere agilmente replicate in altri contesti grazie alle infrastrutture di rete messe a disposizione da Lepida SpA, che permettono di connettere sensori ambientali a basso consumo e alta autonomia. Questi dispositivi, capaci di rilevare il movimento degli abitanti e di monitorarne eventuali variazioni rispetto ad una routine precedentemente osservata, permettono ad operatori ed assistenti familiari di controllare

lo stato di salute dell'anziano e anticipare eventuali interventi di cura.

L'installazione di questi dispositivi si inserisce nell'ottica dell'*Integrated Care*, una visione ampia di assistenza e coordinamento dei servizi territoriali volta al mantenimento dell'anziano presso il proprio domicilio in modo indipendente e sicuro. Considerato il costo contenuto di questi strumenti e il loro facile utilizzo, si propone l'estensione della sperimentazione ad alcuni territori 'pilota' della città metropolitana di Bologna.

A questo proposito, si propone di far coincidere l'inserimento di dispositivi ICT con gli interventi di ristrutturazione del patrimonio sfitto di ACER o altri enti pubblici, in aggiunta a quelli volti alla eliminazione delle barriere architettoniche e al riattamento degli alloggi.

L'ERP si prefigura infatti come un potenziale terreno fertile per una sperimentazione in tal senso. Come emerge dalle ultime rilevazioni, circa il 30% dei componenti dei nuclei familiari di alloggi ERP sono anziani⁸. L'elevata presenza di questo target si scontra tuttavia con le caratteristiche dei nuovi richiedenti, prevalentemente giovani, ponendo in risalto una questione inter-generazionale e sollecitando un'azione specifica verso l'integrazione e il mix sociale. Con specifico riferimento alla popolazione anziana dell'area metropolitana bolognese, la pandemia è stata occasione di rafforzamento della vocazione sociale dell'ERP. Sono state infatti attivate importanti attività di ricerca e monitoraggio delle condizioni abitative degli over 80⁹, che andrebbero ulteriormente implementate in tutti i territori della Città Metropolitana. In questo senso, si auspica anche l'attivazione di sperimentazioni di inclusione digitale degli anziani fragili, facendo leva sulle reti di supporto già esistenti. Un ruolo centrale nel monitoraggio degli anziani presso il proprio contesto abitativo potrebbe essere svolto dai care giver. Come sottolineato dai partecipanti ai tavoli di lavoro, è necessario potenziare questa figura, sia attraverso una maggiore connessione e interazione con i servizi esistenti (e.g. Case della Salute, Medici di medicina generale, ecc.) sia tramite attività di formazione specifiche e risorse dedicate (vedi capitoli 1 e 2 del presente report).

4.3 Le innovazioni possibili

Per rispondere alle diverse esigenze di *comfort, socialità e sicurezza* che possono caratterizzare la vita dell'anziano nel processo di invecchiamento, alcune realtà italiane hanno sperimentato progetti innovativi di *senior living* che ricalcano alcuni modelli europei, seppur con alcune differenze circa la loro estensione a scala nazionale, le modalità di accesso e di finanziamento.

Tra questi si annoverano strutture residenziali per anziani autonomi, generalmente localizzate all'interno di centri urbani densamente abitati o in zone turistiche. Queste location sono caratterizzate dalla spiccata presenza di aree verdi e ideate sulla base di requisiti di sostenibilità, dove servizi alla persona e ricreativi (*amenities*) sono collocati all'interno del complesso residenziale o nelle immediate vicinanze, e giocano un ruolo fondamentale nella routine quotidiana individuale. Si tratta di servizi inclusi nel pacchetto tariffario, quali quelli di manutenzione dell'edificio e sorveglianza, o attivabili *on demand* come: spesa a domicilio, lavanderia, accompagnamento, servizi di cura e igiene personale, servizi di assistenza amministrativa e patrimoniale, consegna di pasti, cura di animali domestici e assistenza per attività esterne (es. teatro).

Questi edifici sono quindi concepiti sulla base di scelte tipologiche, strutturali e funzionali flessibili, capaci di rispondere a tipologie di bisogno diversificate, che conseguentemente concorrono alla strutturazione di un'offerta di servizi – e di piani tariffari – personalizzabili. L'ICT gioca un ruolo sempre più centrale nella progettazione di queste strutture, allo scopo di agevolare alcune attività quotidiane e al contempo monitorare i possibili processi di decadimento.

Nel panorama del *senior living* vi sono poi progetti che insistono maggiormente su forme di abitare condiviso, quale il *co-housing*. Qui l'attività di cura si declina maggiormente nella condivisione di

⁸ Dati condivisi da ACER Bologna, aggiornamento 2017.

⁹ Si veda a tale proposito l'impegno di ACER Bologna e AUSER nel tracciamento dei nuclei di anziani soli durante il lockdown (marzo-maggio 2020). Le indagini hanno rilevato circa 1000 nuclei monoparentali over 80, che sono stati contattati telefonicamente per monitorarne i bisogni e lo stato di salute.

spazi e servizi, oltre che nello sviluppo di relazioni di vicinato e socialità tra gli abitanti. Questa sembra essere la ‘via italiana’ verso l’innovazione dei servizi abitativi per la popolazione anziana: portare la comunità al centro della struttura residenziale e aprirla verso le reti sociali con la quale entra in contatto, stimolando sinergie multigenerazionali¹⁰. Strutture e spazi condivisi (es. lavanderia, spazi condominiali, mensa) vengono quindi creati per superare la tradizionale logica di ‘istituzionalizzazione’ dell’anziano in strutture ad alta intensità assistenziale e sollevare al contempo la famiglia dal ruolo di cura e assistenza.

Con il termine *co-housing* si fa quindi riferimento sia alla condivisione di alloggi che di spazi e servizi. Nel primo caso, si propongono piccole esperienze di convivenza (nuclei da 2-3 persone) da parte di anziani con diversi gradi di autonomia, le cui disponibilità potrebbero essere raccolte dal servizio sociale territoriale. A questi si potrebbero affiancare anche servizi aggiuntivi di assistenza e cura, attivabili in forma condivisa per l’intero nucleo anche in connessione con alcuni servizi esistenti sul territorio (ad es. Case di Quartiere e Centri Sociali). Si rileva inoltre la possibilità di attivare interessanti sperimentazioni di convivenza intergenerazionale. Sebbene le esperienze già in corso non abbiano riscontrato particolari adesioni, si ravvisa la possibilità di sperimentare nuovamente soluzioni in tal senso, attraverso incentivi che possano indirizzare i giovani verso questa scelta.

Per quanto concerne invece la condivisione di spazi e servizi all’interno di uno stesso condominio o complesso residenziale, si segnala la necessità di introdurre e, ove presenti, potenziare, le sperimentazioni di spazi comuni fruibili dalle persone anziane e dagli altri abitanti. Questi potrebbero essere implementati attraverso forme di collaborazione tra le associazioni del territorio, gli amministratori di condominio e la pubblica amministrazione, al fine di promuovere attività di socializzazione e integrazione intergenerazionale, incentivando l’inserimento dell’anziano in un contesto comunitario in modo da prevenire il suo isolamento. Alcune realtà italiane si sono già mosse in simili direzioni, attraverso lo sviluppo del “Portierato sociale di quartiere”, dell’“Amministratore condominiale di comunità” o tramite la creazione di micro-comunità in grado di supportarsi reciprocamente ed evolvere in forme di mutuo-aiuto tra individui con diversi gradi di fragilità, anche attraverso l’uso delle tecnologie.

Queste forme di abitare condiviso hanno ancora un carattere sperimentale nel panorama nazionale. I progetti attualmente in corso mobilitano infatti poche risorse e coinvolgono pochi soggetti. Le ragioni di questo rallentamento sono da ricercarsi nella scarsa propensione degli anziani al trasferimento dalla propria abitazione, vissuta come luogo intimo difficilmente condivisibile, ma anche nella difficoltà di adattamento degli alloggi a nuove forme di abitare e nella scarsa disponibilità economica dei nuclei anziani. Inoltre, il *co-housing* risulta poco appetibile per il settore privato, più propenso ad investire in strutture ad intensità assistenziale medio-alta. Queste modalità di condivisione di spazi e alloggi possono essere terreno fertile per il terzo settore, da implementare attraverso forme di gestione e partnership innovative quale, ad esempio, la *co-progettazione*.

A questo proposito, si sottolinea la scarsa connessione tra i settori che si occupano, a diverso titolo e a diversi livelli di governance, di politiche abitative. Si auspica quindi una ricognizione dei progetti e delle risorse esistenti, in modo che confluiscono verso progetti integrati, nell’ottica di un’accezione più ampia e intergenerazionale dell’abitare.

Un possibile contributo verso la ricognizione di esperienze virtuose nel territorio Emiliano-Romagnolo e italiano e potenzialità di sviluppo in ambito locale potrebbe derivare dall’attivazione di specifici progetti di ricerca, da sviluppare in collaborazione con le Università, anche attraverso l’Istituzione G.F. Minguzzi. La ricerca e la sperimentazione di soluzioni innovative risultano ancor più rilevanti alla luce dei nuovi programmi di rigenerazione urbana che investiranno il territorio metropolitano bolognese nei prossimi anni, quali ad esempio il complesso monumentale di Santa Marta da parte di ASP Città di Bologna: sarà realizzata una struttura di Senior housing, che garantisca un alto livello di comfort per gli anziani, sia negli spazi privati, sia negli spazi comuni, attraverso una molteplicità di servizi (a carattere alberghiero, di sicurezza, di assistenza, per il benessere e la socialità).

¹⁰ Fonte: Network per la Non Autosufficienza (NNA) (a cura di, 2021), L’assistenza agli anziani non autosufficienti in Italia. Punto di non ritorno - 7° Rapporto, Santarcangelo di Romagna: Maggioli Editore.

5 | CONCLUSIONI: GOVERNO PUBBLICO, INNOVAZIONE E FINANZIAMENTI

I tavoli di lavoro hanno sottolineato l'esigenza di ripensare le modalità di erogazione e programmazione di alcuni servizi per la popolazione anziana e di rivedere alcuni aspetti dell'attuale modello di governance nei diversi settori di intervento. Le note riportate nei capitoli precedenti si accompagnano però ad una necessaria ridefinizione del ruolo dell'ente pubblico e alla necessità di maggiori investimenti, economici e non solo, che possono essere attivati per consolidare e rafforzare il sistema dei servizi esistenti. Su queste tematiche è pertanto necessario tracciare alcune prospettive di sviluppo futuro, per attivare un processo di innovazione dei servizi domiciliari, residenziali e abitativi che si accompagni anche ad un cambiamento organizzativo.

5.1 Governo pubblico e integrazione

Anzitutto, alla luce di un auspicabile ampliamento dell'offerta dei servizi, che coinvolgerà un sempre più vasto panorama di enti erogatori, si vede necessario potenziare la funzione di governo pubblico. Nel corso di questi anni, la CTSS Metropolitana è diventata il vero punto di riferimento per la definizione delle politiche sociali, sociosanitarie e sanitarie dell'area metropolitana, potenziando la sua funzione di regia. In prospettiva, il ruolo della CTSS Metropolitana dovrà sempre più svilupparsi nella direzione dell'integrazione, non solo tra le politiche sociali, sociosanitarie e sanitarie, ma al fine di ricomprendere quanti più ambiti possibili, per realizzare politiche integrate e costruite su misura per le persone, proseguendo nella linea delineata dal presente documento.

L'ente pubblico dovrà implementare la capacità di costruire servizi personalizzati attraverso l'utilizzo delle opportunità presenti nel territorio, nel mondo dei servizi pubblici ed in quello dei servizi privati, per garantire la migliore soddisfazione dei bisogni dell'anziano e del suo caregiver. Dovrà pertanto essere adeguatamente potenziata la capacità di lettura dei bisogni delle persone, che permetterà di personalizzare i servizi e agire sulle leve dell'appropriatezza e della qualità. A questo scopo, si vede necessario consolidare le attività di programmazione, coordinamento, monitoraggio, controllo delle pubbliche amministrazioni ai diversi livelli di governance.

Con particolare riferimento ai servizi residenziali e domiciliari, si ravvisa la necessità di consolidare un sistema di regolamentazione in grado di mettere in evidenza requisiti minimi comuni a servizi e strutture (rapporto con le famiglie, digitalizzazione dei contatti, disponibilità di DPI, formazione specifica, ridefinizione dell'assistenza sanitaria, organizzazione degli spazi, rapporto con il territorio e aspetti strutturali), in modo da generare maggiore chiarezza, sicurezza e garanzia trasversale nel sistema. Al di là dell'indispensabile attività di regolazione e vigilanza, la funzione pubblica dovrà assumere un ruolo proattivo nel sostenere il progressivo miglioramento qualitativo dei servizi resi, assumendo così il compito di offrire garanzie per il cittadino, sia dal punto di vista formale con regole certe e verificate, sia dal punto di vista sostanziale con percorsi di monitoraggio, di formazione, di predisposizione di istruzioni operative, di consulenza, che possano sostenere le diverse strutture nel garantire la condizione di miglior benessere ai cittadini ospiti.

Dovrà poi essere potenziata la funzione di orientamento dei servizi, attraverso gli sportelli sociali e gli altri punti di accesso, per garantire informazioni ai cittadini e ai caregiver sulle opportunità esistenti. Anche i portali online possono avere un ruolo centrale in questa direzione (e.g. portale caregiver, portale sportelli sociali). Il ruolo di orientamento dovrebbe essere esercitato rispetto alla totalità della gamma dei servizi disponibili, compresi quelli a pagamento del settore privato, di utilità per le persone anziane e i loro care giver. Si sottolinea che, anche nel più frammentario panorama dei servizi abitativi, il ruolo dell'orientamento e dell'accesso alle risorse disponibili risulta fondamentale (e.g. sgravi fiscali e contributi ad interventi di rimozione delle barriere

architettoniche).

Un ruolo di regia del settore pubblico è auspicabile anche nella sopracitata prospettiva di integrazione tra ambiti di policy differenti. Questioni sistemiche quali dinamiche demografiche, sociali, territoriali, urbanistiche ed economiche si intersecano infatti nel determinare i bisogni della popolazione e del definire i meccanismi di domanda e offerta di abitazioni e servizi correlati. A fronte dell'attuale inverno demografico, della concentrazione della popolazione nei centri urbani più densamente abitati, delle politiche di consumo di suolo e della conseguente attenzione verso progetti di rigenerazione, l'integrazione tra politiche è un elemento fondamentale per lo sviluppo di progettazioni inclusive e integrate.

Nell'ambito specifico delle politiche urbanistiche, alcuni territori si stanno già muovendo in questo senso, sia attraverso attività di concertazione circa spazi o aree da destinare a servizio relativamente a progetti specifici di riuso e rigenerazione, sia tramite la sperimentazione di modalità integrate di pianificazione territoriale, promosse dalla Legge regionale n.24/2017 (vedi PTM e PUG) che pone nella città costruita e nella sua rigenerazione il centro dell'azione nel perseguimento degli obiettivi di qualità urbana, sostenibilità ambientale, contrasto ai cambiamenti climatici e alle disuguaglianze, diritto alla casa, strategie comuni, metodi di ingaggio e partecipazione per attivare una pluralità di attori.

L'integrazione sembra quindi assumere un duplice carattere: da un lato la sinergia di competenze e professionalità diverse nella programmazione ed erogazione del servizio, dall'altro il cambiamento organizzativo e la capacità di iterazione dei diversi settori della pubblica amministrazione¹¹.

5.2 Finanziamenti e innovazione

Alla luce dei macro-processi demografici e socio-economici più volte richiamati, l'innovazione del sistema dei servizi per la popolazione anziana richiede una revisione dei finanziamenti e delle risorse dedicate. In particolare, si ravvisa la necessità di una ricomposizione di un quadro complessivo delle risorse disponibili e di una 'messa a sistema' delle diverse fonti di finanziamento che, da vari canali e a vari livelli, intervengono a sostegno dei servizi dedicati alla popolazione anziana. Inoltre, si auspica un utilizzo sinergico delle risorse disponibili, nell'ottica di una sempre maggiore personalizzazione dell'offerta di servizi. La programmazione delle risorse in ottica integrata dovrebbe prioritariamente riguardare il Fondo Regionale per la Non Autosufficienza (FRNA) e il FNA, le cui risorse potrebbero essere utilizzate in modo sinergico al fondo regionale di sostegno al caregiver e ai finanziamenti nazionali programmati per questo target. È auspicabile, inoltre, un aumento della dotazione del FRNA, rimasto pressoché costante nell'ultimo decenni, nell'ottica di quanto siglato nel "Patto regionale per il lavoro e il clima".

Più in generale, dovrà essere ricostruito ed ampliato il quadro complessivo delle fonti di finanziamento considerando, oltre che l'aumento della spesa corrente per il funzionamento dei servizi, anche la spesa in conto capitale per il potenziamento del complessivo sistema delle infrastrutture di assistenza e l'adeguamento delle infrastrutture esistenti. Per tutti i ragionamenti esposti nel presente documento, è fondamentale cogliere l'opportunità rappresentata dai fondi europei del Next Generation EU (programmati attraverso il Recovery Plan), per ampliare il sistema dei servizi a sostegno degli anziani non autosufficienti, anche nell'ottica della creazione di nuove occasioni occupazionali.

Accanto all'urgenza di mettere a sistema le risorse regionali e statali a disposizione, si ravvisa anche la necessità di attivare forme di compartecipazione degli individui alla spesa pubblica. Dati recenti segnalano infatti che la quota di ricchezza degli anziani è pari a circa il 40% sul totale della ricchezza

11 In questo senso può essere interpretato l'inserimento del settore 'Politiche Abitative' all'interno dell'Area Sviluppo Sociale promosso da Città Metropolitana di Bologna. Questo passaggio ha dato vita ad inediti confronti tra l'Area Pianificazione territoriale e l'Area Sviluppo sociale durante la stesura del Patto metropolitano per il lavoro e lo sviluppo sostenibile, che si propone di rilanciare il sistema produttivo e l'occupazione, promuovere iniziative e progetti di inclusione sociale, investire sul capitale umano. Una prima occasione di sperimentazione dei contenuti del patto e dell'integrazione organizzativa sopracitata sarà l'accompagnamento dei progetti candidati dalla Città metropolitana a ricevere il finanziamento del Programma innovativo nazionale per la qualità dell'abitare (PINQuA), che raccoglie le proposte di interventi di rigenerazione urbana in tre ambiti specifici e che complessivamente sono rappresentativi di una strategia metropolitana unitaria.

delle famiglie italiane. Il dato è ancora più significativo se si rapporta la ricchezza degli anziani a quella dei millenials. L'abitazione in proprietà è un aspetto rappresentativo di questo divario generazionale: il 76,1% degli anziani è proprietario dell'abitazione in cui vive, mentre solo il 44,5% dei giovani lo è.

L'abitazione in proprietà è un elemento centrale nella composizione del reddito familiare ed influisce sulla capacità di spesa dei nuclei. E' dunque necessaria una ricognizione degli strumenti esistenti a supporto delle persone anziane e delle loro famiglie per fare fronte ai bisogni di liquidità legati a questa fase della vita facendo perno anche su tale elemento patrimoniale quali, ad esempio, il Prestito vitalizio ipotecario¹², una forma di finanziamento garantito da una proprietà immobiliare che può consentire al proprietario anziano di convertire parte del valore dell'immobile in contanti per soddisfare esigenze di liquidità.

¹² Si vedano la Legge 2 aprile 2015, n. 44 e il Decreto del 22/12/2015 n. 226 - Ministero Sviluppo Economico.

