



PROVINCIA DI CREMONA
Osservatorio sulla condizione anziana



SYNERGIA
Sistemi di conoscenza e
di gestione del cambiamento

LO SCENARIO DELL'AREA ANZIANI: EVOLUZIONE DELL'OFFERTA DI SERVIZI E PRESTAZIONI IN LOMBARDIA E NELLA PROVINCIA DI CREMONA

LUGLIO 2004

1. LE POLITICHE SOCIO-ASSISTENZIALI PER GLI ANZIANI IN ITALIA

Lo scenario

Il processo di invecchiamento della popolazione, dovuto a bassi tassi di fecondità e ad un significativo aumento delle prospettive di vita, è un fatto ampiamente riconosciuto e studiato in molti ambiti e discipline. E' questo un fenomeno in atto da tempo nelle diverse realtà dell'Europa occidentale, risultato di profondi mutamenti demografici e sociali iniziati nel continente a partire dal secondo dopoguerra.

L'aspettativa media di vita ha conosciuto negli ultimi anni una forte crescita alla quale è seguita una sensibile diminuzione delle nascite. Secondo le stime dell'Eurostat (Eurostat, 2000), la percentuale di ultrasessantacinquenni sul totale della popolazione europea supera il 16% ed è destinata ad aumentare nei prossimi trenta anni, sino a raggiungere il 25%. Le più recenti rilevazioni del Ministero, stimano che le persone affette da malattie riconducibili al processo di invecchiamento rappresentino il 33% della popolazione con oltre 65 anni. Tale situazione risulta ancora più critica per le donne, che sono destinate a trascorrere una parte ancora più significativa della propria vita in condizioni di fragilità (Presidenza del Consiglio dei Ministri, 2000). Sul secondo versante, quello relativo alla riduzione dei tassi di natalità, è sufficiente pensare che all'inizio del secolo scorso, il 44% della popolazione aveva meno di venti anni e che oggi questa percentuale è più che dimezzata.

L'aumento della vita media sarà accompagnato da un'estensione del bisogno di cura e di accudimento. Il miglioramento delle strategie mediche e terapeutiche non risolve infatti il problema di quella larga fascia di popolazione anziana costretta a trascorrere gli ultimi anni della propria vita affetta da malattie croniche e degenerative, con una conseguente dipendenza verso soggetti esterni curanti. Oltre ad un aumento sensibile della domanda sociale di assistenza, l'esplosione gero-demografica è accompagnata da importanti mutamenti sociali quali il dissolvimento della rete di protezione familiare ed una crescente partecipazione femminile al mercato del lavoro.



Di fronte ad uno scenario come quello appena descritto appare evidente come la ricerca di nuovi strumenti di intervento nell'ambito delle politiche socio-assistenziali rappresenti oggi una delle sfide fondamentali per i nuovi sistemi di welfare. I tradizionali modelli di politiche non sembrano infatti in grado di governare il processo di cambiamento in corso, sviluppando risposte spesso inadeguate alla crescente domanda di cura. Fino ad oggi il cardine delle reti di assistenza per la non autosufficienza sono state le strutture di ricovero e i servizi domiciliari. Queste due modalità parallele di intervento traducono da un lato il bisogno di ricovero residenziale, temporaneo o definitivo, dall'altro il bisogno di assistenza a domicilio, spesso in supporto all'attività di cura prestata dai familiari.

E' ormai chiara ai decisori la necessità di ampliare il sistema di offerta dei servizi sia in termini quantitativi sia qualitativi. La direzione dell'innovazione deve volgere verso la diversificazione delle tipologie di servizi disponibili e la messa in campo di risorse (finanziarie, organizzative ed umane) fino ad oggi non valorizzate. Dall'inizio degli anni '90, le politiche sociali italiane ed europee hanno visto svilupparsi numerosi strumenti innovativi che muovono in tal senso. Tante le idee così come le novità effettivamente introdotte, alla ricerca di un equilibrio tra i crescenti bisogni della popolazione e gli stringenti vincoli alla spesa pubblica: il terzo settore, le reti familiari e di vicinato, le opzioni di politica abitativa, le cure domiciliari, i servizi territoriali diurni e la prevenzione sanitaria e sociale, sono solo alcuni degli ambiti maggiormente coinvolti in questo processo innovativo.

Il contesto italiano e la 328/2000

In Italia non esiste una legge quadro specifica sui servizi per anziani, tuttavia ci si può riferire ad altre normative che coprono le principali aree problematiche per questa fascia di popolazione (relazioni, reddito, salute). I processi di adeguamento delle politiche sociali trovano un momento di sintesi importante nella riforma dell'assistenza varata con la legge 328 del 2000, che prefigura cambiamenti che investono l'assetto consolidato delle politiche italiane relative al settore socio-assistenziale nei suoi caratteri fondamentali. Regioni e comuni sono individuati come i livelli centrali del governo del nuovo sistema dei servizi e degli interventi sociali, in un'ottica di ulteriore localizzazione del welfare italiano¹. Il principio di sussidiarietà valorizza la partecipazione di tutti i soggetti istituzionali e sociali alla produzione dei servizi, inclusa la famiglia. Cresce l'importanza del terzo settore, dell'interazione tra soggetti pubblici e privati; si trasforma il ruolo delle istituzioni e delle comunità locali nella promozione del benessere individuale e nel fronteggiamento di domande sociali in aumento e sempre più eterogenee. Questa riforma parte dalla constatazione che i servizi sono sempre più spesso affidati a organizzazioni non pubbliche, spesso senza fini di lucro, riconoscendone per la prima volta il ruolo e regolamentandone i rapporti con le amministrazioni pubbliche. Compaiono anche nuovi dispositivi organizzativi atti a formalizzare questi cambiamenti: si passa per esempio dal *contracting out*², al

¹ Risulta inedita tuttavia la cornice in cui questa centralità del livello locale si iscrive, ovvero il livello essenziale di servizi e prestazioni sociali che è obbligatorio garantire su tutto il territorio nazionale.

² Forma prevalente del rapporto contrattuale tra Ente Pubblico e impresa in base al quale l'ente locale conserva la titolarità del servizio erogato, facendosi carico del finanziamento ma liberandosi dei compiti di gestione diretta a favore dell'impresa (sociale) sulla base di una convenzione. Due sono gli strumenti prevalenti di *contracting-out* oggi in vigore: l'appalto concorso e la trattativa privata.



finanziamento della domanda tramite titoli di acquisto dei servizi.

Viene introdotto il principio dell'accreditamento³, come requisito indispensabile per erogare i servizi per conto degli enti pubblici e per consentire ai cittadini di scegliere il fornitore presso il quale servirsi. Vengono identificate le prestazioni che i Comuni devono garantire sul proprio territorio, tra cui rientrano l'assistenza domiciliare, le strutture semiresidenziali e residenziali, le strutture diurne (oltre al servizio sociale professionale). Tali prestazioni possono essere garantite tramite gestione diretta, contratti di appalto, accreditamento, concessione di titoli validi per l'acquisto di servizi sociali. Si prevede una quota di Fondo nazionale per le politiche sociali riservata al sostegno del nucleo familiare nell'assistenza domiciliare ad anziani non autosufficienti e l'erogazione di assegni o di altre prestazioni economiche per la valorizzazione ed il sostegno delle responsabilità familiari.

Il "Progetto Obiettivo Anziani" e il PSN

Tra i processi di programmazione significativi in questo ambito, rientrano il "Progetto Obiettivo anziani" (1992) e il "Piano Sanitario nazionale" (soprattutto 1998-2000 e 2003-2005). Il Progetto Obiettivo ("Tutela della salute degli anziani") ha come principali propositi l'integrazione dei servizi socio-assistenziali e sanitari, la prevenzione a partire dal 50° anno di età atta a favorire la permanenza al domicilio e l'individuazione di priorità di intervento per gli anziani non autosufficienti. Tra i servizi da sviluppare rientrano invece l'istituzione dell'Unità di valutazione geriatrica (UVG), con funzione di valutazione delle condizioni dell'anziano per l'accesso alla rete dei servizi e l'attivazione di un reparto di geriatria nelle ASL; l'Assistenza Domiciliare Integrata e l'ospedalizzazione sperimentale a domicilio; la realizzazione delle Rsa.

I due Piani sanitari nazionali sottolineano invece l'importanza del supporto alle famiglie, affinché un anziano fragile possa restare il più a lungo possibile presso la propria abitazione, e ribadiscono l'importanza di un'integrazione sistemica tra il reparto sociale dell'assistenza e quello sanitario. Il Piano del 1998-2000 è stato proposto come un "patto di solidarietà" tra i cittadini, gli operatori, le istituzioni, il volontariato, i produttori, il mondo della comunicazione e la Comunità Internazionale, con l'obiettivo di sviluppare condizioni di maggiore

³ L'accreditamento è definito dalla Corte costituzionale (Sent. 416, 1995) come "un'operazione da parte di un'autorità o istituzione (nella specie Regione), con la quale si riconosce il possesso da parte di un soggetto o di un organismo di prescritti requisiti (cosiddetti standard di qualificazione) e si risolve, nella fattispecie, in iscrizione in elenco, da cui possono attingere per l'utilizzazione altri soggetti (utenti delle prestazioni sanitarie). In Italia il processo di introduzione di questo istituto si è svolto in modo abbastanza disorganico, con un susseguirsi di norme che non ne hanno definito in modo puntuale un unico modello, con il risultato di interpretazioni diverse a seconda dei territori e di situazioni in cui i requisiti per essere accreditati sono inferiori a quelli per ottenere l'autorizzazione al funzionamento, con la conseguenza, per esempio in Lombardia, che gran parte delle strutture accreditate non possiedono un'autorizzazione permanente, ma solo provvisoria, o al limite pluriennale, al funzionamento. Questa molteplicità è anche da ricondursi alla compresenza di almeno due aspetti valorizzabili dell'accreditamento: quello "certificatorio" (Battistella, 2001), atto a valutare le strutture in riferimento al possesso o meno di standard predefiniti, e quello "equiparatorio" (ibid.), che tende a paragonare soggetti pubblici e privati nell'erogazione di servizi, per garantire all'utenza la possibilità di scelta. Dal Dpr. 14/1/97 sono estrapolabili i requisiti generali che le strutture devono possedere in più rispetto a quelli necessari per l'autorizzazione al funzionamento: la funzionalità dell'accreditamento alle scelte di programmazione regionale; la definizione di un sistema concorrenziale tra strutture pubbliche e private; gli standard di dotazioni strumentali, tecnologiche e amministrative; l'aderenza agli indicatori di efficienza e qualità della normativa. La differenza più significativa rispetto ai criteri di autorizzazione al funzionamento consiste tuttavia nella necessità di mantenere un controllo continuo sugli standard, cosa che avveniva una sola volta prima di conferire l'autorizzazione al funzionamento delle strutture. Questo istituto è particolarmente significativo relativamente ai servizi per anziani, poiché si tratta di una rete di offerta gestita da una pluralità di enti appartenenti al privato, sia for profit che sociale.



equità nell'erogazione dei servizi. L'ultimo Piano Sanitario Nazionale (2003-2005) si propone infine di integrare i trasferimenti monetari diretti alle famiglie, con l'erogazione di servizi alla persona, al fine di introdurre meccanismi competitivi fra istituzioni pubbliche e private che abbiano l'effetto di migliorare la qualità dei servizi e di ampliarne l'offerta, aumentando nel contempo la possibilità di scelta dell'utente.

I servizi di Long-term care

Nell'assistenza continuativa degli anziani non autosufficienti in senso stretto, o *long-term care*⁴, rientrano sia i servizi alla persona, domiciliari e residenziali, che le prestazioni monetarie.

I primi possono avere un carattere sanitario o sociale prevalente, secondo la finalità e la natura dei servizi resi e la fonte di finanziamento. Gli interventi sanitari sono finalizzati alla cura del disabile e includono prestazioni di carattere medico, infermieristico, terapeutico e riabilitativo. Viceversa, quelli di natura sociale sono orientati all'assistenza della persona e alla cura del suo ambiente di vita. I primi, sono finanziati dalle ASL ed erogati direttamente o in convenzione dalle stesse. Al contrario quelli sociali sono forniti, con le stesse modalità delle aziende sanitarie, dai Comuni. I costi degli interventi sociali possono ricadere anche sugli anziani. I servizi alla persona possono inoltre essere suddivisi in base ai luoghi nei quali sono erogati: domicilio (assistenza domiciliare e domiciliare integrata, ospedalizzazione domiciliare), strutture intermedie (Centri diurni e centri diurni integrati) e strutture residenziali (Case di riposo, Residenze Sanitarie Assistenziali, strutture di riabilitazione).

L'assistenza domiciliare pubblica

I servizi domiciliari possono avere una connotazione pubblica o privata secondo la natura dell'erogatore. Ai **servizi domiciliari pubblici** vengono ricondotti il SAD (Servizio di Assistenza Domiciliare) e l'ADI (Assistenza Domiciliare Integrata). Il primo è un servizio gestito dai Comuni, a ridotta valenza sanitaria e relativamente continuativo nel tempo. Tra le prestazioni SAD figurano ad esempio quelle rivolte all'igiene della persona, l'aiuto domestico, la distribuzione del pasto, l'aiuto all'alimentazione e le attività di ricreazione. Il secondo, invece, è caratterizzato in prevalenza da prestazioni infermieristiche (es. attività di prelievo, mobilizzazione, somministrazione di terapie) riabilitative, mediche (es. visite specialistiche, esami diagnostico-strumentali) terapeutiche (es. ossigenoterapia, nutrizioni enterali) ed è per questa ragione gestito dall'ASL. Gli interventi sociali previsti nell'ADI sono erogati dal Comune o delegati all'ASL. Spetta all'UVG stabilire il programma di assistenza (tipologia, quantità e frequenza degli interventi sociali e sanitari) per ciascun soggetto che ha inoltrato domanda di ADI. I pochi dati disponibili sull'utilizzo di questi servizi rivelano che nel 2000 poco meno del 2% degli anziani riceve SAD mentre l'1,8% degli anziani viene assistito in ADI (tre quarti ha almeno 75 anni).

L'assistenza domiciliare privata

L'**assistenza domiciliare privata** è fornita generalmente da singoli operatori a pagamento su richiesta degli anziani (o delle famiglie). Le organizzazioni, infatti, preferiscono negoziare direttamente con i Comuni per fornire prestazioni a domicilio (Ranci, 2000). L'accesso all'assistenza domiciliare privata, che è

⁴ Secondo la definizione di Laing, il Long-term care comprende "tutte le forme di cura della persona o assistenza sanitaria, e gli interventi di cura domestica associati, che abbiano natura continuativa. Tali interventi sono forniti a domicilio, in centri diurni o in strutture residenziali ad individui non autosufficienti" (Laing, 1993).



strettamente associata alle condizioni economiche delle famiglie, sta crescendo in alternativa o in sostituzione delle reti informali. L'Istat stima che nel 2000 il 2% delle famiglie italiane ha utilizzato personale a pagamento per l'aiuto domestico e l'assistenza di parenti anziani che equivale al 4,2% delle famiglie con almeno un membro ultrasessantacinquenne e al 9,7% sul totale degli anziani soli.

Le strutture residenziali

Per quanto concerne le **strutture residenziali e semi-residenziali**, l'ultima ricerca Istat sui presidi socio-sanitari, evidenzia come il 2,2% degli anziani ultrasessantacinquenni (e il 4% dei 75enni e oltre) risulta istituzionalizzato in una residenza sanitaria assistenziale (RSA) o in una casa di riposo⁵. All'inizio del 2000, si registrano 1.478 RSA e 4.257 presidi socio-assistenziali (di cui la maggior parte case di riposo), con una capacità complessiva che ammonta rispettivamente a 1,1 e 1,5 letti ogni 100 anziani. Sulla carta, le RSA sono strutture finalizzate all'assistenza sanitaria a tempo determinato (circa tre mesi) di soggetti temporaneamente non autosufficienti dimessi dall'ospedale. In realtà, il 24% degli anziani in RSA è autosufficiente, i servizi sanitari non sono sempre preponderanti sull'intero trattamento erogato e la durata della degenza è normalmente più estesa rispetto a quella prevista, se non addirittura definitiva (Istat, 2002).

Forme di residenzialità alternative

Oltre alle tipologie residenziali sino ad ora menzionate, si sono sviluppate negli ultimi anni forme alternative di residenzialità, destinate agli anziani che mantengono residue capacità motorie e psico-relazionali. Le esperienze di domiciliarità alternativa intendono garantire a tali soggetti la possibilità di vivere autonomamente in un contesto protetto e dotato di servizi, con lo scopo di evitare o ritardare l'istituzionalizzazione. Esistono tre principali forme di residenzialità alternativa consolidate:

Le **Comunità Alloggio** sono strutture di tipo residenziale in grado di ospitare un piccolo numero di persone. L'inserimento dell'anziano in tali strutture avviene quando si verificano condizioni e difficoltà tali da rendere problematica la permanenza della persona all'interno del proprio nucleo familiare. Le Comunità Alloggio possono essere sia strutture sociali di convivenza volte alla riabilitazione e al reinserimento sociale delle persone ospitate, che strutture di convivenza capaci di diventare la casa del soggetto in esse inserito. Esse hanno le caratteristiche di un normale appartamento e cercano di ricreare l'ambiente domestico nel quale l'anziano era inserito. Nelle Comunità è generalmente presente personale in grado di assistere l'anziano nelle diverse funzioni della vita quotidiana (preparazione dei pasti, cura della persona, ecc.), mentre per gli interventi sanitari si fa generalmente riferimento alle strutture territoriali.

Le **Case albergo** sono anch'esse strutture residenziali destinate ad accogliere, temporaneamente o in via definitiva, gli anziani autosufficienti. Sono costituite da complessi di appartamenti o dotati di servizi autonomi e predisposti per fornire accoglienza a coppie di coniugi o anziani soli. Ogni struttura dispone di spazi di socializzazione e di servizi comuni (cucina, lavanderia, guardaroba, ecc.).

⁵ Queste ultime si configurano quali strutture di base facenti parte del Sistema Sanitario nazionale dedicate all'assistenza dell'anziano in stato di forte fragilità, ma non di acuzie, e le cui necessità l'assistenza domiciliare non basta più a coprire. Tali strutture hanno l'obiettivo di ridurre l'ospitalità prolungata negli ospedali, affinché essi possano concentrare il loro intervento sulle attività diagnostiche e terapeutiche in fase acuta. Ospitano utenti con gravi condizioni di non autosufficienza sui quali esercitano un medio livello di assistenza medica accompagnato ad un alto livello di assistenza alberghiera e di sostegno relazionale. Sono finanziate attraverso i redditi delle famiglie, insieme a fondi comunali e ad una parte di fondo sanitario.



Le case albergo, a differenza degli alloggi protetti, sono in grado di fornire prestazioni infermieristiche e assistenza medico-sanitaria, oltre che attività sociali e ricreative.

Infine, a differenza delle strutture sino ad ora menzionate, gli **Alloggi protetti** sono generalmente destinati a ad anziani non autosufficienti che non sono assistibili a domicilio. La struttura consiste in alloggi contigui destinati ad una o più persone. In esse viene fornita assistenza di carattere socio-sanitario (medico, infermiere, fisioterapista) con lo scopo di prevenire ulteriori perdite di autonomia e mantenere le residuali capacità psico-fisiche dell'ospite.

I ricoveri di lungodegenza

Anche i **ricoveri di lungodegenza** e di riabilitazione in ospedale e in altre strutture residenziali diverse dai presidi appena descritti rientrano nella definizione di long-term care. Secondo un'indagine condotta sui dati ministeriali del 1996, l'Istituto di Economia Sanitaria di Milano stima 3 ricoveri di lungodegenza ogni 1000 anziani e 11 di riabilitazione.

Tra le **prestazioni monetarie**⁶, infine, figurano l'indennità di accompagnamento, gli assegni di cura e i cosiddetti voucher, erogati dalle ASL e/o dai Comuni.

L'Indennità di accompagnamento

L'*Indennità di Accompagnamento*, introdotta con la legge 18/1980, viene finanziata dal governo centrale attraverso le entrate fiscali ed erogata localmente dalle ASL. Il suo scopo consiste nel contribuire ai costi supplementari dovuti ai bisogni assistenziali di chi la riceve. L'ammontare del contributo è lo stesso per tutti i beneficiari ed ha conosciuto negli anni recenti un forte aumento, passando dai 278 euro mensili del 1998 agli attuali 423 (2003). Ricevono l'indennità i cittadini italiani riconosciuti totalmente invalidi e con necessità di assistenza continuativa, indipendentemente dalla loro età e dalle loro condizioni economiche. Si tratta dell'unica prestazione monetaria di livello nazionale assegnata esclusivamente sulla base del bisogno del richiedente, senza considerare in alcun modo aspetti anagrafici ed economici. La ricevono circa 1,2 milioni di persone, di cui oltre il 45% sono anziani. L'indennità di accompagnamento costituisce un elemento centrale delle politiche pubbliche per gli anziani non autosufficienti: nel 2002 ne fruiva il 7,1% degli ultrasessantacinquenni, valore superiore a quello ottenibile sommando gli utenti di assistenza domiciliare pubblica e gli ospiti in strutture residenziali⁷.

Gli assegni di cura

Gli "*assegni di cura locali*" sono contributi economici offerti ai familiari (in qualche caso a vicini o amici) o agli stessi anziani per finanziare l'assistenza di questi ultimi. Vengono forniti da Comuni o ASL e la loro peculiarità risiede nell'essere erogati prevalentemente in alternativa ai servizi alla persona, domiciliari o residenziali. Generalmente ne fruiscono anziani con significativo grado di non autosufficienza e con reddito inferiore ad una certa soglia. Gli assegni possono essere utilizzati per acquistare assistenza sul mercato, rivolgendosi ad operatori professionali a pagamento, oppure essere mantenuti

⁶ Definite come risorse distribuite ad un anziano o alla sua famiglia per far fronte alle spese aggiuntive correlate alla non autosufficienza (Gori, 2001).

⁷ Secondo alcune stime, la percentuale di anziani italiani che ricevono assistenza domiciliare è il 3-3,5%, quella di ospiti in strutture residenziali il 2,2% (Gori, Pozzi e Di Maio, 2003).



all'interno della famiglia come contributo per l'assistenza fornita da un familiare o da un caregiver informale. Secondo una rilevazione condotta nel 2001, in circa 4 comuni italiani su 10 venivano erogati assegni di cura. La diffusa presenza dell'assegno costituisce un fenomeno recente: ha iniziato a prendere piede nella seconda metà dello scorso decennio ed ha conosciuto una rilevante accelerazione negli anni a cavallo del secolo (Monitor, 2003, Formez, 2003).

I voucher

I *voucher*, infine, sono forniti dall'ente pubblico ed attribuiscono il diritto ad acquistare determinati servizi presso gli erogatori accreditati (pubblici o privati). La principale caratteristica che differenzia l'esperienza dei voucher da quella degli assegni di cura è relativa proprio alle modalità di spesa: mentre quest'ultimo può essere utilizzato con estrema discrezionalità dall'utente (e dunque può essere mantenuto tra le pareti domestiche come integrazione delle casse familiari), il voucher rappresenta un buono che può essere utilizzato esclusivamente per l'acquisto di determinati pacchetti di prestazioni presso provider riconosciuti e accreditati.

Queste tipologie di interventi non esauriscono il Long-term care: ancora oggi la maggior parte degli anziani ricorre per la cura della propria persona e dell'ambiente domestico in cui vive all'assistenza informale fornita da parenti, amici, conoscenti e volontari, mentre sta crescendo sempre più il settore dell'assistenza privata a pagamento. Malgrado l'assistenza informale svolga ancora un ruolo importante, la percentuale di famiglie con almeno un componente anziano che ricorre a conoscenti, vicini di casa e volontari, è scesa dal 15% al 12% tra il 1983 e il 1998.

2. LE POLITICHE REGIONALI LOMBARDE

Il contesto lombardo

Secondo i dati forniti dall'Istat, nel 2001 risiedevano in Lombardia poco più di 9 milioni di abitanti, rendendola la regione italiana più popolosa. Tra questi ben il 17,4% (1.580.418 abitanti) ha un'età pari o maggiore ai 65 anni e può a tutti gli effetti annoverarsi nella cerchia degli anziani. Per comprendere la realtà di questa esplosione gero-demografica non servono molti dati: tra il 1971 ed il 2000 l'indice di vecchiaia⁸ in Lombardia è più che raddoppiato attestandosi a 131%, mentre la media nazionale è 122%. Se a questo dato facciamo seguire quello ancora più allarmante di una natalità che si attesta ai livelli minimi mondiali (Boffi, 2001), con un rapporto tra nati vivi e persone defunte che ha visto prevalere queste ultime di 5.200 unità nel 1999 (Pasquinelli e Barbot, 2001), è facile prevedere lo scenario che fra non molti decenni ci si porrà di fronte. Neppure l'apporto di una significativa quota di popolazione giovane di immigrati stranieri⁹ è sufficiente a rovesciare questi rapporti, confermando l'avvenuto scavalco della popolazione anziana su quella giovanile. Le proiezioni Istat

⁸ Rapporto tra la popolazione con 65 anni e oltre e la popolazione con meno di 14 anni; questo indice esprime il grado di invecchiamento della popolazione; valori superiori a 100 indicano una maggiore presenza di soggetti anziani rispetto ai molto giovani.

⁹ I dati relativi alle caratteristiche anagrafiche della popolazione straniera residente in Lombardia evidenziano la giovane età degli immigrati, che si concentrano tra 18 e 34 anni (Boffi, 2001)



sulla popolazione residente in Lombardia per i prossimi 50 anni, infatti, amplificano le dimensioni del fenomeno cui siamo stati partecipi in questi anni: nel 2020 il numero degli anziani crescerà del 30,8% con una quota di popolazione al di sopra dei 65 anni che sarà pari ad oltre 2 milioni e 200 mila unità, di cui quasi 1 milione e 200 mila saranno "vecchi" anziani, al di sopra dei 75 anni di età. Il numero di ultrassessantacinquenni nel 2050 supererà i 3 milioni¹⁰. Leggendo in modo diverso questi dati, possiamo altresì affermare che tra vent'anni gli anziani raggiungeranno un quarto della popolazione complessiva della nostra Regione.

Un maggior numero di anziani significa anche un maggior numero di malattie croniche da gestire, come pure un maggior numero di disturbi legati all'età (Boffi, 2001): aumentano, ad esempio, il numero di fratture, i problemi di osteoporosi, la ridotta capacità di deambulazione. Nonostante questo, la Lombardia mostra in quest'ambito una condizione sensibilmente migliore rispetto alla media nazionale: l'indagine multiscopo dell'Istat, rileva che il 24,2% della popolazione anziana lombarda dichiara uno stato di salute negativo o molto negativo, quando la media nazionale si attesta al 25,4% (Istat, 1997-98). Questo dato, basato sulla percezione dell'anziano del proprio stato di salute, è supportato da quello più «empirico» relativo all'indice di dipendenza¹¹ che, al 1° gennaio 2001, era in Lombardia pari a 44,7%, a fronte di un valore nazionale pari a 48,4%.

Alle esigenze, del tutto nuove, comportate da questo sconvolgimento sociale, prima ancora che demografico, la Regione Lombardia risponde con una generale riforma dei servizi alla persona. La legge regionale di riordino n.° 31 dell'11 luglio 1997 - che introduce i meccanismi della competizione tra gestori pubblici e privati e l'aziendalizzazione delle strutture - la successiva legge 23 del 1999¹² - primo passo verso le contribuzioni economiche in seno ad un più complessivo programma di politiche per la famiglia - i d.g.r. 2.857 e 7.955 - che rappresentano una sintesi del modello lombardo - sono tutte misure che precedono il Piano Socio Sanitario Regionale¹³, varato dalla Regione Lombardia nell'ottobre 2001. Con tale programma normativo, i decisori politici lombardi hanno recepito i dettami della legge quadro 328/2000, innovando la rete complessiva dei servizi territoriali.

L'introduzione di misure quali il *voucher*, l'assegno di cura e la recente riforma delle RSA, si inseriscono in questo ampio rinnovamento, le cui linee di indirizzo sono:

- la *centralità della famiglia*, considerata motore dell'organizzazione sociale e perno della rete di servizi territoriali. La centralità del nucleo familiare viene

¹⁰ I dati Istat sono pressoché confermati da quelli della Banca Mondiale. Tale fonte individua nell'Italia, e in particolar modo nella Lombardia, l'area europea in cui si prevede la più alta percentuale di popolazione anziana con più di 65 anni di età: dal 18% sul totale della popolazione nel 2000 al 28% nel 2030.

¹¹ Rapporto tra popolazione con 65 anni d'età e oltre più la popolazione con meno di 14 anni e la popolazione in età dai 14 ai 64 anni; il denominatore di questo indice rappresenta la fascia di popolazione che dovrebbe provvedere al sostentamento della fascia rappresentata al numeratore. E' un indice sensibile alla struttura economica della società.

¹² La l.r. 6 dicembre 1999, n°23, "Politiche regionali per la famiglia", prevedeva uno stanziamento di circa 67 milioni di euro per la promozione e il finanziamento di diversi interventi a supporto del nucleo familiare e dedicava una parte consistente (26 milioni di euro) del finanziamento all'attivazione del buono socio sanitario.

¹³ Il Piano socio-sanitario regionale (PSSR) è uno strumento di programmazione unico ed integrato e costituisce il naturale completamento del Documento di Programmazione Economico-Finanziaria regionale (DPEFR). Cardini dell'impostazione del Piano sono la libertà di scelta del cittadino e l'equiparazione pubblico-privato nell'erogazione dei servizi, così come stabilito dalla legge di riforma regionale del settore, la l.r. 31/97. In essa venivano stabiliti anche i compiti di verifica e controllo di ASL e Regione.



- attuata attraverso il passaggio da una «sussidiarietà verticale» (in cui è lo Stato garante dell'assistenza) ad una «sussidiarietà orizzontale» (nella quale la famiglia diviene protagonista nell'espletamento delle attività assistenziali);
- la *piena parità di diritti e di doveri tra erogatori pubblici e privati*, attraverso l'attivazione di un meccanismo di accreditamento (leggero), volto alla creazione di una vasta platea di erogatori in competizione tra loro;
 - la *libertà di scelta del cittadino-utente*, assicurata attraverso l'erogazione di assegni di cura e *voucher*, in grado di ampliare la capacità di spesa dell'assistito, in un mercato concorrenziale di servizi alla persona;

Ciò che inoltre viene a cambiare è la funzione delle ASL, che assumono a pieno titolo il ruolo che era proprio dello Stato nel finanziamento dei servizi territoriali, nella programmazione economica, nel monitoraggio e nella verifica della qualità delle prestazioni. Le ASL assumono questi ruoli restando però defilate nella prestazione dei servizi: non più compratori presso fornitori direttamente sovvenzionati, ma semplici finanziatrici, attuando così una separazione delle funzioni di finanziamento da quelle di gestione (esternalizzazione). Rispetto alle funzioni delle Aziende Sanitarie la riforma ha compiuto scelte molto chiare, prevedendo un sostanziale svuotamento del loro ruolo attraverso l'esternalizzazione delle attività di gestione diretta che erano rimaste in capo alle stesse. L'avvio della ristrutturazione del servizio di assistenza domiciliare è in linea con l'esercizio dell'esclusivo ruolo di programmazione acquisto-controllo (Pac) assegnato alle ASL dal Piano Socio Sanitario Regionale 2002-2004 e prefigura una loro futura sostituzione con altri soggetti acquirenti di prestazioni (mutue, assicurazioni), cui lo stesso Piano fa riferimento per ora solo in un'ipotesi sperimentale.

L'Assegno di cura e il Voucher Sociale

Gli Assegni di cura e i *Voucher* sociali prendono le mosse da un programma sperimentale che la Regione Lombardia ha attivato tra il gennaio 2001 e il giugno dell'anno successivo (Buono Socio Sanitario), e consistono in contributi economici forniti agli anziani per finanziarne l'assistenza. Tali contributi sono erogati dai Comuni in attuazione della legge di riforma sociale n.328 del 2000 e possono essere utilizzati discrezionalmente per acquistare prestazioni sul mercato, affidando l'assistenza a personale retribuito (*voucher* sociale), oppure per compensare i familiari per l'attività di cura svolta (assegno di cura).

L'adozione di queste misure da parte della Regione Lombardia risponde ai principi sopra menzionati, in quanto è volta al sostegno della famiglia nella sua funzione di cura - cercando di evitare l'istituzionalizzazione, per una prolungata permanenza dell'anziano nell'ambito familiare -nella garanzia della più completa libertà di scelta del cittadino, che decide autonomamente come e da chi farsi curare.

Le sperimentazioni legate all'assegno di cura hanno coinvolto oltre 7.000 utenti, a fronte di 21.744 domande presentate¹⁴. L'elevato numero di domande presentate a fronte della quantità - ancora esigua - di utenti coinvolti (circa lo 0,4% della popolazione anziana regionale) evidenziano un'elevata richiesta di questo tipo di contributi, in relazione ad un'offerta che si dimostra ancora poco

¹⁴ Per offrire una visione di insieme del fenomeno è d'uopo precisare che gli utenti raggiunti dal servizio di assistenza domiciliare comunale (Sad) erano nel 1999 poco più di 27.000, mentre l'Adi (servizio a media e alta intensità, prevalentemente di natura sanitaria) ha interessato circa 46.000 anziani, il 3% della popolazione anziana regionale.



strutturata e ad un impatto sui servizi pubblici alla persona scarsamente rilevante.

La sperimentazione del Buono lombardo era destinata agli anziani assistiti a domicilio: ne sono stati beneficiari gli anziani ultrasettantacinquenni, residenti in Regione, già titolari dell'indennità di accompagnamento (dunque totalmente non autosufficienti) e con un reddito inferiore ad una determinata soglia. Altri presupposti inerenti alla situazione generale dell'anziano, come l'esistenza di una rete di cura familiare o la presenza di un *caregiver* di riferimento, non sono stati presi in considerazione, così come non è stata effettuata una valutazione multidimensionale delle condizioni dell'utente, né è stato stilato un piano programmatico di intervento, esautorando di fatto l'UVG.

Le prestazioni che possono essere fornite a domicilio con il buono sono prestazioni di natura sociale: pasti a domicilio, servizi di lavanderia, aiuto e controllo nell'espletamento delle normali attività quotidiane.

L'ammontare del buono è standard: gli utenti ricevono un contributo mensile pari a 413 euro che può essere impiegato come assegno di cura (destinando la somma ai propri familiari come compenso per l'attività di cura svolta) o come *voucher* nell'acquisto di prestazioni sociali presso erogatori pubblici o del privato sociale che abbiano firmato il "Patto di Accreditamento".

Dalla valutazione di questa prima sperimentazione è emerso che il 98,5% degli assegnatari (pari a 6.998 beneficiari) ha utilizzato il buono come assegno di cura, impiegando le somme ricevute come compenso per le prestazioni offerte in ambito familiare, a fronte di un'esigua percentuale di utenti (1,5% pari a 110 anziani) che ha scelto l'opzione *voucher*.

Terminata la sperimentazione regionale nel giugno 2002, la palla è ora passata ai Comuni che devono decidere autonomamente la quota di risorse da investire nell'assegno¹⁵, il suo ammontare e la valutazione dei requisiti (età, reddito, ecc.) necessari per la ricezione della contribuzione economica. Tale misura affida ai Comuni la copertura dei bisogni «sociali» degli anziani fragili, mentre le necessità infermieristiche e sanitarie restano di competenza delle ASL attraverso l'attivazione del *Voucher Socio Sanitario*. Nel mese di giugno 2003 è stata effettuata una prima rilevazione che ha evidenziato una notevole lentezza nell'avvio del processo di erogazione degli assegni di cura (erogati dal 38% degli ambiti) ed un ancor più limitato avvio dell'erogazione dei voucher sociali (solo nel 10% degli ambiti). I titoli sociali, nel loro complesso, non risultavano attivati nel 52% degli ambiti. Nonostante questi dati confermino l'avvio lento e laborioso di questo tipo di strumenti, va comunque sottolineato che a metà ottobre (2003), circa il 90% dei distretti aveva comunque individuato i criteri per l'erogazione dei buoni sociali (Burl, 16 febbraio 2004).

Il Voucher socio sanitario

Dal 1 luglio del 2002 è stato attivato il *Voucher socio sanitario* in forma sperimentale nelle ASL dei distretti di Lecco e Milano 3, mentre dal giugno 2003 esso è entrato a regime in tutta la Regione. L'obiettivo esplicito di questo secondo tipo di voucher è di sostenere una nuova rete di erogatori (*profit* e non *profit*) nell'ambito dell'assistenza domiciliare, offrendo una spinta aggiuntiva alla

¹⁵ Per finanziare la prima applicazione e sperimentazione dei titoli sociali la d.g.r. 11 novembre 2001, n. 7/7069 e la successiva circolare 7 del 29 aprile 2002 individuavano le risorse aggiuntive del FNPS dando indicazione affinché fosse destinato nel triennio di attuazione del PdZ il 70% del budget FNPS, lasciando facoltà al programmatore locale di raggiungere tale percentuale in maniera progressiva nel corso del triennio.



domanda di prestazioni socio assistenziali in un ridefinito quadro a partecipazione privata.

Il *voucher* socio sanitario è una contribuzione economica in favore delle persone fragili, che può essere utilizzata esclusivamente per l'acquisto di prestazioni professionali di assistenza domiciliare socio sanitaria integrata presso organizzazioni (pubbliche o private) accreditate dalla Regione, svolte da personale qualificato (*caregiver* professionali) in relazione alla specificità delle prestazioni.

La Regione Lombardia ha attribuito tre diversi valori al *voucher* socio sanitario, in relazione al grado di assistenza necessaria per ciascun utente: il valore più elevato è di 619 euro (riservato a coloro che versano in condizioni sanitarie impegnative e che hanno necessità di frequente controllo medico e infermieristico), 464 per i pazienti complessi e 362 euro per il profilo di base. Unico requisito richiesto per l'assegnazione del *voucher* socio sanitario è la domiciliarità dell'assistenza, ovvero che una persona fragile possa essere assistita a casa in modo da evitare o ritardare l'ingresso in Rsa, mentre non sono considerati limiti anagrafici né reddituali, a differenza di quanto previsto per il *voucher* sociale. Le prestazioni che possono essere acquistate con il *voucher* socio sanitario sono quelle proprie dell'Assistenza Domiciliare Integrata e comprendono prestazioni sia di carattere sociale (pasti a domicilio, servizi di lavanderia, ecc.) che di carattere sanitario (prestazioni infermieristiche, riabilitative, medico specialistiche, ecc.). La sua erogazione viene sospesa in caso di decesso dell'assegnatario o in caso di un suo ingresso in strutture residenziali o ospedaliere.

L'attivazione di questo tipo di misura prevede una nuova organizzazione dell'assistenza domiciliare integrata che aggiunge all'attuale platea di fornitori (di esclusivo monopolio delle ASL), un ventaglio composto da nuovi provider, facendo ampio ricorso al sistema dell'accreditamento.

Nonostante i propositi più volte ribaditi, i risultati appaiono nei fatti poco entusiasmanti e molte sono le aspettative rimaste ancora disattese.

Uno dei punti di debolezza riscontrati fa riferimento all'inadeguatezza degli interventi, sia sotto il profilo quantitativo che qualitativo. Per quanto riguarda il primo aspetto, il limite è definito dall'insufficiente livello economico attribuito ai *voucher*: (362 euro, 464 euro e 619 euro). Se si considera che i pazienti iscritti alla fascia intermedia (pazienti multiproblematici affetti da patologie croniche) hanno diritto all'erogazione di 16 accessi infermieristici mensili e di una sola visita del Medico Specialista, è facile prevedere l'insostenibilità di tale modello e la necessità da parte della famiglia di integrare, anche con ingenti risorse, i servizi garantiti dal *voucher*.

Per quanto riguarda la qualità degli interventi, invece, il rischio è quello delle cosiddette «asimmetrie informative». La popolazione che ricorre ai *voucher* è una popolazione fragile e portatrice di bisogni ampi e complessi: individuare le modalità assistenziali più appropriate per persone in tali condizioni è operazione assai difficile ed in molti casi né loro né i familiari dispongono delle conoscenze necessarie a tal fine. La libertà di scelta che la Regione Lombardia pone come perno della propria riforma, risulta nei fatti più teorica che reale, mancando i presupposti per una scelta informata e consapevole. La necessità alla quale si fa qui riferimento è quella di un responsabile del caso (*case manager*) in grado di seguire l'utente in tutte le fasi del percorso assistenziale, dalla presa a carico ad



erogazione iniziata, supportando la famiglia nelle scelte e valutando l'effettiva funzionalità del *voucher*. Oltre a quelli già citati, un ulteriore rischio di asimmetrie è potenzialmente generato dalla coesistenza del *voucher* con altri strumenti ad esso simili. Il *Voucher* Socio Sanitario va infatti ad aggiungersi al *Voucher* Sociale, all'Indennità di Accompagnamento e alle diverse esperienze di Assegni di cura erogati dalle municipalità. Il rischio di un'evidente confusione è amplificato dal fatto che in alcuni casi gli ambiti di intervento (sociale e sanitario) dei diversi strumenti si sovrappongono, generando disordine tra gli stessi operatori.

Ultima criticità segnalata è inerente al ruolo dei familiari direttamente coinvolti nell'espletamento delle attività assistenziali (*caregiver*). Il *voucher* può costituire un incentivo a prolungare la loro permanenza in prossimità del soggetto fragile nelle vesti di prestatori (più spesso prestatrici) di cura, determinando una legittimazione del proprio ruolo assistenziale all'interno della famiglia. Quando l'erogazione del buono verrà meno per la scomparsa del congiunto o per il suo ingresso in una struttura residenziale, risulterà assai difficile per la donna un futuro reintegro nel mondo del lavoro, non essendo stati previsti strumenti atti alla sua tutela e altre garanzie specifiche.

I servizi residenziali

In Lombardia i servizi residenziali sono prestati all'interno delle Rsa, che possono risultare o meno accreditate. Al dicembre 2001 i posti letto finanziati erano 44.300 in 516 strutture accreditate, con un indice di dotazione (numero di posti letto per cento residenti di 65 anni e più) pari al 2,8%. La loro distribuzione territoriale è piuttosto differenziata, con l'area di Cremona più coperta di tutte (con un indice di dotazione di 5,54%), seguita dall'ASL di Brescia e Sondrio. L'area del privato convenzionato è abbastanza contenuta: ipotizzando che fornisca un 10% di posti letto in più, porta la disponibilità totale a quasi 50.000 unità, che rappresenta secondo l'IRer una dotazione sostanzialmente adeguata. I servizi domiciliari Sad (a ridotta valenza sanitaria e di regola gestito dai Comuni) e Adi (facente capo all'ASL) raggiungevano nel 1999 una quota di popolazione ultrasessantacinquenne dell'1,7% nel primo caso e del 3% nel secondo. I centri diurni integrati, preposti ad affrontare situazioni troppo gravose se lasciate esclusivamente in carico alle famiglie, ma che non necessitano ancora di un trattamento residenziale, sono notevolmente aumentati negli ultimi anni su questo territorio e sono maggiormente concentrati nelle province di Milano e Brescia. La Regione Lombardia ha inoltre elaborato un sistema di offerta diversificato per i malati dementi. Il programma speciale "Sperimentazione gestionale della rete regionale dei servizi per gli anziani affetti da Alzheimer", basato sul concetto di integrazione fra servizi, prevede la costituzione di nuclei dedicati nelle strutture residenziali. Oltre alla disponibilità di posti letto favorisce la formazione di personale competente e l'attivazione di programmi individualizzati che coinvolgano anche le famiglie dei pazienti.

Nel dicembre 2002 è stata approvata dalla giunta regionale la delibera sui nuovi standard del personale che lavora nelle Rsa e sul nuovo sistema di finanziamento regionale. Con tale riforma è venuta a cadere la precedente classificazione che vedeva la suddivisione degli oltre 41.000 posti letto disponibili in tre categorie di utenza, distinte sulla base della gravità della patologia invalidante. Tale classificazione è stata ritenuta troppo riduttiva rispetto sia alla capacità di rappresentare adeguatamente i diversi tipi di esigenze degli utenti, sia rispetto alle risorse effettivamente impiegate per la cura e l'assistenza. E' stata



così introdotta una nuova classificazione che fa riferimento al «Sosia» (acronimo di «scheda di osservazione intermedia di assistenza»), una scheda personale dove vengono raccolti e aggiornati semestralmente i dati sanitari e sociali di ciascun assistito, che produce una classificazione in 8 categorie sulla base dello stato cognitivo, della capacità motoria e della gravità delle patologie invalidanti. Ad ognuna delle otto categorie è stata attribuita una crescente remunerazione che va da un minimo di 26 euro giornaliero ad un massimo di 44 euro, aumentando rispetto al passato i minimi e tagliando le quote più elevate.

Oltre ad una tariffa differenziata sulla base delle condizioni dell'utente, il nuovo sistema di finanziamento prevede un premio di qualità aggiuntivo attribuito a quelle Rsa che dimostrano di offrire una maggiore qualità di assistenza.

Infine, la Regione prospetta un aumento dei posti letto disponibili di 5 mila unità, attraverso una maggior apertura del mercato al privato sociale.

L'assistenza privata

In Lombardia è inoltre molto diffuso il ricorso all'assistenza privata a pagamento, che coinvolgeva nel 2000 il 6,8% degli anziani lombardi a fronte dell'1,3% che si affidava a operatori del settore pubblico. La quota di coloro che ricorrono ai servizi privati diviene il 12,2% se si prendono in considerazione le famiglie con almeno un anziano ultrasessantacinquenne che fanno uso di servizi privati alla persona: in due terzi dei casi si tratta di collaborazioni domestiche, in un terzo dei casi di assistenza agli anziani (da parte dei/delle cosiddetti/e "badanti"). Il settore dell'assistenza familiare presenta un elevato tasso di lavoro non regolare, di gran lunga superiore a quello svolto in altri ambiti¹⁶. Altro dato da tenere in necessaria considerazione, è l'elevata incidenza della quota di lavoratori extracomunitari in questo settore. La crescente domanda di assistenza continuativa, legata all'aumento dell'immigrazione e a tutti i termini ad essa connessi (politiche di accoglienza vincolate al possesso di un lavoro, possibilità di coabitare con l'anziano assistito, ecc.), rende l'attività di "badante" una delle più diffuse alternative per l'immigrato appena giunto nel nostro Paese.

A questo proposito esistono progetti volti all'emersione del lavoro sommerso e alla creazione di posti di lavoro regolari e di qualità. Questi progetti mirano all'integrazione delle politiche sociali di assistenza con le politiche migratorie e di regolazione dei flussi. Un esempio di questo tipo di approccio si riscontra nel progetto Serdom, descritto di seguito.

3. I SERVIZI INNOVATIVI PER GLI ANZIANI

Quando un nuovo programma di policy introduce un mutamento radicale delle modalità e delle filosofie di intervento si produce innovazione. Accanto alle novità più sopra delineate, quali sono le opzioni innovative disponibili sul territorio italiano e lombardo per questo target di popolazione? Esistono servizi che rispondono alla definizione di innovazione? Se l'organizzazione della vita cittadina rende difficile per gli adulti accudire i propri anziani, ponendo quindi la

¹⁶ Secondo le stime dell'Istat, a livello nazionale i lavoratori occupati nei servizi domestici ammontano ad oltre 1 milione. Tra questi, i lavoratori non regolari sarebbero oltre 800 mila, pari al 76% circa degli occupati in tale settore.



premesse di una rottura del patto tra generazioni che produce effetti disastrosi sulle dinamiche di riproduzione sociale, è urgente la necessità di reinventare le regole, i tempi e gli spazi della convivenza sociale, immaginando contesti radicati territorialmente capaci di assorbire il mutamento sociale in atto. Tuttavia questa esigenza non è ancora tematizzata nella maggioranza delle regioni italiane. Questa scarsa attenzione al tema si traduce nella debole presenza di servizi territoriali innovativi.

Di seguito vengono presentati inizialmente una breve panoramica di progetti attualmente attivi in Italia, secondariamente alcuni approfondimenti operati su una selezione di iniziative (due nel Comune di Milano e due in altri territori italiani), che sembrano andare nella direzione auspicata di un ripensamento dell'offerta, che mantenga gli anziani "al di qua" della dignità sociale, per un rinnovamento del contratto sociale tra generazioni, tramite il mantenimento di una contiguità/scambio tra di esse.

PROGETTI IN BREVE

Target: Alzheimer

- *Gruppo di riferimento per i casi Alzheimer, Provincia di Lecco*: nasce da un corso di formazione interno sul fronteggiamento dei casi nel 2002 attuato da una cooperativa sociale di Milano al quale parteciparono operatori Asa, assistenti sociali, referenti dell'ASL, referenti dei Nuclei Alzheimer della Provincia, referenti dell'Associazione Alzheimer. L'idea di base è quella di consolidare la rete, attivando periodicamente seminari interdisciplinari di formazione, affinché la rete stessa diventi un gruppo di riferimento di operatori per operatori.
- *Progetto Caregiver Alzheimer, Comune di Bergamo*: per questo specifico target il Comune, in collaborazione con una cooperativa sociale, ha attivato l'Assistenza Domiciliare integrata dalla figura dello psicologo.
- *Café del Lunedì, Comune di Como*: in questo bar le persone colpite da Alzheimer e i loro familiari possono bere una bibita o un caffè e incontrare informalmente volontari e operatori professionali per animazione e consulenza.
- *Call center e centro diurno, Comune di Roma*: gestiti da un'associazione danno informazione, orientamento il primo, supporto agli ammalati e sollievo alle famiglie il secondo.

Invecchiamento attivo

- *"Nonni amici" e "nonni vigili", Comune di Bollate e Comune di Magenta*: i Comuni in questione hanno sottoscritto accordi con l'Auser. I nonni sono presenti davanti alle scuole per dare sicurezza ai bambini.
- *Centro Risorsa Anziani, Comune di Pavia*: progetto proposto dall'Auser. Promozione di luoghi, tempi e opportunità di socializzazione e relazione per anziani autonomi che vogliono stare insieme e parallelamente sostenere le fasce meno tutelate dei cittadini anziani. Esempi di iniziative: corso per volontari, aspiranti volontari e familiari su aspetti della condizione anziana.

Diversi modi di abitare

- *Casa. Non più soli, Comune di Genova*: il progetto (attualmente sospeso) promuove la coabitazione tra persone ultra sessantacinquenni che vivono da sole e studenti universitari provenienti da altre città o paesi. Così, oltre a



fornire un nuovo servizio alla popolazione anziana, si riesce a soddisfare una duplice esigenza: quella dei giovani che si recano a Genova per motivi di studio di trovare facilmente un alloggio e quella degli anziani soli di trovare compagnia, aprendo la propria casa ai giovani. Un progetto analogo è attualmente in fase di elaborazione nel parmense.

- *"Centro Airone", Insediamento residenziale integrato, Comune di Padova:* si tratta di un insediamento progettato a misura di anziano. I servizi (dalla ristorazione alla assistenza medica) funzionano giorno e notte e gli appartamenti sono dotati dei normali comfort.
- *Casa Albergo per anziani non autosufficienti, Comune di Roma:* nel Comune di Roma nascerà una struttura dotata di 30 mini appartamenti e servizi in comune. Un progetto sperimentale che si pone come alternativa al ricovero in istituto.
- *Interventi integrati sull'ambiente fisico, Associazione AeA Abitare e Anziani.*
- *"Affidarsi", progetto di solidarietà tra anziani e famiglie, Comune di Milano:* è un progetto nato in fase sperimentale nell'estate del 1998 con l'iniziativa "Agosto in famiglia: una famiglia per un nonno". L'obiettivo del progetto è quello di mantenere il più a lungo possibile l'Anziano al proprio domicilio migliorando la sua qualità di vita attraverso un sostegno di tipo relazionale che colmi situazioni di solitudine. Il progetto prevede la figura di un affidatario, persona o famiglia, che diventa "punto di riferimento" per i bisogni dell'anziano e gli garantisce un affiancamento. E' previsto un rimborso spese per l'affidatario o un affido a titolo totalmente volontario.

Fruibilità della cultura

- *"Porte aperte", Comune di Milano:* la finalità primaria di questo progetto che risale al 2001 è quella di rendere utilizzabili i servizi ed il patrimonio del sistema delle Biblioteche Comunali di Milano ad una fascia di popolazione che vive l'accesso all'informazione spesso come limitante, a volte come impossibile: gli ipo e non vedenti e gli anziani con difficoltà visive. Ciò avviene tramite l'adeguamento dei servizi e l'introduzione di ausili ottici e telematici e la creazione all'interno del Sistema Bibliotecario Urbano di Milano di postazioni di lettura con videoingranditori professionali, stazioni di lavoro informatiche polifunzionali e un punto informativo centrale di consulenza ed indirizzo sull'area del disagio.
- *Progetto "Lettura agevolata", Comune di Venezia:* il primo prodotto del progetto è una nuova collana di libri, appositamente studiata per soddisfare le esigenze di chi ci vede poco e trova troppo faticoso leggere un libro stampato secondo gli standard tradizionali. Grazie al consenso di alcune case editrici, sono stati rieditate a caratteri ingranditi importanti opere della letteratura italiana e straniera. I primi volumi della serie sono reperibili nelle biblioteche e nelle case di riposo della città.

Servizi a domicilio

- *Consegna farmaci, Comune di Firenze.*
- *Lavanderia a domicilio, Comune di Lodi.*
- *Consulenza fiscale, Regione Emilia-Romagna:* si tratta di un servizio attivo in via sperimentale in alcuni comuni (Bologna, Modena, Rimini, Piacenza, Portomaggiore). Gli anziani si rivolgono agli Uffici delle Entrate per ricevere aiuto domiciliare nella compilazione della dichiarazione dei redditi o per



conoscere tutte le opportunità di agevolazione fiscale. Una linea telefonica dedicata permette di fissare gli appuntamenti.

- *Climatizzatori a domicilio, Comune di Ferrara.*

APPROFONDIMENTI

Assicurazione per i rischi di non autosufficienza - Provincia Autonoma di Bolzano

A seguito di una Legge Regionale del 1998, dell'entrata in vigore nel 2001 delle nuove norme di attuazione dello Statuto di autonomia (Decreto Legislativo n.259 del 4/5/2001), dell'esempio di Austria e Germania, si è ipotizzata la costituzione di una specifica copertura assicurativa, e del relativo fondo, concretizzata in un disegno di legge approvato dalla Giunta provinciale il 22/04/2003. Benché pubblicizzato (anche nel sito Internet della Provincia) come pronto ad entrare in vigore nel 2005, il disegno di legge deve ancora passare al vaglio del Consiglio Provinciale per completare definitivamente l'iter legislativo.

Il disegno di legge prevede l'istituzione di un fondo per un'assicurazione di non autosufficienza che garantisca un'erogazione in denaro, detta "indennità di assistenza", ai cittadini residenti nella provincia di Bolzano da almeno cinque anni, che siano "incapaci in misura rilevante e permanente, a causa di patologie o disabilità fisiche, mentali o psichiche, di svolgere gli atti della vita quotidiana in almeno due dei tre ambiti costituiti dalla mobilità, dall'alimentazione e dall'igiene personale" e che "necessitino pertanto dall'aiuto regolare di un'altra persona, mediamente per più di due ore al giorno" (Disegno di Legge, art. 2 comma 1).

Sono previsti tre differenti livelli di erogazione a seconda dell'entità della non autosufficienza, quantificata in base alle ore di assistenza necessarie e accertate da un apposita commissione di esperti; questi tre livelli si incrociano, poi, con la scelta dell'utente di ricorrere ad un'assistenza domiciliare svolta a titolo non professionale, dunque dalle reti parentali, di vicinato e di volontariato, oppure ad una che preveda l'intervento di professionisti, sia presso il domicilio che in un centro diurno, o, infine, ad un ricovero in una struttura residenziale. Se negli ultimi due casi le strutture erogatrici devono essere accreditate dalla Provincia, al fine di garantirne la qualità, va detto che è dichiarata intenzione della Provincia favorire la domiciliarità dell'assistenza, a cui riconosce, infatti, "un'indennità relativamente elevata rispetto all'onere effettivamente sostenuto". Riguardo l'erogazione, va poi sottolineato il fatto che essa consista direttamente in denaro, scelta dovuta sia al sopracitato intento di favorire l'assistenza domiciliare svolta ad opera di attori non professionisti, sia a motivi di ordine diverso: secondo l'Assessorato Provinciale alla Sanità/politiche sociali, infatti, il contributo in denaro, che andrà verosimilmente a coprire il 30-40% delle spese sostenute dall'utente, permette una precisa quantificabilità e comparabilità della prestazione, una maggiore possibilità di scelta dell'assistito, producendo, inoltre, un effetto regolativo sull'offerta dei servizi pubblici e privati e sulle loro tariffe, una superiore trasparenza, "da un lato agevolando il controllo degli abusi e dall'altro riducendo il rischio di un eccesso di servizi offerti"; ancora un maggior controllo sulle prestazioni ottenute e una sostanziale parità di trattamento.

Per quanto riguarda il finanziamento della misura, l'entità del Fondo Assicurativo per il Rischio di Non Autosufficienza è stato stimato in 155.000.000 di Euro annui, sulla base di una programmazione triennale che individua come fattori



determinanti di spesa l'entità delle prestazioni erogate, indicizzata secondo l'andamento dell'inflazione; la scelta del tipo di assistenza, dovuta, oltre alle risorse dirette attivabili, al tempo di assistenza necessaria; il numero delle persone non autosufficienti, oggi stimato a circa il 2-3% della popolazione altoatesina (cioè circa 10.800 persone) e derivato dalle varie esperienze europee.

Il Fondo sarà costituito per 2/3 (101.000.000 Euro), dai finanziamenti provinciali, già stanziati e normalmente erogati per le preesistenti misure dell'indennità di accompagnamento, indennità di assistenza domiciliare, contributi nella retta delle case di riposo e cura, servizio di assistenza domiciliare servizio di assistenza in strutture residenziali o centri diurni per disabili. E', poi, previsto un finanziamento regionale, ai sensi della già citata Legge Regionale n. 6 del 19/07/1998, che non ha, tuttavia, ancora trovato una quantificabile assunzione di impegno. La rimanente quota (54.000.000 Euro) di finanziamento spetta ad una contribuzione obbligatoria graduata in tre fasce di reddito.

In conclusione, si può affermare che l'amministrazione provinciale non istituisca nuovi finanziamenti per la non autosufficienza, ma persegue una razionalizzazione e integrazione di quelli già erogati.

La replicabilità dell'assicurazione per la non autosufficienza dipende da complesse scelte di politica sociale e da disponibilità finanziarie; recentemente si è parlato di introdurre una misura analoga su scala nazionale, effettuando, però, il prelievo fiscale tramite l'IRPEF.

Centro Diurno Integrato per anziani - Comune di Milano

Il centro viene aperto nel Dicembre 1999 come implementazione di un progetto presentato all'Unione Europea nell'ambito di un piano di finanziamento a progetti innovativi di supporto alla famiglia. Il progetto prevede la costituzione sinergica di tre diversi servizi: oltre al centro diurno, un centro ricreativo e uno dedicato ai malati di Alzheimer, attivato nel 2004.

Il progetto ha goduto per due anni di cospicui finanziamenti europei, che hanno innanzitutto consentito un ottimo recupero strutturale dell'edificio destinato al servizio e una buona dotazione di personale; attualmente il servizio è, invece, soggetto alla diretta gestione economica del Comune. Alla conclusione dei fondi europei il Comune ha sostituito parte del personale e non garantisce tutt'ora la stabilità dell'équipe; si è, poi, ancora in attesa dei fisioterapisti.

Il servizio si rivolge ad anziani in condizione di isolamento sociale e relazionale e si propone di riattivarne l'attitudine alla socialità e le relative abilità, in modo da recuperare un adeguato tessuto sociale attorno a sé.

Gli utenti accedono al servizio tramite i Centri Multiservizi Anziani della zona di residenza¹⁷ e vengono inseriti in una graduatoria stilata sulla base delle condizioni di isolamento, di reddito e di salute e valutate con un'apposita visita domiciliare cui partecipa anche personale del Centro; in proposito è bene sottolineare che il Centro non si fa carico di individui con disabilità fisiche rilevanti o con problemi di demenza, cui provvede il Centro Alzheimer dello stesso Comune di Milano. Sono accolte un massimo di cinquanta persone, organizzate su giorni diversi e alternati in modo da non essere contemporaneamente più di venticinque; ogni utente usufruisce del servizio due o tre giorni per ogni settimana e segue un progetto personalizzato che viene stilato all'ingresso dall'équipe e dal personale del CMA inviante. Il periodo di frequenza è

¹⁷ Si tratta degli sportelli per i servizi agli anziani del Comune di Milano.



generalmente di sei mesi, al termine del quale l'anziano si è dimostrato in grado di riattivare le proprie risorse e reti relazionali oppure è inviato, con la supervisione degli operatori del Centro, ad una struttura ricreativa; non mancano, comunque, eccezioni, con persone che si fermano più a lungo.

Il Centro provvede ad un servizio di trasporto da e verso il domicilio, curato dall'azienda dei trasporti di Milano, e alla fornitura di colazione, pranzo e merenda, pur rimanendo del tutto gratuito; questo è, del resto, un aspetto attualmente discusso e l'introduzione di una retta è allo studio.

Per quanto riguarda il personale, il Centro può contare su un Assistente Sociale, che ne è responsabile, quattro operatori ASA, un infermiere professionale, due educatori, un medico, anche se non a tempo pieno, e un impiegato amministrativo.

Va, però, rilevata la scarsa ricettività del servizio a fronte dell'altissimo numero di potenziali utenti.

Centri analoghi sono stati aperti anche in altre zone italiane.

Custode Sociale - Fondazione Fratelli di San Francesco, Comune di Milano

L'idea del custode sociale nasce in Gran Bretagna e viene adottata anche in Spagna e nella città tedesca di Lipsia; in questi luoghi studenti, pensionati, casalinghe iniziarono, in modi più o meno istituzionalizzati, a prendersi cura degli anziani del quartiere, organizzando periodici giri per assisterli e saggiarne la situazione.

A Milano l'introduzione è stata pensata e caldeggiata dal Comune, preoccupato per il gran numero di anziani presenti nella città e per i costi cui sarebbe andato incontro con un massiccio ricovero in residenze sanitarie; nelle intenzioni del Comune, il custode sociale avrebbe dovuto, quale servizio di sollievo, favorire la socialità dell'anziano e riattivarne le reti in modo da ritardare il più possibile l'ingresso in una struttura sanitaria, a beneficio sia dell'anziano sia delle casse comunali.

Nel 2000 la realizzazione è stata, così, proposta alla Fondazione Fratelli di S. Francesco, un ente religioso con esperienza di assistenza a persone emarginate e in special modo a senza fissa dimora. Il servizio ha preso, quindi, l'avvio nel settembre del 2000 con l'insediamento, in via sperimentale, di un custode sociale in un grosso agglomerato di edilizia popolare nel quartiere milanese di Stadera; in breve il progetto, finanziato dal Comune, si è esteso anche ai quartieri di San Siro (Settembre 2000) e Bicocca (Febbraio 2001), fino ad ottenere altre quattro postazioni (zona Molise-Calvairate) nel gennaio del 2004. Il Comune ha provveduto ad erogare un apposito finanziamento, ma solo per la fase sperimentale terminata nell'Aprile del 2002 e ha, poi, provveduto a sensibilizzare un ente benefico, lasciando, comunque, alla Fondazione erogatrice l'onere di reperire ulteriori e necessari fondi.

L'importanza e l'efficacia del progetto sembra, comunque, essere stata colta da tutti gli attori e i servizi coinvolti, anche se qualche difficoltà si è riscontrata nel rapporto con gli assistenti sociali, che temevano la creazione di un loro doppio o concorrente e che hanno mostrato una certa insofferenza all'iniziativa, promossa *in itinere* dalla Fondazione e sostenuta da alcuni industriali, di costituire un fondo per l'assistenza a persone con bisogni talmente rilevanti da non poter essere del tutto soddisfatti dall'ente pubblico.

Il servizio consiste nell'assegnazione di un operatore ad un condominio di edilizia popolare in cui vivono molte persone anziane e sole. Il suo obiettivo è di



mantenere viva la socialità dell'anziano, riattivando se possibile le sue reti relazionali, e di aiutarlo ad esprimere i bisogni e a ricevere risposte opportune e tempestive; il custode sociale, che usufruisce di un ufficio nel palazzo stesso, deve, insomma, essere in grado di riconoscere e identificare le situazioni di disagio, il prima possibile e prima del normale e spesso tardivo contatto con i servizi sociali e guidare l'utente fra le maglie delle istituzioni e dei servizi per consentirgli l'intervento più efficace; egli è una sorta di *case manager*, ma anche un osservatore attento e privilegiato del territorio di cui ogni giorno fa esperienza, "un'antenna", come nella definizione di un responsabile del servizio. E' evidente che il concetto di fondo è il favorire lo spostamento del servizio verso gli utenti in zone ad alta problematicità: non è l'anziano che va a chiedere aiuto ai servizi, ma sono questi ultimi che cercano di monitorare la situazione e intervenire il prima possibile.

Per svolgere un'attività così complessa, l'operatore deve avere una preparazione a tutto tondo; in particolare, si sono privilegiate le competenze sanitarie, amministrative, legali e informatiche, oltre che una conoscenza approfondita dei servizi sociali e sanitari ed una marcata capacità relazionale supportata da precedenti esperienze nel settore.

Durante il periodo di sperimentazione, la questione della legalità è emersa più volte, tanto che dal 2001 il custode sociale viene affiancato da un ispettore di Polizia, che provvede a raccogliere denunce e segnalazioni sugli accadimenti illegali e che funge da deterrente; le zone in cui viene implementato il servizio sono, infatti, anche a forte rischio di devianza. Un'intesa con la Polizia Municipale ha, inoltre, permesso la collaborazione dei cosiddetti Vigili di Quartiere, che operano sul territorio, ma si interfacciano spesso con il custode sociale e l'ispettore di Polizia.

Per quanto riguarda l'utenza, su una popolazione *target* individuata in 600 unità, si stima che l'utenza effettiva sia il doppio. Verso essi, il custode sociale si impegna non solo a individuarne i bisogni e a guidarli verso il servizio idoneo, ma funge anche da animatore, inaugurando momenti quotidiani o estemporanei di socializzazione, quali letture in gruppo di giornali o libri, feste mensili e di compleanno, e cerca di far fronte alle esigenze di più diversa natura. La risposta dell'utenza pare abbastanza elevata e si giudica di valore l'efficacia del servizio.

Comune di Milano e ALER nel 2002 hanno deciso di introdurre in alcuni condomini una figura derivata da quella del custode sociale, il cosiddetto portiere sociale. Il nuovo operatore, affiancato al tradizionale portinaio, si discosta, però, dal modello qui proposto, dal momento che è a tutti gli effetti un collaboratore dell'assistente sociale e da questi dipende; la filosofia dell'intervento, quindi, risulta in parte modificata.

Progetto Serdom - Comune di Modena

Il progetto trae origine dal tentativo promosso dalla Provincia di Barcellona, in sinergia poi con il Comune di Modena ed una società francese, di utilizzare fondi FSE per formare operatori di assistenza domiciliare non qualificati, favorendone lo sviluppo occupazionale, contemporaneamente all'emersione e alla regolarizzazione del lavoro sommerso e alla crescita di un mercato privato qualificato, complementare e integrato con il servizio pubblico.

Alla risposta negativa di finanziamento da parte dell'Unione Europea, il Comune di Modena ha ideato un servizio complesso, di cui è stata premessa la stesura del cosiddetto "Patto di Modena per l'assistenza domiciliare", in accordo



con i sindacati, le associazioni di categoria e i rappresentanti delle cooperative sociali, inaugurando una modalità di progettazione partecipata fra le parti. Tale accordo ha inteso creare vincoli contrattuali, norme di comportamento e linee guida per gli erogatori, siano essi singoli od organizzazioni. Tali linee guida impegnano il soggetto non solo ad un'erogazione corretta e rispondente a precisi standard, ma anche alla dichiarazione di obiettivi aziendali e modalità di gestione, organizzazione e formazione del personale.

A ciò è seguita una convenzione con i Centri per l'Impiego della Provincia di Modena, a cui sono riservate attività di formazione, di aggiornamento e di certificazione delle competenze professionali e, in tal senso, anche di intermediazione.

Ad aprile 2001, infine, è seguita la completa attivazione del servizio con l'apertura dello Sportello Informanziani e l'introduzione dell'accreditamento, sia di singoli che di organizzazioni.

Lo sportello Informanziani è rivolto sia agli operatori che intendano accreditarsi sia alle persone bisognose di assistenza domiciliare. Chi intende accreditarsi deve presentare domanda allo sportello, conformarsi alle linee guida e alle norme di comportamento stabilite nel Patto di Modena e possedere i seguenti requisiti: un documento che attesti il profilo professionale di A.d.B., O.S.S., O.T.A. o il certificato di iscrizione al corso "Operatore Sociale per Assistenza a Domicilio" rilasciato dal Centro per l'Impiego di Modena; l'assenza di condanne penali e di procedimenti penali in corso; il regolare permesso di soggiorno per motivi di lavoro, nel caso di cittadini stranieri.

Una volta accreditati, i soggetti erogatori entrano a far parte della banca dati da cui lo Sportello Informanziani attinge i nominativi da proporre alle persone bisognose di assistenza domiciliare.

A queste ultime, lo Sportello fornisce un elenco di cinque nomi, scelti fra quelli accreditati e rispondenti all'incrocio fra disponibilità dell'erogatore ed esigenze dell'utente finale.

Lo Sportello cura, poi, l'erogazione monetaria dei contributi per le famiglie che ricorrono ad erogatori accreditati concessa secondo una graduatoria stilata sulla base dell'indicatore ISEE e della condizione di non autosufficienza. Tale contributo monetario è reso possibile da una convenzione appositamente stipulata tra Comune di Modena e Fondazione Cassa di Risparmio di Modena e rende disponibile tre miliardi di lire per il periodo 2001-2003. Si è scelta un'erogazione direttamente monetaria per il fatto che la famiglia ha a che fare direttamente con l'erogatore, ponendo in essere con questi un rapporto di lavoro; l'Informanziani svolge, infatti, solo una mediazione fra i due soggetti, garantendo, tuttavia, standard di qualità e operatori in regola.

Al fine di valutare il possesso dei requisiti, la qualità del servizio e la reale adesione alle linee guida, il Comune ha stabilito una convenzione con un istituto di valutazione.

Per quanto riguarda, invece, i risultati raggiunti, sono stati rilevati una buona soddisfazione delle famiglie e un incremento della stipula dei contratti, ma anche una crescita delle persone che ricorrono all'assistenza domiciliare, anche se non accreditata, e la riduzione del ricorso alle cooperative, le quali, del resto, stanno dimostrando la tendenza ad uscire da questo settore del mercato.

Restano, infine, ancora da risolvere varie questioni, fra cui le regole di erogazione del contributo, con la probabile fissazione di soglie di accesso



parametrate sul reddito; ancora, si sta cercando di migliorare la contrattualistica e si sta valutando la possibilità di introdurre un'attività di mediazione culturale, ma lo sforzo è anche teso a pubblicizzare maggiormente l'esistenza del servizio.

Il progetto presenta alte possibilità di replica nei suoi indirizzi generali e nella originale soluzione trovata al problema della regolarizzazione del mercato dell'assistenza domiciliare, ma la sua articolazione ha comportato un elevato grado di complessità.

La Regione Emilia Romagna ha, comunque, attivato un'importante estensione del modello alle Province di Reggio Emilia e Forlì, varando nell'Agosto 2002 il Progetto Madreperla.

4. UNA RICOGNIZIONE SUL TERRITORIO DELLA PROVINCIA DI CREMONA

Premessa

La rassegna di servizi e interventi presentati in questo capitolo non ha alcuna intenzione di esaustività. Non si tratta di un censimento di tutti gli interventi di politica sociale per la popolazione anziana praticati nella provincia di Cremona. Scopo del capitolo è invece quello di descrivere le linee essenziali dei principali processi di innovazione in atto sul territorio, sia sotto il profilo dei contenuti degli interventi sia delle forme e soluzioni organizzativo-gestionali. A tale scopo vengono illustrati alcuni esempi che presentano elementi di particolare rilevanza principalmente in un'ottica di diffusione di buone pratiche.

In tal senso questo capitolo va considerato in stretta e necessaria connessione con i successivi, nei quali vengono approfondite le prospettive in termini di sviluppo del sistema dei servizi e interventi di politica sociale per gli anziani del territorio della provincia di Cremona. Il percorso di ricerca seguito corre su due binari paralleli: da un lato l'ascolto e la lettura delle specificità del territorio; dall'altro il confronto con altre realtà lombarde e italiane e con i termini del dibattito scientifico e normativo in atto.

I Centri sociali

Comune di Cremona, Provincia e Auser hanno lanciato nel Luglio 2002 un progetto di "implementazione di una rete solidaristica attraverso lo sviluppo delle competenze dei Centri sociali per Anziani della città di Cremona".

Al progetto hanno aderito numerosi soggetti, fra cui C.I.S.Vol., Associazione Unitaria Pensionati, I.I.P.P.A.B. di Cremona, Antea, Ada, Cadash, Caritas, Università popolare delle LiberEtà, La Città dell'Uomo, i sindacati confederali SPI - FNP - UILP e il Sindacato Italiano Unitario Lavoratori Polizia, ma il numero è in costante crescita.

Il progetto, tuttora in corso, mira a realizzare una rete fra gli otto Centri sociali per anziani della città e fra nuovi attori che, integrando compiti e competenze, insieme progettino e si assumano l'onere della gestione e degli esiti degli interventi, aumentandone l'efficacia e le capacità di risposta ad un numero maggiore sia di bisogni sia di utenti. Il progetto esplicita in premessa la constatazione "dell'inadeguatezza dei servizi professionali, i quali, per inesperienza, per carenza di risorse finanziarie, per la rigidità dei protocolli di intervento, non si rivelano capaci di promuovere azioni di benessere sociale e



interventi *ad personam*; questi richiedono, infatti, una massiccia presenza sul territorio e un'elevata flessibilità organizzativa e gestionale". Questo progetto si pone quindi delle prospettive fortemente innovative, soprattutto in rapporto all'esplicita denuncia fatta dei limiti del sistema dei servizi socioassistenziali attuale. Ne consegue anche la necessità di un'azione di sostegno alle reti informali di solidarietà, alle forme di auto-aiuto, al caregiving familiare.

Il progetto si articola in tre distinte fasi attuative: ricerca-intervento, formazione e Centro di ascolto.

Per quanto riguarda la prima, si tratta di un'analisi conoscitiva della rete informale dell'assistenza, dei modelli di funzionamento dei Centri sociali, del numero e della qualità dei loro utenti e delle prestazioni erogate; a ciò si affianca una nuova progettazione, partecipata fra i vari attori, dei profili organizzativi e gestionali dei Centri sociali e la definizione della Carta dei Servizi, di una banca dati del bisogno e di una delle unità di offerta, infine delle caratteristiche delle prestazioni erogate dalla rete informale negli ambiti della sicurezza, del sostegno e della compagnia.

Il piano formativo, invece, è rivolto agli operatori dei Centri sociali e definito in relazione alle risultanze della ricerca-intervento; articolato in nove mesi per una durata complessiva di 108 ore di lezioni, il piano prevede insegnamenti sulla normativa nazionale del settore, sull'organizzazione, sulla valutazione della qualità, sulle modalità del lavoro di rete e della progettazione, oltre che sulla famiglia.

L'ultima fase progettuale consiste, infine, nella predisposizione dello Sportello Anziani, che non sarà solo punto nevralgico della rete dei Centri sociali, ma si propone come autentico servizio di orientamento e facilitazione all'accesso al sistema cittadino dei servizi per la condizione anziana. In particolare, lo Sportello dovrà garantire unitarietà di accesso, capacità di ascolto e di accompagnamento, funzioni di orientamento, filtro, monitoraggio dei bisogni e delle risorse ed erogherà, nell'ambito dei compiti di counselling, le seguenti prestazioni:

- ascolto attivo delle problematiche sottoposte dall'utenza;
- orientamento alle risorse delle reti formali ed informali di aiuto;
- consulenza sulle procedure da seguire per l'accesso ai servizi del territorio, per quanto attiene gli ambiti dell'assistenza sociale, sanitaria, dei servizi amministrativi, sociali e culturali;
- aiuto nella comprensione e compilazione della modulistica in uso nei diversi uffici pubblici, con accompagnamento dell'utente nel percorso di accesso ai servizi territoriali competenti per i diversi casi;
- filtro ai servizi della rete.

Per quanto riguarda, invece, le attività di back office, gli operatori cureranno le seguenti attività:

- monitoraggio dei bisogni della popolazione anziana e/o fragile;
- coordinamento con gli operatori dei servizi territoriali competenti;
- sviluppo di relazioni con associazioni, enti, popolazione;
- promozione di formazione e di autorganizzazione fra i *care giver* familiari;
- preparazione e aggiornamento di materiali informativi.



A conferma che intento cardine del progetto è inaugurare un efficace e produttivo lavoro di rete, lo Sportello Anziani si avvarrà delle prestazioni di almeno un assistente sociale a tempo pieno, un supervisore e almeno sei operatori volontari.

In ultimo, per ciò che concerne il finanziamento dell'intero progetto, esso è stato sostenuto, secondo quote diverse, da Comune di Cremona, Provincia di Cremona, C.I.S.Vol. Cremona - Lodi, Auser Lombardia e Fondazione Cariplo.

Il progetto Nipoti & Nonni

Naturale prosecuzione del progetto precedente e del lavoro di rete da esso inaugurato è stata la definizione di un secondo progetto, Nipoti & Nonni, che mira ad estendere le possibilità offerte dall'integrazione degli attori al di fuori dei Centri sociali. Ad esso aderiscono tutti i soggetti sopra citati, con l'aggiunta di COOP Lombardia, che si è resa disponibile ad un finanziamento e all'attuazione del microprogetto di spesa a domicilio.

Gli elementi in comune sono numerosi, fra cui la promozione dei Centri sociali e di una loro funzione di case management per interventi a bassa complessità professionale, il piano formativo, il sostegno all'assistenza informale. Nipoti & Nonni si caratterizza, tuttavia, per azioni di più ampio respiro: esso, infatti, intende promuovere azioni che rinforzino la cultura della cittadinanza attiva e solidale, che coinvolgano insieme anziani e giovani e che servano ad aumentare la consapevolezza della comunità e delle istituzioni che gli anziani attivi costituiscono una risorsa per la società; gli interventi, così, sono pensati sulla necessità di una maggiore aderenza alle problematiche e alle caratteristiche del tessuto urbano-sociale su cui i Centri insistono, e ad essi si rivolgono per consentirne "l'allargamento della spazialità e l'aumento della prossimità a tutti i possibili utenti, potenziandone le funzioni di centri d'ascolto".

Il progetto si articola in alcuni microprogetti, in parte realizzati. Il primo prevede alcuni incontri informativi sugli scippi, attualmente in corso, e l'attivazione di un *call center* che offra alle vittime dello scippo supporto psicologico e aiuto nel rifare i documenti sottratti e nel sostituire la serratura di casa.

Il secondo microprogetto realizzato consiste nella consegna gratuita della spesa a domicilio per anziani soli o non autosufficienti, mentre altri coinvolgono specificamente i giovani: si va da attività canore o teatrali a percorsi di animazione nei Centri Diurni Integrati tenuti da giovani volontari o ancora a scambi di saperi fra generazioni diverse, quali corsi di informatica.

Il progetto, iniziato nel 2002, è stato finanziato, con quote di importo diverso, da Comune di Cremona, Provincia di Cremona, C.I.S.Vol. Cremona - Lodi, Auser, COOP Lombardia e Fondazione Comunitaria.

A conclusione di quanto detto, va sottolineato che interventi riguardanti i Centri sociali si sono sviluppati anche in altri comuni della Provincia, in un'ottica di valorizzazione del potenziale aggregativo utile per combattere le condizioni di solitudine e per promuovere un invecchiamento attivo. In merito, ad esempio, il Comune di Soncino ha avviato una collaborazione con l'Associazione Pensionati, titolare di un Centro sociale, per definire e promuovere iniziative informative e di supporto sulla non autosufficienza, che intendono agire in un'ottica di prevenzione per mantenere attivi e rendere consapevoli non solo gli anziani ma la cittadinanza in generale.



I ricoveri di sollievo

In tutta la Provincia da qualche anno sono disponibili i ricoveri di sollievo, cioè rivolti a persone non autosufficienti e per il periodo massimo di un mese; questo tipo di ricovero è volto a svincolare temporaneamente i *care giver* familiari dalla cura dell'anziano e coincide nella maggior parte dei casi con il periodo delle ferie estive.

Dopo essere stati promossi dalla ASL, con opportuni finanziamenti, attualmente i ricoveri di sollievo sono gestiti dagli Uffici di Piano (e dal Servizio della Provincia per il distretto di Cremona) e sono conteggiati fra i posti convenzionati a livello regionale secondo una logica di vuoto per pieno.

Il progetto Filo d'Argento

Si tratta di un progetto varato a livello nazionale da Auser e in via di graduale implementazione nella Provincia di Cremona a partire dal 1.10.2002, anche grazie al finanziamento concesso dalla Fondazione Comunitaria.

Il progetto si propone di contrastare la solitudine, sostenere e promuovere il diritto alla domiciliarità, ampliare la gamma delle risposte ai bisogni mirando a soddisfare anche necessità immateriali, promuovere il ruolo attivo dell'anziano, delle reti parentali e di *care giving* informale, delle associazioni di volontariato e promozione sociale, monitorare le caratteristiche della domanda.

Il servizio si compone innanzitutto di un *call center* nazionale, funzionante dal Lunedì al Venerdì dalle ore 8 alle ore 18, a chiamata gratuita e deviata al Punto di Ascolto Auser territorialmente competente (attualmente il prefisso 0372). L'utente può usufruire di un servizio di compagnia, ma anche di informazioni circa i servizi presenti sul territorio o segnalare situazioni che necessitino una presa in carico del problema segnalato. In questo caso, entro 48 ore personale volontario di Auser procederà ad una verifica, anche domiciliare, della tipologia di bisogno, ad una eventuale segnalazione ai servizi competenti o all'attivazione delle reti di auto-aiuto, nonché ad una presa in carico di Auser stessa; quest'ultima potrà attuare forme di assistenza domiciliare complementari alle prestazioni professionali per offrire sostegno alla persona o sollievo dei *care giver* informali; fra le prestazioni che saranno, quindi, erogate si annovera la compagnia, la sorveglianza a domicilio, in istituto, in centri diurni o in alloggi protetti, il sostegno affettivo o ancora attività di accompagnamento, di supporto alla vita quotidiana o alla dimissione ospedaliera, la consegna di farmaci o della spesa, il disbrigo di piccole commissioni e l'inserimento in percorsi di socializzazione.

Per quanto riguarda, poi, quest'ultimo aspetto, Filo d'Argento prevede anche attività di accompagnamento e socializzazione in centri sociali finalizzate all'uscita dalle diverse forme di solitudine ed esclusione sociale e alla promozione della cittadinanza attiva.

Il supporto agli operatori: ASA e care giver familiari

Alcuni Comuni hanno attivato forme di supporto per gli operatori ASA, i volontari, i *care giver* familiari che si trovano ad affrontare quotidianamente la cura di anziani non autosufficienti. Sono stati, così, organizzati corsi di formazione sulle patologie tipiche della condizione anziana, tra le quali l'Alzheimer, e sono stati implementati interventi volti alla cura della capacità comunicativa e relazionale in genere tra anziani, operatori e familiari, aspetto essenziale per far superare all'anziano la diffidenza di affidarsi a un estraneo, per consentire il massimo sollievo possibile ai familiari e una maggiore efficacia della



cura di tutti i *care giver*, formali o informali. Questo è il caso di alcuni interventi del Comune di Casalmaggiore e del progetto "Più a lungo in famiglia" del Comune di Crema, che intende sperimentare un percorso di aiuto e sollievo sviluppato sulla base dei bisogni di volta in volta rilevati e teso a favorire la permanenza in famiglia dell'anziano demente.

Azioni di supporto relazionale per gli assistenti domiciliari sono state implementate, alla fine del 2003, anche dal Comune di Soncino, che ha previsto un incontro mensile con uno psicologo e momenti di restituzione in *équipe* delle difficoltà riscontrate nello svolgimento della professione. L'intervento, molto apprezzato dagli operatori, si estenderà, probabilmente nel corso del 2004, ai *care giver* familiari mediante la costituzione di gruppi di mutuo aiuto che possano fornire loro supporto e ridurre i rischi di maltrattamento degli anziani.

I Centri Diurni Integrati

Oltre a questi progetti specifici, va, poi, sottolineata la tendenza generale, da parte degli Uffici di Piano e di alcuni comuni, di intensificare l'utilizzo e la disponibilità dei Centri Diurni Integrati, ritenuti un potente strumento per sviluppare una domiciliarità in grado di garantire professionalità e sicurezza, specialmente nei confronti dell'Alzheimer o di coppie di anziani di cui uno non sia autosufficiente; così a Cremona e a Castelleone si stanno aprendo due nuovi CDI, di cui il primo rivolto ai malati di Alzheimer, nel Distretto di Casalmaggiore si sta operando per un aumento dei posti disponibili e il Comune di Soncino ha avviato una collaborazione con il CDI di Orzinuovi (BS).

I Consultori "geriatrici"

Una diversa modalità caratterizza, invece, l'intervento dell'ASL di adeguamento dei consultori familiari; essi sono stati, infatti, dotati di un medico geriatra, un infermiere professionale e uno psicologo specializzato nella condizione anziana e si propongono di prestare cure a particolari fasce di utenza, ma anche di svolgere funzioni di orientamento del bisogno, nella tipica ottica consultoriale; si stanno anche valutando interventi specifici per utenti malati di Alzheimer e cure palliative per malati terminali. Un'iniziativa importante che prende le mosse in questi mesi a cura dell'ASL è inoltre la costituzione di un servizio di "sportello anziani" che dovrebbe fornire servizi di informazione, orientamento e facilitazione all'accesso ai diversi servizi sul territorio.

Progetto Permanente Terminalità - Comi - Cure Palliative

Partendo dalla tipicità della RSA come snodo nella rete di Servizi, la Fondazione Zucchi-Falcina ha promosso un percorso culturale interdisciplinare (sociale, clinico, gestionale, amministrativo) dedicato alla terminalità, ai comi e alle cure palliative. Tale percorso, tutelato come "progetto permanente" all'interno del Centro Ricerca Formazione della Fondazione, prevede la costituzione di due Nuclei Residenziali dedicati alle situazioni di terminalità e complessità croniche estreme in genere, per un totale di circa 40 posti letto. Il Progetto desidera in primis offrire risposte concrete alle Famiglie in tema di *cura dei problemi di fine vita e cura del dolore*, ma desidera anche costituirsi nel tempo come punto di riferimento e occasione di confronto, offerta ad altre realtà analoghe, interessate alla reciproca integrazione sulle tematiche in oggetto.

Per raggiungere tale obiettivo l'Ente ha predisposto una "Équipe di Cura" di professionalità assai eterogenea, nel rispetto delle tre aree disciplinari riconosciute: area amministrativa, area sanitario-assistenziale, area sociale. L'équipe segue un approccio operativo che è sempre oggettuale e soggettuale insieme; ogni atto tecnico è cioè di per sé leggibile come atto affettivo per i



soggetti in rete (operatori, familiari, volontari, medico di famiglia, soggetto morente). Il metodo prevede inoltre una costante attività di sostegno di gruppo, di sostegno individuale (supervisione ma anche turn-over fisiologico) e di Integrazione nel processo dei vissuti familiari. Infine, come collegamento con la ricerca e l'esperienza esterna all'Ente, si aggiunge la clinica simbolico-relazionale fondata sulle artiterapie ad indirizzo psicodinamico (musicoterapia, narratologia terapeutica e poesiterapia).

I Nuclei residenziali, anche strutturalmente, sono stati pensati in funzione delle problematiche presenti, attraverso un'adeguata organizzazione spaziale, la presenza di accessori strumentali sempre orientati ai bisogni, ma anche oggetti di uso quotidiano e la presenza di spazi cosiddetti "ecologici", finalizzati cioè a garantire di volta in volta il ritiro o la condivisione in base alle esigenze individuali.

L'Artiterapia in RSA

La Cooperativa Altana opera in alcune RSA del territorio, integrando interventi di animazione sociale diretti agli ospiti istituzionalizzati, ed interventi di "Artiterapie" su un totale di circa 50 utenti anziani affetti da situazioni cliniche fortemente compromesse, alzheimer, disturbi psichiatrici e gravi patologie.

Le artiterapie prendono le mosse da quella che per lungo tempo è stata considerata la psicopatologia dell'espressione, che vedeva nella produzione grafica ed artistica del malato, l'espressione della sua patologia.

Il programma di artiterapie promosso dalla Coop. Altana, include diverse forme di intervento, tra cui la musicoterapia, la danzaterapia, la teatroterapia e l'arteterapia, che differiscono tra loro per il diverso strumento artistico utilizzato (suono, musica, danza, pittura, scultura). I vari linguaggi creativi, implicano infatti l'impiego di differenti canali sensoriali, percettivi ed espressivi e vengono utilizzati a scopo terapeutico all'interno del programma di cure predisposto dall'RSA.

In quest'ambito, l'artiterapia non costituisce soltanto un momento occupazionale o ludico ma proprio per l'attinenza che il prodotto artistico ha con i processi creativi e per la qualità della relazione che l'arteterapeuta stabilisce con il paziente, essa costituisce un momento significativo nel quadro del progetto terapeutico, volto a valorizzare l'espressività della persona anziana e la sua capacità relazionale.

5. LE PROBLEMATICHE E I VINCOLI ALL'INNOVAZIONE NEI SERVIZI PER ANZIANI IN PROVINCIA DI CREMONA

Premessa

Dopo aver delineato uno scenario di offerta di servizi significativi e particolari nella provincia di Cremona, con il fuoco sulle esperienze innovative, cercheremo in questo paragrafo di identificare quei fattori, ostativi ed inibenti, che possono frenare l'emergere dell'innovazione o che possono costituire un vincolo alla realizzazione di nuovi strumenti di intervento.

Il lavoro è stato condotto intersecando tre linee di riflessione. Una analisi di carattere generale (che scaturisce dallo studio della letteratura sull'argomento e del dibattito scientifico e normativo in atto); una riflessione maturata



dall'esperienza di numerosi studi condotti nella rete dei servizi; una rilevazione condotta sul territorio attraverso interviste somministrate a testimoni privilegiati e ad operatori dei servizi, nel tentativo di circoscrivere la specifica lettura degli attori rispetto alle specificità, ai vincoli e alle caratteristiche del proprio operato.

La contrazione delle risorse: un fattore di contesto

Uno dei principali fattori che inficiano la possibilità di sviluppo di interventi innovativi è ovviamente rappresentato dalla contrazione delle risorse destinate agli enti locali verificatasi negli ultimi anni a seguito delle scelte di spesa pubblica e dei vincoli sovranazionali cui essa deve sottostare.

Se si considera che dei 410 milioni di Euro che vengono decurtati dai bilanci comunali nella voce trasferimenti dallo Stato (Legge Finanziaria 2003), ben 300 erano destinati a piccoli e piccolissimi comuni, è facile comprendere come il territorio cremonese, composto in gran parte da Comuni con meno di 5mila abitanti, risulti particolarmente colpito¹⁸. Se a questo scenario si aggiunge il blocco pressoché totale delle assunzioni di personale, esteso anche ai comuni di minori dimensione demografica e i rigidi vincoli di spesa a cui gli enti locali sono soggetti (si pensi alle risorse vincolate ai Buoni e Voucher), è facile comprendere come l'entità dei tagli ponga in serio pericolo non solo lo sviluppo di servizi innovativi, ma anche il mantenimento dello status quo dell'offerta di prestazioni, costringendo molte amministrazioni a tagliare le risorse a tutte quelle voci di spesa considerate non essenziali.

Adottando un approccio poliedrico, è però possibile scorgere l'altro lato della medaglia: se è vero che i tagli delle risorse agli enti locali condizionano pesantemente il loro operato e mettono a rischio la stessa stabilità dei bilanci, è anche vero che, in molte circostanze, l'avvio di processi innovativi ha avuto inizio proprio in momenti di ristrettezza di bilancio. In queste condizioni l'ente pubblico, non potendo disporre di notevoli capacità economiche è stato spesso costretto ad escogitare nuove forme di gestione in grado di far quadrare il cerchio tra la crescente domanda assistenziale e bilanci sempre più stringenti, razionalizzando le risorse e limitando in tal modo gli sprechi.

Se la scarsità di risorse può essere considerato un dato di contesto, in quanto gli effetti ricadono su tutto il territorio nazionale, dalle interviste sono emersi una serie di fattori che fanno specifico riferimento al territorio cremonese.

I limiti nella capacità progettuale del Terzo Settore

Da gran parte dei colloqui condotti è emerso in primo luogo il problema relativo alla debolezza organizzativa e progettuale del Terzo Settore.

Sulla base di quanto riscontrato, molte delle organizzazioni che rientrano in quest'ambito, non hanno ancora recepito in pieno i dettami della 328 - che rilancia il ruolo del Terzo Settore prevedendone la partecipazione anche nelle fasi di progettazione e programmazione - e faticano a svolgere un ruolo propositivo rispetto ai soggetti istituzionali presenti sul territorio. La difficoltà di operare azioni che richiedano forme di collaborazione ad ampio raggio presente tra gli attori sindacali, le organizzazioni di volontariato e quelle del privato sociale, costituisce un vincolo per lo sviluppo e il mantenimento di progettualità condivise. Tali soggetti presentano infatti identità organizzative spesso rigide e alcune difficoltà al confronto con chiavi di lettura e approcci metodologici diversi

¹⁸ I tagli intervengono più pesantemente sui Comuni medio-piccoli in quanto i trasferimenti statali compongono spesso una rilevante quota dei bilanci complessivi dei Comuni dotati di minori risorse, rispetto ad altri centri di dimensioni demografiche più ampie.



dal proprio. Questo aspetto ha pregiudicato in passato la possibilità di cooperare organicamente nella progettazione e, soprattutto, nell'erogazione dei servizi. Nonostante le realtà presenti sul territorio cremonese siano ben disposte nei confronti della chiamata dell'ente pubblico, esse faticano ad assumere un ruolo propositivo nei suoi confronti e ad intercettare autonomamente i finanziamenti eventualmente disponibili. La scarsa capacità di coordinamento risulta essere un fattore ostativo rispetto alla messa in rete delle risorse disponibili sul territorio e alla costruzione di interventi più completi che prevedano, oltre alla progettazione partecipata, anche l'erogazione di servizi.

I limiti nella capacità di coordinamento dell'ente pubblico

Le riforme che hanno coinvolto nell'ultimo decennio la Pubblica Amministrazione, hanno attribuito ad essa un ruolo centrale nella programmazione e nell'organizzazione dei servizi, sia nel rapporto con le altre istituzioni pubbliche, sia in quanto garante e referente nei confronti dei cittadini. La stessa Legge Quadro dei servizi sociali (328/2000) definisce in termini nuovi il rapporto tra l'ente locale e gli altri soggetti presenti sul territorio, attribuendo al primo importanti funzioni di regia, nel rispetto dei principi della cooperazione tra gli attori che partecipano al processo decisionale. In questo scenario l'ente locale diviene titolare delle funzioni amministrative, di programmazione, di indirizzo, di progettazione, di organizzazione e controllo del sistema integrato dei servizi alla persona.

Per quanto concerne il territorio cremonese, gran parte degli osservatori intervistati hanno sottolineato lo sforzo condotto nel recente passato dagli amministratori degli enti locali - ai vari livelli - nel comprendere i bisogni emersi dal territorio e la loro elevata sensibilità nei confronti delle tematiche sociali e socio assistenziali. Nonostante questo aspetto, è emersa da più parti la necessità di implementare le azioni di pianificazione e coordinamento tra gli attori nel sistema, ai fini di una maggiore condivisione delle scelte e di una più agevole realizzazione dei progetti collegialmente intrapresi. La scarsa capacità di coordinamento dell'ente pubblico è stata infatti indicata come potenziale freno allo slancio innovativo e progettuale, presente in nuce tra la molteplicità di organizzazioni presenti, in particolar modo nel capoluogo. La necessità di coordinare l'operato dei diversi soggetti si manifesta con forza in una realtà come quella cremonese nella quale è presente un substrato molto ricco di organizzazioni e associazioni impegnate nell'erogazione dei servizi. Da più parti, inoltre, si lamenta una certa difficoltà di interazione tra l'Azienda Sanitaria Locale, gli Uffici di Piano e le organizzazioni sindacali e del terzo settore.

In questo scenario, risulta imprescindibile la sottoscrizione di accordi progettuali tra i soggetti decisori presenti sul territorio ai diversi livelli, volti alla creazione di chiare linee di indirizzo verso la costituzione di reti integrate di servizi.

Attraverso un maggior coordinamento tra le realtà territoriali, i Comuni e l'Asl possono promuovere un insieme di regole e procedure orientate all'adeguatezza dei bisogni, all'efficacia dei metodi e degli investimenti, all'uso ottimale delle risorse impiegate e alla sinergia con le potenzialità - anche informali - presenti sul territorio, orientando l'intero processo verso un "sistema di qualità".

I limiti nella propensione

Da più parti è stato sottolineato come la carenza di adeguati percorsi di formazione e aggiornamento costituisca uno dei principali vincoli alla nascita di



all'innovazione da parte degli operatori servizi innovativi.

La resistenza all'innovazione si dimostra spesso elevata nella fase di ideazione del servizio, ovvero nella fase antecedente alla piena condivisione dei nuovi programmi operativi. In questo senso la resistenza è derivata dallo scetticismo dimostrato verso lo sviluppo dei nuovi servizi, ma soprattutto dalla modifica degli standard procedurali degli operatori, legata alla sperimentazione delle nuove prassi. Alla cultura professionale spesso poco incline all'innovazione, fa spesso seguito la rigida impostazione di alcuni contratti lavoro, che non permettono una gestione flessibile del monte ore a disposizione di ciascun operatore e la possibilità di svolgere compiti diversi da quelli assegnati. Ulteriore elemento ostativo è infine rappresentato dall'assenza di incentivi economici destinati a quegli operatori che si dimostrano inclini a sperimentare nuove prassi o a prendere parte a percorsi formativi mirati.

In questo scenario la formazione e la riqualificazione del personale risulta essere uno degli elementi più deboli del sistema provinciale dei servizi e, di conseguenza, uno dei maggiori ostacoli strutturali per la realizzazione di politiche sociali innovative. Attraverso la formazione degli operatori si potrebbe infatti giungere ad una progettazione maggiormente condivisa e partecipata (l'evidenza empirica dimostra che gli operatori tendono a mostrarsi molto coinvolti dalle innovazioni quando hanno la sensazione di sentirsi parte integrante del nuovo progetto) favorendo nel contempo lo slancio innovativo e la definizione di prassi e metodologie organizzative nuove.

La carenza di percorsi formativi emerge anche nell'ambito del volontariato "puro", rappresentato da quegli operatori che prestano servizio a carattere volontario e gratuito, impiegando il proprio tempo in mansioni ausiliarie o di carattere sociale. Anche in questo caso la professionalizzazione degli operatori dovrebbe passare attraverso la programmazione di percorsi formativi mirati, atti a fornire al personale operante nelle associazioni, gli strumenti adeguati per il corretto espletamento dei servizi e per un'adeguata gestione del rapporto con gli utenti.

Le resistenze culturali delle famiglie

Oltre alle problematiche relative all'offerta di servizi (che coinvolgono l'ente pubblico e i gestori presenti sul territorio) dai colloqui condotti è emerso come uno dei principali fattori ostativi che frenano lo sviluppo dell'innovazione sia rappresentato dalle resistenze culturali legate alla domanda di prestazioni.

Per decenni il sistema socio assistenziale cremonese si è adeguato ad un'impronta culturale di tipo "familistico", tipica di questo territorio, che fonda principalmente su un "fai da te" domestico la cura di quella parte di anziani toccata dall'evento critico della non autosufficienza. Il fardello dell'assistenza ad una persona fragile, nella maggior parte dei casi, era sulle spalle di un unico parente, spesso donna, costretto a operare delle rinunce considerevoli sia sul piano professionale che familiare, per assumersi gli oneri e gli onori (in un rapporto dove i primi superano di gran lunga i secondi) dell'assistenza ad una persona cara. In questo retroterra culturale, il complesso degli interventi assistenziali è risultato spesso subalterno all'organizzazione domestica e comunitaria. E' radicata infatti la tendenza a considerare la famiglia e l'istituzione come le uniche soluzioni - per giunta fra loro antitetiche - presenti sul territorio. In altre parole, l'anziano è mantenuto a domicilio fino a quando le sue condizioni psicofisiche permettono una gestione familiare della cura, per



essere tradotto in Rsa nel momento in cui le necessità assistenziali da sociali divengono sanitarie o quando si registra un complessivo deterioramento delle condizioni di salute. Per queste ragioni assumono scarso valore tutte quelle politiche di sostegno familiare (politiche di sollievo, del reddito, di integrazione) atte a favorire la permanenza dell'anziano presso la famiglia di origine, allontanando nel contempo il pericolo di una sua istituzionalizzazione. In questo quadro si colloca anche la recente diffusione del ricorso alla figura della "badante", la quale assume qui non tanto una funzione di supporto all'attività del caregiver primario, quanto quella di sostituzione della figura parentale, senza quindi di fatto contribuire all'integrazione delle risorse endogene della famiglia con la rete dei servizi.

Sulla base delle indicazioni emerse, un ruolo prioritario ai fini di un maggior coinvolgimento delle famiglie con la rete dei servizi, dovrebbe essere affidato alla comunicazione sociale, attraverso la quale l'ente pubblico si interfaccia con i cittadini. Molti interlocutori hanno infatti sottolineato come la carenza di informazione possa essere considerata un freno verso l'utilizzo dei servizi, soprattutto verso quelle prestazioni meno conosciute in quanto di recente attuazione o erogate da enti del privato sociale.

6. LINEE DI INVESTIMENTO PER UNO SVILUPPO DEI SERVIZI E DEGLI INTERVENTI DI POLITICA SOCIALE IN PROVINCIA DI CREMONA.

Premessa

In questo capitolo vengono presentate alcune linee di sviluppo possibili dell'innovazione nei servizi per anziani da implementare nella provincia di Cremona. La lista non ha pretese di esaustività: si tratta infatti delle priorità emerse dall'analisi delle specificità del territorio cremonese così come messe in luce nei colloqui con alcuni testimoni privilegiati (attori pubblici e privati delle politiche sociali) e dal confronto con le principali esperienze monitorate nel resto della Lombardia e più in generale nelle regioni del Nord Italia.

Mentre le prime due indicazioni fornite possono considerarsi "strutturali", poiché riguardano l'organizzazione delle politiche sociali nel loro complesso, le seguenti hanno invece a che fare con i contenuti degli interventi sociali da implementare o potenziare.

- A livello macro/strutturale, si rileva l'importanza di un investimento organizzativo da parte degli enti pubblici per l'integrazione e la messa in rete delle risorse disponibili sul territorio, in particolare dei diversi attori del terzo settore, poiché si riscontra una debolezza organizzativa e progettuale degli stessi.
- La seconda questione strutturale si riferisce alle modalità di gestione dei servizi sociali. Sarebbe utile esplorare l'opportunità di realizzare nuove modalità di gestione dei servizi sociali, quali per esempio le aziende speciali, anche consortili, più adatte a coniugare obiettivi di qualità ed efficacia degli interventi con obiettivi di efficienza ed economicità.
- Nel merito delle iniziative da sviluppare, si segnalano innanzitutto servizi e prestazioni di supporto ai *caregiver*, che li mettano in grado di sostenere la



cura e l'assistenza degli anziani senza incorrere in rischi di una cattiva gestione della patologia o della relazione con l'anziano, o di livelli di stress e affaticamento eccessivi. Sia i familiari che gli operatori, del settore pubblico e di quello privato, necessitano di interventi di accompagnamento, consulenza e formazione.

- Sempre nell'ottica di ritardare l'istituzionalizzazione definitiva degli anziani è importante potenziare anche i servizi di assistenza alternativi alle strutture residenziali, in Provincia di Cremona particolarmente deboli. Ci si riferisce nello specifico alla rete dei Centri Diurni (Integrati) per anziani da un lato e alle forme di residenzialità innovative, come per esempio gli alloggi protetti, dall'altro.
- I testimoni intervistati sottolineano inoltre l'esigenza di un miglioramento nella comunicazione pubblica tra ente locale e cittadinanza in merito ai servizi disponibili sul territorio, ottenibile attraverso una loro maggiore pubblicizzazione.
- In ultimo, in un'ottica di valorizzazione delle risorse già attive sul territorio, sarebbe opportuno far convergere la socialità ed il potenziale aggregazionale dei Centri Sociali per anziani in iniziative di solidarietà attiva verso quegli anziani che, per motivi fisici (scarsa autosufficienza) o logistici (difficoltà negli spostamenti cittadini), non hanno la possibilità di prendere parte alle attività degli stessi. Questa attenzione si potrebbe tradurre da un lato nel parziale spostamento della socialità dai Centri Sociali al domicilio (iniziative di compagnia, piccoli servizi e commissioni da parte di anziani attivi), dall'altro nell'autorganizzazione degli spostamenti dal domicilio ai Centri e viceversa.

L'idea di fondo alla base delle linee di sviluppo appena evidenziate è che in Provincia di Cremona sia necessario un investimento nella cultura della domiciliarità. Con ciò non si intende qui tanto l'incentivo alle famiglie per il mantenimento in casa dell'anziano non autosufficiente, che nel cremonese appare in realtà una dinamica culturalmente radicata, come già ricordato, quanto richiamare alla necessità di supportare la scelta della domiciliarità in modo maggiormente adeguato alle necessità delle famiglie. Le politiche della domiciliarità, in pratica, dovrebbero essere fortemente caratterizzate dalla messa a disposizione di una rete di servizi e interventi ad essa complementari, in grado di proteggere e aiutare la famiglia nei passaggi più critici che tale scelta comporta.

Questo punto di vista è avallato anche dal fatto che, pur trattandosi della provincia più coperta della Lombardia per ciò che riguarda i posti-letto nelle strutture residenziali, diversi testimoni intervistati hanno la percezione che sia necessario ampliarne l'offerta. Questa valutazione si ritiene possa essere piuttosto collegata ad un senso di insoddisfazione per i servizi e le prestazioni disponibili al di fuori delle strutture e sia dunque riconducibile alla necessità di un maggiore supporto da parte dell'ente pubblico alla non autosufficienza preliminarmente all'istituzionalizzazione, attraverso servizi capaci di ritardarla senza che però ne paghino il prezzo familiari e operatori, che, se lasciati soli, sono categorie ad altissimo rischio di *burn-out*.

APPROFONDIMENTI



Stimolo e coordinamento del terzo settore

Il terzo settore è quella parte consistente di società civile che media e miscela logiche di azione differenti, quali quelle dello stato, del mercato e della famiglia, ponendosi come una sorta di spazio di incrocio tra la dimensione pubblica e quella privata nella produzione di servizi di utilità sociale per fini solidaristici. La mancanza di coordinamento e di collegamento tra attori del settore, un mix eterogeneo di entità anche molto diverse, e con gli attori pubblici, rappresenta uno spreco di potenziale e di occasioni di capitalizzazione delle risorse sociali già operative sul territorio. L'integrazione e la messa in rete dei diversi attori è uno dei principi cardine della riforma della L.328/2000 e deve tradursi in una nuova abitudine a pensare gli interventi in modo sinergico. I Comuni e le Province hanno il ruolo fondamentale di promuovere iniziative di mobilitazione territoriale, regia che contribuisce a rendere l'azione di tutti i soggetti (pubblici e privati) effettivamente complementare e quindi più razionale ed incisiva. Spetta alle istituzioni pubbliche garantire ai cittadini l'esercizio dei propri diritti/doveri, assunto che comporta che i soggetti del terzo settore siano valorizzati come risorse attive di un territorio da coinvolgere in un sistema di lavoro integrato.

Tale funzione non può essere lasciata alla spontaneità dei singoli soggetti, ma va individuata una strategia che renda attuabile e concreto il percorso della progettazione partecipata. Gli strumenti partecipativi sovracomunali già esistenti (il Piano di Zona *in primis*) si devono accompagnare alla messa a punto di iniziative di supporto alla regolamentazione dei rapporti con gli enti del terzo settore, che vanno dalla fissazione di criteri specifici che vincolino gli enti che ottengono in appalto la gestione dei servizi, alla mappatura delle realtà del terzo settore esistenti, all'attivazione di tavoli di programmazione partecipata, al sostegno di eventuali consorzi di cooperative o assemblee del terzo settore. La rete coordinata e flessibile come obiettivo organizzativo si basa sull'idea che l'insieme dei servizi, pur se realizzati da organizzazioni diverse, dovrebbe agire come se si trattasse di un'unica impresa fatta di diversi segmenti o comparti. L'ente locale deve essere in grado di organizzarsi per svolgere un costante ruolo di programmazione e di monitoraggio sulle diverse maglie di questa rete, costruendo forme adeguate di cooperazione e integrazione ai fini di un'erogazione razionale e flessibile dei servizi. Ancora troppo spesso il privato sociale (o terzo settore) è vissuto ed utilizzato dall'ente pubblico come scarsamente professionale e come mero esecutore delle prestazioni affidategli, invece che come portatore di un sapere locale prezioso. La nascita ed il consolidamento del terzo settore devono essere letti invece come un investimento produttivo nel tessuto locale, ma contemporaneamente di riproduzione della socialità e delle relazioni tra persone, che ha come esiti auspicabili un incremento della qualità della vita collettiva ed una riduzione effettiva dei costi sociali che derivano da fenomeni di esclusione ed emarginazione, così come una crescita economica del territorio stesso. La creazione di un ambiente che supporti la nascita e lo sviluppo del terzo settore, con servizi e strutture adeguati, trasparenza nei processi di finanziamento e accreditamento, idonee condizioni legali, di scelte economico-sociali, di trattamento fiscale, di assetto istituzionale, attivazione di reti di cooperazione tra soggetti collettivi è fondamentale per la circolazione di fiducia e l'abbassamento dei costi di transazione tra attori pubblici e privati. Si ridurrebbe in questo modo anche il volume delle prestazioni improprie e non necessarie, con un abbassamento dei costi dei servizi ed un innalzamento della loro qualità, contemporaneamente ad una riduzione del disordine e della confusione che una pluralità di servizi scollegati tra loro può generare attorno all'assistito.



Va in questa direzione l'esperienza maturata a partire dal 1998 dal Cisvol (Centro servizi per il volontariato) organizzazione deputata a sostenere e qualificare le potenzialità espresse dalle associazioni che operano sul territorio. Il Cisvol è presente con i suoi sportelli nei tre principali centri della Provincia e coinvolge oltre 60 soggetti, tra associazioni di volontariato e Cooperative Sociali. L'erogazione di servizi da parte del Cisvol avviene con riferimento a quattro aree di intervento: promozione del volontariato, consulenza e assistenza, formazione e informazione, documentazione e banche dati. Ad oggi il Cisvol - che giuridicamente è un ente sostenuto da Fondazioni di origine bancaria - risulta essere una delle principali esperienze di coordinamento e congiunzione tra realtà associative di diversa estrazione e rappresenta nel contempo un primo tentativo di lavoro di rete tra gli attori che operano sul territorio.

Esplorazione di nuove modalità di gestione dei servizi sociali

Nel welfare inaugurato dalla riforma della L. 328/2000 sono soprattutto i Comuni ad assumere la titolarità della funzione di programmazione del sistema integrato ed il tema della gestione dei servizi e degli interventi sociali assume in quest'ottica una crescente centralità. L'opportunità di sondare innovativi assetti gestionali dei servizi sociali, dal consorzio tra Comuni, una realtà relativamente consolidata, a nuove forme di aziendalizzazione come le aziende speciali, è stimolata sia da una volontà di ridisegnare il ruolo degli enti pubblici, che delegano ad altri soggetti la gestione dei servizi, sia, specialmente nel caso di soggetti consortili, dalla necessità di una gestione efficace e più economica degli stessi, attraverso il rafforzamento della capacità di intervento dei singoli Comuni, per evitare duplicazioni, ottimizzare risorse finanziarie e umane e pervenire ad una diffusione omogenea dei servizi e degli interventi sul territorio. Soprattutto per le realtà di piccole dimensioni infatti, e ancora di più con il ritiro delle deleghe alle ASL, il rapporto costi-benefici di una gestione tradizionale e l'elevato costo di transazione del *contracting out* puro ha costretto gli enti locali a cercare nuove forme di collaborazione e di organizzazione dei servizi. L'azienda speciale, in particolare, è un ente strumentale dell'ente locale che è chiamato a esercitare responsabilità gestionali, distinte dalle scelte strategiche e di indirizzo politico. Ha personalità giuridica, autonomia imprenditoriale e patrimoniale, potestà autorganizzatoria e il suo ruolo tecnico-gestionale dovrebbe renderla un'entità più specializzata ed agile dell'ente pubblico nella risposta alla domanda sociale dei cittadini. Riferendoci inoltre all'auspicabile sviluppo e consolidamento del terzo settore di cui sopra, questo tipo di ente diventa un interlocutore unico, qualificato e rappresentativo per tutti gli attori del territorio, creando un circolo virtuoso di condivisione e coordinamento di idee e progetti.

Uno sforzo di recente attuazione che muove in tal senso, è rappresentato dalla costituzione di "Cremona Solidale", un'Azienda Speciale Comunale che opera nel settore dell'assistenza sociale e socio-sanitaria integrata nel territorio della Città di Cremona, con particolare riferimento ad interventi destinati agli anziani parzialmente o totalmente non autosufficienti e ad interventi nell'ambito della riabilitazione geriatrica e funzionale.

Supporto ai caregiver non professionisti

- Supportare i *caregiver* degli anziani significa assumersi un ruolo importante nei confronti delle responsabilità familiari, laddove si intendano implementare forme strutturate di consulenza, formazione, assistenza operativa a chi si occupa degli anziani, siano essi il coniuge, i figli, la vicina di casa. Si può trattare di un supporto psicologico, sanitario, sociale che si deve concretizzare



nella creazione di spazi e tempi dedicati, nella messa a disposizione di competenze specifiche in risposta ad una domanda sociale in forte crescita. Iniziative che vanno in questa direzione sono già attive sul territorio cremonese, per esempio nel caso del progetto "Nonni e Nipoti": la creazione di uno sportello anziani e di un centro d'ascolto risponderebbero all'esigenza espressa da anziani e famiglie di condividere i propri problemi di cura, essere indirizzati alle risorse formali e informali del territorio, essere accompagnati nel percorso di accesso ai servizi. Anche il Call Center del progetto nazionale "Filo d'Argento" è stato pensato per rispondere ai bisogni conoscitivi degli anziani e dei loro familiari. La creazione di gruppi di auto-mutuo aiuto, progetto del Comune di Soncino, può essere un'altra via per permettere ai *caregiver* di uscire dall'isolamento e far sì che tramite lo scambio di conoscenze ed esperienze si arrivi alla soluzione condivisa dei problemi. I gruppi di auto-mutuo aiuto sono composti da piccole strutture a base volontaria, finalizzate all'aiuto reciproco e al raggiungimento di scopi specifici. Nati per soddisfare l'esigenza di assistenza reciproca verso bisogni comuni¹⁹ (alcolismo, affido familiare, malattie croniche, handicap, tossicodipendenza) si stanno sviluppando esperienze di aiuto mutualistico anche nell'area dell'assistenza alla non autosufficienza. Tali gruppi hanno l'obiettivo di esprimere i problemi, spesso comuni, della permanenza a domicilio di anziani non autosufficienti, cercando, dove possibile, soluzioni collegiali a tali criticità. L'integrazione dell'assistenza domiciliare con competenze relazionali appositamente dedicate al supporto e alla mediazione della relazione tra anziano e *caregiver* (per esempio l'assistenza tradizionale coadiuvata dalla presenza dello psicologo) è un'ulteriore strada da approfondire. Altre iniziative lombarde indirizzate specificatamente alla gestione della malattia Alzheimer (il supporto psicologico domiciliare, la consulenza di operatori e volontari alle famiglie nel Café di Como) sono già state segnalate in questo rapporto. Giova inoltre ricordare come, specialmente in Lombardia, l'introduzione di misure, come i *voucher* e gli assegni di cura, volte al sostegno delle famiglie nei loro compiti di cura se non accompagnate da un adeguato sistema di informazione e consulenza alle famiglie rischia di generare interventi scarsamente funzionali ed efficaci. Il supporto ai *caregiver* dovrebbe assumere la forma di un accompagnamento nelle scelte ed una valutazione degli interventi da parte di un responsabile del caso, come già precedentemente evidenziato.

Formazione degli operatori

- Per lo stesso motivo per cui è importante sostenere i *caregiver* nell'assistenza dell'anziano, non meno fondamentale risulta l'affiancamento e il supporto degli operatori, intendendo qui sia coloro che lavorano in ambito pubblico, che chi opera nel terzo settore. Nei servizi sociali e socio-sanitari, a forte valenza relazionale, sono gli operatori i garanti della qualità. I singoli professionisti se restano isolati non hanno le competenze per affrontare i problemi nella loro globalità. La necessità di dotarli di conoscenze specifiche e diversificate deve tradursi in contaminazione e integrazione di competenze, affinché gli interventi affrontino i problemi sociali e sanitari in modo olistico.

¹⁹ Sono azioni di sostegno a favore di persone in difficoltà, che vengono fornite da soggetti (*helper*) che presentano gli stessi problemi e la stessa storia: l'*helper*, aiutando una persona (mutuo aiuto) rinforza se stesso (auto aiuto) in un processo circolare e virtuoso. L'essenza del processo di auto-mutuo aiuto è la mutualità e la reciprocità (Silverman, 1089)



Le occasioni formative, nelle quali oltre all'apprendimento di nuove informazioni si attiva uno scambio di esperienze tra colleghi, sono un momento molto importante di riflessione sui servizi, di condivisione di buone pratiche, di creazione di innovazione. La presa di decisioni e l'operatività quotidiana richiedono necessariamente informazioni e conoscenza, altrimenti anziché incoraggiare il cambiamento e l'innovazione si tende ad arroccarsi su posizioni rigide di ordine e stabilità, perpetuando lo status quo. Se poi pensiamo che nei servizi agli anziani operano oltre che persone appositamente formate, anche molti volontari e nuove figure professionali nate nell'ambito della cooperazione sociale, l'esigenza della formazione e di un riconoscimento istituzionale delle qualifiche risulta ancora più evidente. L'obiettivo è quello di ottimizzare le risorse disponibili, migliorando contemporaneamente la qualità della vita lavorativa di chi presta il proprio servizio, tramite la restituzione di competenze e riconoscimenti. Questa necessità emerge con urgenza anche visto l'importante ruolo del terzo settore sia nello sviluppo dei servizi sociali e sanitari in Italia, sia nella produzione di nuovi modelli di servizi che forse il settore pubblico non avrebbe potuto realizzare. Vale la pena citare ancora una volta il progetto "Nonni e Nipoti" che, tra le altre cose, contempla un percorso formativo diretto ai volontari delle organizzazioni che vi hanno aderito, con l'obiettivo di far loro acquisire le competenze necessarie al fronteggiamento delle esigenze che emergono al centro d'ascolto. Il supporto psicologico alle famiglie del Comune di Soncino prevede anche una consulenza psicologica per gli operatori coinvolti nell'assistenza domiciliare. Queste sporadiche iniziative dovrebbero diventare pratiche sistematiche in tutte le municipalità, un punto di attenzione fondamentale da non trascurare.

Realizzazione di CDI e potenziamento di quelli esistenti

- I Centri Diurni Integrati sono servizi della rete territoriale che operano in regime diurno. Sono finalizzati all'offerta di un supporto di carattere sociale ed assistenziale di medio rilievo e all'erogazione di prestazioni sanitarie e riabilitative. Essi rappresentano il punto intermedio tra la risposta residenziale ed i servizi domiciliari. Questo servizio ha l'obiettivo di fornire un aiuto concreto alle famiglie che, per impegni lavorativi o di altra natura, non riescono a garantire l'accudimento dell'anziano in modo costante durante l'arco della giornata. Il CDI accoglie persone anziane non autosufficienti le cui condizioni non permettono una gestione solo domiciliare dell'assistenza, ma che non risultano compromesse a tal punto da richiedere l'istituzionalizzazione in Rsa. In Provincia di Cremona esistono 10 CDI, di cui solo due nel Capoluogo. Esse sono prevalentemente strutture di piccole dimensioni (10-15 posti), incapaci di rispondere pienamente al fabbisogno di cure emerso dal territorio. Una maggiore dotazione di posti nei Centri Diurni Integrati, nonché la previsione di nuove strutture (magari situate in appoggio alle Rsa esistenti), potrebbe far sì che un numero più ampio di anziani fosse sostenuto nel proprio percorso di invecchiamento, al fine di evitare o ritardare l'istituzionalizzazione. Attraverso le attività e l'assistenza offerta quotidianamente in questi centri, infatti, si tende a rallentare il processo di decadimento psicofisico e a contenere la perdita di autonomia, migliorando la qualità della vita dei soggetti fragili, laddove è effettivamente rispettato il mandato di dare al servizio contenuti riabilitativi, di mantenimento delle funzionalità e di socializzazione. Benefici effetti sarebbero riscontrabili anche



sulla famiglia dell'anziano, la quale potrebbe giovare di periodi di sollievo. La necessità di strutture di sollievo emerge infatti dai colloqui con diversi testimoni privilegiati e potrebbe essere gestita anche con l'ampliamento di questa tipologia di offerta.

Sviluppo di modelli di residenzialità alternativa

Dalle interviste condotte è emersa la necessità di sviluppare, accanto alle tradizionali tipologie di servizi residenziali, forme di domiciliarità alternative, nelle quali l'anziano con residue capacità motorie e autosufficienza non ancora compromessa, possa mantenere accessibili le proprie reti relazionali e gestire in modo autonomo gli eventi della quotidianità. Gli interventi di residenzialità alternativa si possono ascrivere a tutti gli effetti tra i servizi di sostegno alla domiciliarità, in quanto garantiscono all'anziano la possibilità di proseguire a vivere autonomamente nel proprio contesto domestico o in uno affine a quello nel quale era inserito. Oltre alle tipologie organizzative descritte nella sezione generale (Comunità Alloggio, Case Albergo, Alloggi Protetti), una forma alternativa di residenzialità, che si è sviluppata negli ultimi anni in numerose città italiane, è rappresentata per esempio dalla coabitazione tra anziani autosufficienti (che necessitano di compagnia e assistenza nello svolgere le piccole mansioni quotidiane) e studenti universitari fuori sede (che dispongono spesso di risorse scarse e necessitano temporaneamente di un alloggio nelle vicinanze della sede universitaria). Nonostante Cremona non presenti sul proprio territorio strutture universitarie di grandi dimensioni (se si eccettua la sede cremonese dell'Università Cattolica, la facoltà di Musicologia e i corsi attivati dal Politecnico), alcuni intervistati non hanno mancato di sottolineare l'interesse rappresentato da "pensionati integrati" di questa natura come forma di residenzialità innovativa, in grado di rispondere alle esigenze di socialità e di integrazione di settori diversi della comunità cremonese. In tal senso la scarsa rilevanza numerica di studenti fuori sede, può essere considerata come un vantaggio in funzione di un avvio del progetto in fase sperimentale (anche su piccola scala), in quanto verrebbe garantito un monitoraggio più accurato ed una organizzazione logistica meno impegnativa. Un'altra strada percorribile per il mantenimento dell'anziano al proprio domicilio è rappresentata dalla sperimentazione del servizio di Custode Sociale soprattutto in quelle realtà di quartiere dove si registra una maggiore presenza di anziani soli. In queste realtà il Custode Sociale si porrebbe come figura di riferimento privilegiato per l'anziano, in grado di fornire supporto e aiuto immediato nello svolgimento delle piccole vicissitudini quotidiane (fare la spesa, acquistare medicinali, facilitare l'accesso a momenti di socializzazione e di tempo libero, ecc.). La presenza di un Custode Sociale garantirebbe inoltre la possibilità di rilevare in modo più snello e veloce i bisogni concreti dell'anziano e avrebbe funzioni di raccordo con il sistema dei servizi pubblici e la rete del volontariato sociale.



7. CONCLUSIONI

Tre sono le conclusioni importanti che vogliamo mettere in evidenza al termine della ricerca svolta.

Un vincolo di cultura

In primo luogo l'indagine ha posto in risalto la natura tendenzialmente "conservatrice" del sistema dei servizi dell'area anziani; nel senso che le spinte di innovazione e le esperienze pilota di tipo avanzato in questo ambito sono relativamente poco diffuse. Incide in questo principalmente una visione statica della popolazione anziana e dei suoi bisogni e aspettative. Ma incide anche un'organizzazione complessiva della rete priva di reali ed efficienti snodi di coordinamento e di integrazione, come pure un investimento ancora insufficiente in termini di formazione e aggiornamento degli operatori, sia del settore pubblico che (e in misura maggiore) del privato e del terzo settore.

Ciò si deve tradurre in uno sforzo maggiore volto al miglioramento delle funzioni di raccordo e coordinamento fra enti e soggetti, da attuarsi attraverso nuove modalità gestionali, nuovi servizi informativi, nuove metodologie per l'accesso e l'orientamento ai servizi. Come pure si deve pensare alla promozione di attività formative e di aggiornamento capaci di consolidare non solo abilità tecniche ma anche competenze allargate orientate all'integrazione delle discipline, allo scambio e alla contaminazione delle esperienze, alla conoscenza dei percorsi e delle metodologie innovative.

Una priorità diffusa

In secondo luogo, la residenzialità alternativa e il supporto alla domiciliarità, che rappresentano oggi uno degli ambiti di intervento prioritari per lo sviluppo della rete dei servizi per gli anziani, mostrano nel territorio cremonese alcuni limiti rilevanti per i quali è urgente agire. Vi è un crescente bisogno di soluzioni di residenzialità nuove, in grado di rallentare i processi di istituzionalizzazione, pur mantenendo vivo il senso specifico della residenzialità in un territorio caratterizzato da forti tradizioni localistiche come quello cremonese. Ciò significa offrire soluzioni di residenzialità assistita diurna (i CDI), o alloggi protetti ben integrati nei tessuti urbani locali; ma significa anche che la scelta della domiciliarità deve essere accompagnata da misure in grado di supportare realisticamente le famiglie che assumono oneri di caregiving. Non basta certo in altre parole la monetizzazione dell'intervento che, a sé stante, prefigura di fatto l'addossamento alle famiglie di compiti e responsabilità professionalmente troppo complessi e che richiedono invece competenze e strutture di protezione adeguate. Le politiche fondate sui titoli devono al contrario prevedere canali di affiancamento estremamente efficienti e molto flessibili, dotati di professionalità evolute, capaci di far emergere e leggere i bisogni sul territorio, capaci di offrire risposte informative mirate, e per i quali in definitiva saranno indispensabili anche investimenti ad hoc.

Un'urgenza specifica

In terzo luogo vogliamo portare in evidenza un ulteriore nodo critico particolarmente complesso da affrontare; certamente minoritario nei numeri ma assolutamente prioritario per le caratteristiche di urgenza e di costo sociale che comporta. Stiamo parlando del problema della demenza e della forte



compromissione dello stato cognitivo che, soprattutto se non associata a grave non autosufficienza, difficilmente riceve la corretta risposta in termini di risorse e di opportunità.

Ancora una volta la famiglia finisce spesso per ritrovarsi sola di fronte a questa problematica, e la scelta dell'istituzionalizzazione rappresenta allora l'unica efficace, se non l'unica praticabile.

Non sono le sole evidenze emerse dalla ricerca: tuttavia ci sembrano quelle più urgenti per dimensione o complessità dei fenomeni o per effettiva carenza di risposte.