

# RESIDENZE DI COMUNITÀ

UN CONTRIBUTO PER UNA  
NUOVA FILIERA DELLA  
RESIDENZIALITÀ E DELLE  
CURE DOMICILIARI



La collana *Quaderni della Fondazione CRC* mette a disposizione i risultati delle ricerche socio economiche realizzate dall'Ufficio Studi e Ricerche per esplorare temi di interesse e di prospettiva per il territorio della provincia di Cuneo e per contribuire alla realizzazione e alla valutazione dell'attività della Fondazione.

La presente ricerca è stata promossa e finanziata dalla Fondazione CRC e realizzata in collaborazione con Confcooperative Cuneo, l'Associazione Provinciale Cuneese Case di Riposo, l'Associazione La Bottega del Possibile e il Dipartimento di Psicologia dell'Università di Torino.

Ufficio Studi e Ricerche Fondazione CRC: Elena Bottasso (coordinamento), Francesco Carbonero, Martina Prato.

Gruppo di ricerca: Marco Rizzo (Dipartimento di Psicologia, Università di Torino), Salvatore Rao (La Bottega del Possibile), Norma De Piccoli (Dipartimento di Psicologia, Università di Torino).

Un ringraziamento sentito ai direttori e direttrici di struttura, al personale delle case di riposo, agli amministratori e amministratrici locali che hanno partecipato all'indagine e che, attraverso la condivisione di dati, opinioni e visioni, insieme a Fondazione, hanno collaborato alla realizzazione del lavoro di indagine e all'organizzazione dei workshop territoriali. In particolare, l'organizzazione dei *focus group* è stata possibile grazie alla collaborazione della dott.ssa Raffaella Gonella.

Un ringraziamento anche a Carlo Bovolo e Francesca Mina per aver collaborato alla pubblicazione di questo Quaderno.

GIUGNO 2022

# RESIDENZE DI COMUNITÀ

UN CONTRIBUTO PER UNA NUOVA  
FILIERA DELLE RESIDENZIALITÀ  
E DELLE CURE DOMICILIARI

*A cura di*

Marco Rizzo, Salvatore Rao, Norma De Piccoli

© 2022 Fondazione CRC  
Via Roma 17 – 12100 Cuneo – Italia  
[www.fondazionecrc.it](http://www.fondazionecrc.it)  
ISBN 978-88-98005-32-1

Il documento in formato PDF è scaricabile dal sito [www.fondazionecrc.it](http://www.fondazionecrc.it)  
È vietata la riproduzione dei testi, anche parziale, senza autorizzazione

Progetto grafico: Undesign – Torino  
Impaginazione: Bosio.Associati – Savigliano  
Stampa: Tipolito Europa  
Chiuso in tipografia a giugno 2022



# SOMMARIO

---

Saluto del Presidente	8
Presentazione	9
Executive Summary	11
Introduzione	13

---

## 1. GLI ANZIANI DI OGGI E DOMANI

1.1 Trend demografici e servizi rivolti agli anziani	17
1.2 Accesso ai servizi per anziani	23
1.3 Modelli internazionali in vigore	25
1.4 Lo scenario italiano	31
1.5 Il contesto piemontese	36

---

## 2. METODOLOGIA

2.1 Le strutture coinvolte	41
2.2 Gli strumenti utilizzati	42

---

## 3. L'ANALISI

3.1 Descrizione del comparto	47
3.1.1 Un focus per area territoriale	52
3.1.2 Un focus sulle piccole strutture	55
3.2 Le riflessioni sulle fragilità di base	56
3.2.1 Le fragilità strutturali delle residenze per anziani	57
3.2.2 Le fragilità nei servizi offerti alla popolazione anziana	63
3.2.3 Le fragilità nelle collaborazioni con realtà esterne	67
3.2.4 Le fragilità legate al personale	71
3.3 Le riflessioni sui possibili miglioramenti	77
3.3.1 La predisposizione di nuovi servizi rivolti agli anziani	78
3.3.2 La formazione adeguata del personale	83
3.3.3 La creazione di reti di strutture residenziali	85
3.3.4 Una possibile filiera della residenzialità	87
3.3.5 Le future disponibilità	90

#### 4. RACCOMANDAZIONI DI POLICY: ALTERNATIVE POSSIBILI ALL'ATTUALE MODELLO

4.1	La prospettiva centrata sulla struttura	95
4.1.1	Struttura residenziale e network dei servizi	96
4.1.2	La struttura e la sua riorganizzazione	98
4.1.3	La struttura che comunica con la comunità	101
4.1.4	Un'infrastruttura per unire le strutture a livello provinciale	104
4.2	La prospettiva centrata sui bisogni dell'anziano	106
4.3	Conclusioni	110
<hr/>		
	Bibliografia	115



## Saluto del Presidente

La presente pubblicazione affronta, nell'ambito del settore d'azione prioritario "*promozione e solidarietà sociale*", un tema che ha da sempre visto la nostra Fondazione esercitare una particolare attenzione: la residenzialità e le cure domiciliari per le persone anziane. L'approfondimento affrontato abbraccia opportunamente tutte e tre le sfide che ci siamo posti nel Piano Pluriennale 2021-2024 e che abbiamo denominato + Sostenibilità, + Comunità, + Competenze, ed è finalizzato a stimolare una riflessione sul complesso sistema locale delle case di riposo, alle quali la Fondazione si sente particolarmente legata per l'essenziale ruolo sociale ed economico che esercitano sul territorio.

I cambiamenti demografici e i nuovi assetti familiari impongono profonde riflessioni sulla necessità di incrementare i servizi che accompagnano le persone in età avanzata in modo da preservarne la qualità della vita nel processo di invecchiamento. Per garantire il conseguimento di tali obiettivi è fondamentale che le comunità locali che ospitano le strutture siano capaci di essere coese e di affrontare le trasformazioni sociali in maniera rapida e virtuosa. Con questa consapevolezza la Fondazione CRC da anni si impegna a supportare le realtà socio-assistenziali della provincia, sia tramite specifici approfondimenti tematici (si veda il Quaderno n°3 *Senectus Ipsa Morbus*), sia con azioni concrete sul campo (si veda il progetto *Veniamo a trovarvi* e il Bando *Residenze di Comunità* elaborato proprio dagli spunti di questa pubblicazione) che hanno stimolato la solidarietà sociale del nostro territorio. La volontà della Fondazione è quella di fornire gli strumenti materiali e immateriali che servono ad attivare processi sociali funzionali ai bisogni degli individui, a migliorare le competenze e a rafforzare il senso di comunità, elemento imprescindibile per una filiera sostenibile della residenzialità.

Il Quaderno 43 fornisce al lettore una fotografia inedita della rete delle case di riposo e restituisce una preziosa descrizione delle necessità e dei punti di forza che le strutture provinciali esprimono, a partire dal legame con il proprio territorio. Con questo lavoro, l'auspicio è quello di facilitare l'individuazione di elementi di novità che aiutino il comparto della residenzialità ad affrontare la ripartenza dopo la pandemia e, di rimando, sostengano la coesione sociale della nostra forte comunità.

Ezio Raviola



## Presentazione

Il tributo pagato dagli anziani durante la pandemia è stato senza dubbio quello più doloroso, sia dal punto di vista quantitativo che qualitativo per via dei legami affettivi e di memoria persi dalla comunità intera. Oltre al numero di decessi, l'immaginario collettivo ha individuato alcuni luoghi fisici dove la ferita della pandemia è stata percepita in maniera più marcata: gli ospedali con i loro reparti Covid19, così come le residenze per anziani. Non è un caso che, infatti, proprio su questi luoghi sia iniziata una riflessione che, se condotta in modo virtuoso, ossia se saprà coinvolgere il sistema sanitario e socio assistenziale nel suo complesso, potrà portare a notevoli progressi del nostro welfare nazionale.

I dati oggi in circolazione mostrano come il nostro Paese abbia una copertura di servizi residenziali di gran lunga inferiore rispetto a molti altri paesi europei. Il numero di posti letto ogni mille abitanti over 65 corrisponde a circa 19 in Italia, contro i 44 della Spagna, i 50 della Francia e i 54 della Germania. La situazione è equivalente per le cure domiciliari: 6 persone ogni cento over 65 curate in Italia, contro i 9 della Spagna e i 14 della Germania, solo la Francia dimostra numeri peggiori (dati OECD 2019). Un altro elemento di difficoltà è la frammentazione dei servizi e delle loro competenze istituzionali. Come riportano Lamura e Ranci (2022)<sup>1</sup>, i servizi forniti vanno dall'indennità di accompagnamento fornita dall'INPS all'assistenza domiciliare integrata di competenza delle ASL, ai servizi di assistenza domiciliare dei comuni alla residenzialità pubblico-privata. La complessità può rendere più difficoltoso l'accesso ai servizi da parte delle persone anziane e creare margini di disuguaglianza se gli individui che ne hanno bisogno si presentano con una rete familiare debole o assente.

Di fronte alle conseguenze della pandemia, fortunatamente, sono nate diverse riflessioni sulla necessità di rinnovare e rafforzare il sistema di welfare italiano della non autosufficienza. Il PNRR ha accolto molti suggerimenti arrivati dal comparto della residenzialità e dedica le Missioni 5 e 6 alla volontà di riformare gli interventi che oggi riguardano le cure agli anziani, con specifiche direttrici: semplificazione dei percorsi di accesso, rafforzamento dei servizi territoriali di domiciliarità e riqualificazione delle strutture residenziali. Questo richiamo può solo essere accolto favorevolmente dalla rete di strutture presenti in provincia di Cuneo, che si sono attivate sia per le dure sfide alle quali sono state sottoposte negli ultimi anni sia perché molte hanno colto l'opportunità di dedicare del tempo a ricostruire la lista delle priorità d'intervento.

Per questo motivo, il Quaderno 43 prodotto dall'Ufficio Studi e Ricerche della Fondazione CRC – che ha il compito di realizzare delle ricerche di approfondimento per fornire indicazioni utili alla

<sup>1</sup> Lamura e Ranci (2022) *Per la non autosufficienza è tempo di riforma*, da [lavoce.info](http://lavoce.info).

Fondazione stessa e al territorio provinciale per la programmazione e progettazione degli interventi – rappresenta un contributo unico alla conoscenza delle case di riposo cuneesi, delle loro fragilità e dei loro punti di forza. Il rapporto dedica un approfondimento sia all'aspetto quantitativo dei servizi forniti nel nostro territorio, sia a quello qualitativo che racconta esperienze e vissuti di coloro che lavorano e dirigono le strutture. Ne emerge un quadro complesso, ricco di declinazioni differenti delle medesime criticità, ma anche un filo rosso che accomuna tutti gli sforzi che quotidianamente chi lavora nel comparto è capace di mettere in campo: la volontà che ogni rinnovamento e ogni trasformazione ruotino attorno ad una maggiore attenzione alla persona presa in carico.

Il lavoro non solo si limita a descrivere la situazione attuale, ma avanza alcuni suggerimenti di policy traendo spunto dai numerosi confronti avuti con gli attori coinvolti, inclusi alcuni preziosi contributi raccolti al di fuori della provincia di Cuneo. Con questo sguardo al futuro e al rinnovamento, la Fondazione dona generosamente alcuni elementi di riflessione che siamo sicuri potranno essere da guida a chi vorrà accompagnare le strutture e il loro personale attraverso una riorganizzazione che, a partire dal legame con il territorio, sappia dare solidità e sostenibilità ai servizi dedicati alle persone anziane.

Ufficio Studi e Ricerche

## Executive Summary

The most painful bill that our society has paid to the pandemic is the demise of the elderly, both quantitatively and qualitatively because of the emotional and memory ties lost by the entire community. In addition to the number of deaths, the public opinion has identified specific physical places where the wound of the pandemic has been felt most strongly: not surprisingly, the hospitals and their Covid19 departments, as well as the nursing home. It is no coincidence, in fact, that these places gave rise to a rethinking and reform proposals that, potentially, can lead to significant progress in our national welfare, above all if they will be able to involve the health and social welfare system as a whole.

Data today show that Italy has far less coverage of residential services than many other European countries. The number of beds per thousand inhabitants over 64 is about 19 in Italy, compared to 44 in Spain, 50 in France and 54 in Germany. The situation is equivalent for home care, with 6 people every 100 inhabitants over 65 in Italy, compared to 9 in Spain and 14 in Germany; only France does worse (OECD 2019 data). Another obstacle is the fragmentation of services and their institutional competencies. As Lamura e Ranci (2022)<sup>1</sup> point out, the services range from the care allowance provided by INPS to the integrated home care under the responsibility of ASLs, to home care services of municipalities, to public-private residential care. This complexity can make it more difficult for older people to access the facilities and create margins of inequality if individuals own a weak or absent family network.

However, the consequences of the pandemic have promoted several reflections regarding the need to renew and strengthen our welfare system. The Italian plan for the Next Generation EU has taken up many suggestions brought up by the stakeholders and dedicated Missions 5 and 6 to the a reform of the elderly care, with specific guidelines: simplification of the access to the services, strengthening of territorial home care services and upgrading of residential facilities. This emphasis can only be welcomed by the network of facilities in the province of Cuneo, which have become active both because of the challenges posed by the pandemic and because many have taken the opportunity to spend time rebuilding the list of priorities.

For this reason, Quaderno 43 produced by the Research Unit of Fondazione CRC – which has the task of producing research and analyses to support the Foundation and the local decision makers – represents a unique contribution

---

<sup>1</sup> Lamura e Ranci (2022) *Per la non autosufficienza è tempo di riforma*, lavoce.info.

to the knowledge of local nursing homes, their frailties and strengths. The report devotes an in-depth look at both the quantitative aspect of the services provided in our area, as well as the qualitative aspect mirroring the experiences of those who work in and manage the facilities. The outcome is a complex picture, full of different declinations of the same critical issues, but also a fil rouge that join all the efforts that those who work in the sector are able to put forth on a daily basis: the desire that every renewal and every transformation revolve around a greater attention to the person taken in charge.

The work aim not only at describing the current situation, but also at making some policy recommendations drawing from the several discussions hold with the stakeholders, including some valuable contributions gathered from outside the province of Cuneo. With this glimpse of the future and renewal, Fondazione CRC generously donates some elements for reflection that we are sure can be a guide for those who want to accompany the facilities and their staff through a reorganization that, starting from the tie with the territory, is intended to give solidity and sustainability to the services dedicated to the elderly.

The Research Unit

## Introduzione

L'emergenza sanitaria ha drammaticamente investito il sistema dei servizi alla persona e le relative strutture, svelando la necessità di una loro riorganizzazione complessiva, così come l'urgenza di recuperare la relazione tra le residenze e la comunità in cui esse operano.

Tale riorganizzazione, da avviare al più presto, è da attuarsi in ottica di sviluppo di sinergie adeguate con i programmi europei di investimento, a partire dal Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR), per aggiornare le cure territoriali rivolte alla non autosufficienza, nonché quelle relative al riordino del comparto della residenzialità. Certamente questi processi necessitano di tempo per poter produrre i risultati sperati in quanto, a oggi, si è agito prevalentemente per fronteggiare l'emergenza. Occorre, pertanto, proseguire sulla strada del cambiamento, ma è altrettanto necessaria un'attenzione scrupolosa alla situazione attuale delle risorse disponibili affinché le strutture vengano sostenute nel percorso di riorganizzazione strutturale, di stabilizzazione, di assunzione di nuovo personale e di innovazione del sistema delle cure territoriali: un sistema che deve essere orientato alla priorità del sostegno, alla domiciliarità e alla riorganizzazione del comparto della residenzialità, al fine di rispondere ai bisogni delle persone e di migliorare la qualità e l'adeguatezza dell'attuale offerta di servizi.

In relazione a questo processo di riorganizzazione, l'Associazione Provinciale Cuneese Case di Riposo Pubbliche e Private, l'Associazione di Promozione Sociale "La Bottega del Possibile", ConfCooperative Cuneo e l'Università degli Studi di Torino hanno supportato la Fondazione CRC portando il proprio contributo in termini di conoscenze e di idee, avvalendosi dell'esperienza accumulata e del riconoscimento acquisiti nel settore nel quale operano. Esse si sono trovate in sintonia nel constatare che non sia più rimandabile un'analisi dei fattori che rischiano di impoverire il sistema dei servizi alla persona, anche a causa degli effetti provocati dalla pandemia. È presente, infatti, una forte preoccupazione per l'indebolimento progressivo e l'accessibilità dei servizi, per la loro insufficienza e inadeguatezza nonché per il futuro delle piccole strutture residenziali, collocate in particolare nelle aree più decentrate o nelle realtà montane. Queste, per molte comunità, rappresentano l'unico presidio socio sanitario presente sul territorio, intorno al quale si regge anche un sistema economico locale, che contribuisce a garantire un'occupazione, perlopiù femminile, che difficilmente potrebbe trovare sbocchi alternativi qualora venisse meno quella presenza.

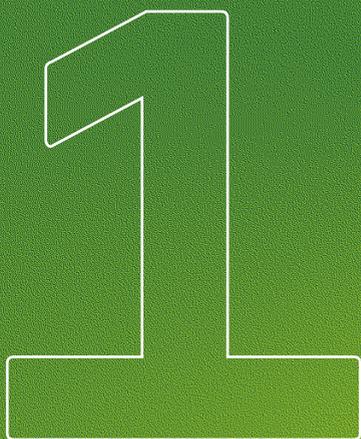
In relazione al contesto descritto, si ritiene necessario mettersi al servizio di queste realtà contribuendo allo sviluppo

di nuove progettualità, tese a salvaguardare e a migliorare lo stato di salute e di benessere delle persone anziane fragili, in stretta relazione con il processo di riorganizzazione della rete territoriale dei servizi, sulla quale il sistema pubblico è chiamato a operare in stretta sinergia con le comunità locali.

Partendo dal presupposto che le residenze per anziani sono risorse imprescindibili per le comunità ove operano, si è deciso di intervenire promuovendo questa ricerca, al fine di conoscere esattamente la situazione del settore e i livelli di gravità dei problemi che sono stati da tempo segnalati, nonché quelli esplosi nel corso della pandemia. Il fine ultimo è individuare possibili soluzioni in grado di tutelare e salvaguardare i territori nel loro complesso, prefigurando un nuovo sistema di servizi alla persona per quelle comunità: una filiera che possa garantire la continuità della presa in cura della persona e del suo progetto di vita e contribuire fattivamente al rilancio socio economico dei territori.



# GLI ANZIANI DI OGGI E DOMANI



## 1.1 Trend demografici e servizi rivolti agli anziani

La crescita costante della popolazione anziana non è più un segreto. Il progresso tecnologico e l'avanzamento scientifico in campo medico hanno aumentato significativamente le aspettative di vita delle persone, come confermato dai dati demografici attuali e da loro proiezioni a livello internazionale. Entro il 2030, infatti, una persona su sei nel mondo avrà più di 60 anni. Entro il 2050, la popolazione mondiale over 60 raddoppierà rispetto a oggi, mentre quella over 80 triplicherà (OMS, 2021)<sup>1</sup>. All'interno di questo progressivo invecchiamento della popolazione mondiale, l'Italia attualmente ricopre il secondo posto nella classifica internazionale per anzianità della popolazione (superata solo dal Giappone). Secondo i dati Istat più recenti<sup>2</sup>, la media di persone italiane con più di 65 anni si aggira intorno al 23,5% (rispetto a una media internazionale di circa 9,3%). Entro il 2050 le persone over 65 potrebbero rappresentare il 35% dell'intera popolazione italiana. Tale aspetto, concomitante con una flessione delle nuove nascite, farà tendere verso un rapporto tra over 65 e under 14 di tre a uno (Istat, 2021). Questi e altri dati demografici presentano diverse implicazioni. Un aspetto ampiamente discusso in diverse discipline riguarda, per esempio, una rinnovata definizione del concetto di anzianità. Pensare a una persona anziana esclusivamente sulla base dell'età cronologica non può rappresentare oggi un criterio attendibile come in passato. Con attuali aspettative di vita intorno ai 90 anni, etichettare tutti gli over 65 come "anziani" può essere decisamente riduttivo. L'anzianità è una condizione che può variare sulla base di diverse caratteristiche, dettate in parte dalla società in cui tali persone vivono. In passato, per esempio, gli anziani cresciuti nel dopoguerra dedicavano la maggior parte della loro vita al raggiungimento di un benessere primario, tradotto in una ricerca di stabilità lavorativa, familiare e abitativa. Decisamente differente è la situazione degli attuali anziani, più comunemente definiti *baby boomer*. Cresciuti durante gli anni '50-'80 del secolo scorso, hanno vissuto diverse esperienze personali e raggiunto una maggiore stabilità economica rispetto ai loro figli e nipoti. Inoltre, in concomitanza con l'attuale crisi economica e pandemica, gli anziani di oggi rappresentano una risorsa importante per le loro famiglie. Di conseguenza, se l'anziano non può essere definito come tale solo sulla base della sua età cronologica, quali aspetti meritano una considerazione?

<sup>1</sup> Dati reperibili al seguente sito: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/ageing-and-health>.

<sup>2</sup> Dati reperibili al seguente report: <https://www.istat.it/it/files/2021/11/REPORT-PREVISIONI-DEMOGRAFICHE.pdf>.

L'invecchiamento è considerato un fenomeno progressivo coincidente con una delle fasi del ciclo di vita, rispetto alla quale non è l'età cronologica l'aspetto chiave, bensì la modalità attraverso la quale la persona anziana, più o meno rapidamente, può andare incontro a un naturale decadimento fisico e cognitivo. Obiettivo primario a livello internazionale e interdisciplinare, di conseguenza, è favorire il benessere psicofisico dell'anziano per rallentarne il più possibile l'inevitabile perdita di funzioni primarie sia cognitive che fisiche. A tal proposito, la comunità scientifica promuove da anni il concetto di "invecchiamento attivo" (*active ageing*): l'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) lo definisce, infatti, come quel «processo di ottimizzazione delle opportunità per la salute, la partecipazione e la sicurezza al fine di migliorare la qualità della vita man mano che le persone invecchiano»<sup>3</sup>. Come si può notare da questa definizione, l'OMS sottolinea tre aspetti chiave quando si pensa all'anziano: salute, partecipazione e sicurezza. Conseguentemente, diversi e variegati possono essere i servizi e le azioni possibili promosse da esperti del settore per favorire il benessere negli anziani<sup>4</sup>. Nello specifico, la salute è innanzitutto considerata nella dimensione bio-psico-sociale: con ciò si intende uno stato di benessere psicofisico auspicabile attraverso la promozione di uno stile di vita sano e adeguato. Per esempio, la letteratura scientifica<sup>5</sup> e le linee guida internazionali<sup>6</sup> concordano nel ritenere come l'attività motoria per le persone anziane rappresenti un aspetto fondamentale per il mantenimento della salute psicofisica in risposta a un rischio di eccessiva sedentarietà con l'avanzare dell'età. Un'attività motoria costante, tradotta semplicemente in un'uscita fuori casa o in passeggiate di 30 minuti al giorno, è stato dimostrato avere effetti positivi su alcune patologie – a titolo esemplificativo, riduzione dei rischi di contrazione di malattie croniche, controllo della pressione arteriosa, rafforzamento muscolare per la prevenzione delle cadute – così come anche risvolti positivi in chiave di benessere mentale con abbassamento del rischio di depressione. Strettamente collegata alla mobilità, è la tendenza dell'anziano a trascurare la ricerca di una dieta sana e variegata. A tal proposito, le linee guida a favore di una corretta alimentazione sono diverse da quelle introdotte per sostenere l'attività fisica, ma viene comunque sottolineata l'importanza di seguire una dieta varia e salutare anche in età senile (Mak et al., 2014).

Per partecipazione, invece, si intende l'insieme di attività messe in atto da persone anziane per gestire aspetti della quotidianità

3 Sono diverse e numerose le fonti e i progetti dedicati al tema dell'invecchiamento attivo. L'ente che maggiormente studia, analizza e crea progetti su questo tema è l'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS, in inglese World Health Organization, WHO), la quale da anni è autrice di report e documentazioni per la promozione del benessere psicofisico degli anziani (OMS, 2002; 2015; 2017; OMS e International Longevity Centre, 2000).

4 Alcuni progetti europei dedicati all'invecchiamento attivo sono presenti sul sito [www.interreg-europe.eu](http://www.interreg-europe.eu). Tra questi, si evidenziano i progetti EU\_Shafe, HoCare, ITHACA, InnovaSPA, TITTAN.

5 Per approfondimenti consultare Merom et al. (2021).

6 Tra le linee guida internazionali: <https://www.euro.who.int/en/health-topics/disease-prevention/physical-activity/activities/hepa-europe/hepa-europe-projects-and-working-groups/active-ageing-physical-activity-promotion-in-elderly>.

legati, per esempio, all'economia, alla vita sociale, alla cultura o al volontariato. In altri termini, si cerca di consolidare l'idea che il benessere psicofisico dell'anziano possa essere promosso anche in funzione di quanto quest'ultimo si senta integrato all'interno della società. Tale aspetto partecipativo, infatti, si collega al rischio per l'anziano di percepirsi passivamente come un peso per coloro che lo circondano. La ricerca di nuovi spazi di convivialità, la costruzione di una rete sociale solida sia con i propri cari che con i coetanei, l'interesse verso nuovi apprendimenti (per esempio frequentando l'Università della Terza Età), l'apertura verso nuove tecnologie e il volontariato sono solo alcune delle iniziative possibili<sup>7</sup>.

La terza parola chiave indicata nella definizione dell'OMS di invecchiamento attivo, la sicurezza, riguarda la possibilità per una persona anziana di vivere in un ambiente protetto non solo in senso fisico ma anche in senso sociale. Fondamentale per questo aspetto è un reddito a disposizione dell'anziano che gli permetta di vivere una vita dignitosa. La sicurezza, in aggiunta, sottolinea come il raggiungimento del benessere psicofisico dell'anziano non può dipendere esclusivamente dalle scelte e dalle motivazioni della persona, ma può essere realizzabile anche attraverso il supporto delle istituzioni. Queste ultime devono creare le condizioni per permettere all'anziano di ritardare il più possibile il naturale decadimento fisico e cognitivo.

In generale, tutte le possibili iniziative legate all'invecchiamento attivo sottolineano l'importanza di disporre di un ampio ventaglio di soluzioni che permetta all'anziano di assolvere i propri bisogni, sia fisici che sociali. Tuttavia, l'invecchiamento attivo sottintende la visione di un anziano ancora totalmente o parzialmente autosufficiente. Con il termine autosufficienza si intende una persona anziana in grado di far fronte a tutte le necessità quotidiane. In altri termini, l'anziano in questa fase è ancora capace di assolvere funzioni primarie come alimentazione, igiene personale, gestione della casa, mobilità. Strettamente associato all'autosufficienza è il termine di autonomia: con quest'ultimo si definisce il rapporto tra l'anziano e il contesto in cui esso vive. In particolare, un anziano autonomo è in grado di adattarsi al contesto di vita e di usufruire di tutte le possibilità offerte dall'ambiente, tra cui la cura delle relazioni sociali e la partecipazione ad attività sociali.

Differente, invece, la condizione di un anziano non autosufficiente. La definizione di non autosufficienza largamente riconosciuta è quella condizione bio-psico-sociale conseguente a disabilità – di natura mentale (cognitiva), fisica (motoria) e/o sensoriale – che nello svolgimento di una o più funzioni della vita quotidiana induce nell'individuo uno stato di dipendenza permanente da terzi, non influenzata dalla presenza di eventuali protesi o ausili in uso.

Cattive condizioni igieniche e alimentari, bassa mobilità sono tra i principali fattori che si associano a una scarsa qualità di vita nell'anziano. Per questo motivo, diventa fondamentale il supporto

### ↳ La non autosufficienza

<sup>7</sup> Per approfondimenti consultare Annear et al. (2014).

↳ *Long-Term Care*  
(LCT)

dei servizi nella gestione della quotidianità, soprattutto alla luce di un aumento costante negli anni di persone anziane con limitazioni legate alle attività della vita quotidiana. Della popolazione over 65, infatti, stime recenti affermano come il 47,8% presenti un qualche tipo di limitazione fisica e/o psichica (Commissione Europea e Social Protection Committee, 2021). La convenzione sui diritti delle persone con disabilità (abbreviata in inglese, CRPD), di cui fanno parte gli Stati membri delle Nazioni Unite (UN), obbliga ciascuno Stato a garantire supporto e protezione a persone con disabilità. Diversi articoli nella convenzione (art. 9, art. 19, art. 25) sottolineano l'importanza per persone con disabilità di poter vivere in maniera indipendente all'interno della società, di sentirsi parte integrante della stessa, così come non avere nessun vincolo nell'accesso a diversi servizi. In aggiunta, l'agenda 2030 per lo sviluppo di obiettivi sostenibili (Agenda SDG) esplicita come uno dei vari obiettivi debba essere garantire una vita sana e senza ostacoli a persone anziane con o senza disabilità nell'ottica di «non lasciare nessun indietro»<sup>8</sup>.

In un quadro di aumento della fragilità nelle persone anziane connessa alla concomitante crescita delle aspettative di vita, diventa quindi necessario, a livello internazionale ed europeo, chiarire il ruolo dei servizi di lunga assistenza o cura a lungo termine, i *Long-Term Care* (LTC). L'OMS definisce per LTC quel «sistema di attività intraprese da *caregiver* informali (famiglia, amici e/o vicini) e/o professionisti (servizi sanitari e sociali) per assicurare che una persona non più in grado di prendersi cura di sé stessa in autonomia possa mantenere la più alta qualità di vita possibile, secondo le sue preferenze individuali, con il maggior grado possibile di indipendenza, autonomia, partecipazione, realizzazione personale e dignità umana» (OMS, 2015). Più nello specifico, la Commissione Europea (CE) e la Social Protection Committee (SPC) definiscono una serie di esempi legati alla LTC, che abbiamo tradotto da EC e SPC (2014) come segue:

*L'assistenza a lungo termine è definita come una gamma di servizi e assistenza per persone che, a causa di fragilità mentale e/o fisica e/o disabilità per un lungo periodo di tempo, dipendono dall'aiuto nelle attività della vita quotidiana e/o hanno bisogno di assistenza infermieristica permanente. Le attività della vita quotidiana per le quali è necessario un aiuto possono essere le attività di presa di cura personale che un individuo deve svolgere ogni giorno (attività della vita quotidiana come fare il bagno, vestirsi, mangiare, salire e scendere dal letto o da una sedia, muoversi, usare la toilette) o possono essere legate alla vita indipendente (attività strumentali della vita quotidiana come preparare i pasti, gestire il denaro o gli oggetti personali, fare la spesa, eseguire lavori domestici leggeri o pesanti e usare il telefono).*

<sup>8</sup> Per ulteriori approfondimenti, consultare il sito: <https://sdgs.un.org/goals>.

Anche se non esiste un'unica definizione internazionale condivisa di ciò che costituisce i servizi di cura a lungo termine, da queste definizioni emerge come per LTC si debba intendere un *continuum* di servizi tarati sui bisogni della popolazione anziana. All'interno di tale *continuum*, i servizi di cura a lungo termine possono essere suddivisi sulla base di diverse variabili.

Per esempio, l'OCSE pone una distinzione tra tre tipi di esigenze (OCSE, 2020). Per attività di vita quotidiana si intende l'insieme di azioni legate alla cura personale (vestirsi, lavarsi). Le attività strumentali della propria routine, invece, includono tutta una serie di azioni volte al mantenimento di un'indipendenza nella gestione della quotidianità, come andare a fare la spesa o prepararsi un pasto. Infine, un terzo tipo di esigenza riguarda l'insieme di azioni sociali volte a evitare l'isolamento.

Oltre a questa distinzione basata sulle esigenze dell'anziano, i servizi di cura LTC possono essere suddivisi anche a seconda del tipo di supporto che la persona anziana fragile riceve. A tal proposito, si può parlare di supporto formale o informale (Commissione Europea e SPC, 2014). Per supporto formale si intende un ampio ventaglio di servizi offerti dal sistema di welfare pubblico e privato, tra cui l'assistenza primaria, servizi di assistenza domiciliare, di riabilitazione, cure palliative, così come servizi semiresidenziali (centri diurni) e residenziali. In generale, sono inclusi tutti quei trattamenti messi in atto dal sistema dei servizi e dagli operatori professionali formati che arrestano, rallentano o invertono il corso di una malattia in una persona anziana con fragilità. Per supporto informale, invece, si intende l'aiuto che una persona anziana fragile può ricevere da individui che fanno parte della sua rete sociale, come un familiare, un amico, un vicino di casa, un'associazione di volontariato. In sostanza, il supporto informale comprende tutti quegli interventi di supporto e di aiuto offerti da persone non qualificate professionalmente, i cosiddetti *caregiver*, o non assunte come professionisti della cura.

Strettamente connesso con il tipo di supporto che una persona può ricevere (formale o informale), si può distinguere l'ampio ventaglio di servizi LTC anche sulla base del contesto in cui tale servizio viene erogato o offerto. Una persona anziana fragile e con bassi livelli di autosufficienza può richiedere e ricevere una serie di servizi che rientrano nella vasta gamma di cure domiciliari. Queste ultime possono essere messe in atto da *caregiver* non professionali come familiari o assistenti familiari. Si tratta di supporti allo svolgimento di attività quotidiane come, per esempio, aiuti nel fare la spesa, cucinare, mangiare, ritirare farmaci, pulire il proprio appartamento, vestirsi. Quando si parla, invece, di servizi di cura e assistenza domiciliare, ci si riferisce comunemente a tutti quei servizi offerti da operatori professionali che lavorano all'interno del sistema dei servizi sociali e sanitari: assistente sociale, operatore socio sanitario, infermiere, medico specialista, fisioterapista, logopedista, terapeuta occupazionale.

Al di fuori del proprio contesto abitativo, però, gli anziani fragili possono usufruire di ulteriore supporto con i cosiddetti servizi di comunità. Tra questi, l'assistenza diurna per anziani include, per esempio, consegna di pasti, farmaci, spesa al domicilio, telefono amico, centri ricreativi, supporto alla mobilità nel contesto cittadino. L'insieme di tali servizi rappresenta un utile sostegno per le persone anziane con fragilità e per i loro *caregiver*, spesso in difficoltà nel gestire tutta una serie di servizi quotidiani della persona che hanno in carico.

L'insieme dei servizi appena citati si basa sull'assunto che una persona anziana, seppur con alcune fragilità, desidera e ha la possibilità di restare nell'arco dell'intera giornata, o parzialmente, nella propria abitazione. Tuttavia, quando l'anziano non ha più possibilità di vivere nel proprio contesto abitativo, diverse soluzioni alternative possono rientrare tra i servizi di cura a lungo termine. Un esempio totalmente esterno alla cura domiciliare riguarda l'insieme di programmi di supporto abitativo. Si tratta di abitazioni per persone anziane parzialmente autosufficienti che necessitano di un nuovo contesto di vita protetto. Un certo numero di queste soluzioni abitative offre aiuto per i pasti e per compiti come la pulizia dell'abitazione, la spesa e il bucato, anche se i residenti generalmente vivono nei loro nuovi appartamenti, mantenendo così un adeguato livello di privacy. In altri casi, è possibile anche vivere in strutture abitative controllate costantemente da diversi professionisti. Quest'ultima soluzione prevede una serie di servizi a supporto di alimentazione, igiene personale, mobilità, sostegno alla socialità. In aggiunta, un'ulteriore opzione a favore della cura delle relazioni sociali riguarda la condivisione tra persone anziane di uno spazio abitativo.

Il recente disegno di legge delega<sup>9</sup> sulla non autosufficienza elaborato dalla commissione ministeriale presieduta dall'On. Livia Turco, già Ministro alla Salute e alle Politiche Sociali, prevede in un apposito articolo la promozione di forme innovative di coabitazione solidale domiciliare per le persone anziane, adeguando le modalità di offerta dei servizi sociali, attraverso l'attivazione dei progetti di intervento necessari al fine di garantire concretamente la prosecuzione della vita, in condizioni di dignità e sicurezza, anche all'interno di contesti quali: case, case famiglia, gruppi famiglia, gruppi appartamento e condomini solidali, fornendo idonei supporti informativi e tecnici, inserendo questi modelli dell'abitare all'interno dei nuovi LEPS (Livelli Essenziali delle Prestazioni Sociali).

Nonostante le soluzioni abitative alternative rappresentino un servizio di supporto ideale per anziani con un parziale livello di autosufficienza, a un certo punto il sostegno della famiglia, degli amici e dei programmi locali potrebbe non essere più sufficiente. In sostanza, il livello di non autosufficienza diventerebbe tale da

<sup>9</sup> Norme per la promozione della dignità delle persone anziane e per la presa in carico delle persone non autosufficienti.

### ↳ Le riforme europee

non permettere più alla persona anziana di vivere la propria quotidianità a casa o in una soluzione abitativa alternativa. Per questo motivo, esistono entro i servizi LTC diverse possibili strutture residenziali specializzate nella cura dell'anziano non-autosufficiente. I bisogni dell'anziano non autosufficiente, infatti, risultano sempre più specifici in quanto legati a comorbidità fisiche e psichiche, come avviene con persone anziane a cui è stata diagnosticata una demenza.

In conclusione, non bisogna dimenticare come il sistema di servizi di cura a lungo termine ha subito a livello mondiale una forte scossa per via della pandemia. In particolare, gli alti tassi di mortalità verificatisi nelle strutture residenziali hanno sollevato dubbi e preoccupazioni sull'efficienza dei sistemi di cura assistenziale rivolti ad anziani fragili. Il settore dell'assistenza agli anziani non autosufficienti è stato oggetto di approfondite riforme nazionali in anni più o meno recenti – nel 1994 in Germania, nel 2002 in Francia, nel 2006 in Portogallo e Spagna, nel 2011 in Austria, con uno sguardo ai soli Paesi del centro e sud Europa – a differenza di quanto accaduto in Italia, dove non si registrano rilevanti modifiche a livello nazionale ormai da decenni. Tra i principali *trend* che caratterizzano le riforme adottate in Europa spiccano:

- il generale rafforzamento dei servizi domiciliari rispetto a quelli residenziali;
- il miglioramento dell'accessibilità alla rete di assistenza, con la semplificazione delle procedure e la valorizzazione del ruolo dei *caregiver* informali (i famigliari dei non autosufficienti);
- il consolidamento della sostenibilità finanziaria del sistema nel suo complesso.

## 1.2 Accesso ai servizi per anziani

La crescita delle aspettative di vita delle persone, unita al cambiamento delle società e del ruolo della famiglia nel supporto dell'anziano, ha ridefinito nel corso degli anni l'accesso e la richiesta di servizi di assistenza a lungo termine da parte di anziani fragili. Consapevoli delle differenze presenti tra Paesi nel mondo in merito alle legislazioni legate all'accesso per gli anziani a servizi di assistenza, diverse sono le stime europee e internazionali. Secondo dati più recenti, il 10,7% della popolazione europea over 65 ha richiesto un servizio di assistenza a lungo termine (OCSE, 2020). Entrando nel dettaglio di chi riceve questa tipologia di servizi LTC, si nota come la maggior parte delle persone ha un'età superiore agli 80 anni. Infatti, in media il 25% della popolazione che richiede servizi LTC ha tra i 65 e i 79 anni, mentre il 49% ha un'età superiore agli 80 anni. Tale dato sembra confermare l'aspetto centrale dell'allungamento delle aspettative di vita di persone in età avanzata, con richieste sempre più specifiche di supporto alla quotidianità.

## ↳ Trend europei di richieste di servizi

Un ulteriore *trend* emerso da questi dati riguarda il genere. Si evidenzia, infatti, come le donne over 65 in Europa tendano a richiedere in misura maggiore servizi LTC (36,9%) rispetto agli uomini (22,7%). Una possibile spiegazione emersa per questa differenza di genere viene connessa a una più alta aspettativa di vita, solitamente, delle donne rispetto agli uomini, con una conseguente maggiore richiesta di servizi di assistenza a lungo termine.

Le stime appena riportate, inoltre, raccolgono un insieme molto ampio di servizi di cui un anziano potrebbe fare richiesta. Gli LTC, come spiegato nel paragrafo precedente, includono sia servizi di assistenza a domicilio che servizi di assistenza in strutture dedicate. I dati di accesso a servizi LTC mostrano una maggiore richiesta per cure domiciliari, in accordo con la volontà da parte degli anziani di restare nel proprio contesto abitativo più tempo possibile. In media, il 30,9% delle persone over 65 in Europa che vivono a casa tendono a richiedere un servizio di assistenza a lungo termine. Per quanto riguarda, invece, l'accesso in strutture dedicate, la richiesta oscilla dall'1% al 9%, con una media che si attesta attorno al 4%.

## ↳ Trend italiano

In Italia – Paese che, ricordiamo, ricopre il secondo posto mondiale per anzianità della popolazione – la percentuale di persone che accedono alle strutture residenziali è sempre stata molto bassa e inferiore alla media europea. Le stime più recenti riportate dall'OCSE evidenziano uno dei dati peggiori, corrispondente a 1,9% (OCSE, 2020). A prescindere dal dato sulla richiesta di un servizio piuttosto che un altro, diversi possono essere i fattori che delineano tale scelta. Provando a mettere ordine all'interno di questa forte variabilità, il recente report promosso dalla Commissione Europea<sup>10</sup> ha definito i seguenti aspetti legati l'accesso a servizi LTC: costo, disponibilità, consapevolezza.

Il tema del costo dei servizi di cura per gli anziani rappresenta una sfida chiave nell'organizzazione delle politiche europee. Tra i Paesi dell'Unione Europea, per esempio, viene riportato come più di un terzo delle famiglie ricopre il ruolo di supporto informale per i propri cari anziani non avendo a disposizione i mezzi economici per richiedere un servizio professionale di assistenza. Per quanto riguarda le strutture residenziali, inoltre, la bassa richiesta di accesso a queste ultime può essere dovuta ai costi delle rette, in molti casi così alti da non poter essere sostenuti dall'anziano e dalla sua famiglia. Il problema dei costi, tuttavia, non riguarda solo l'accesso alle strutture, bensì anche la richiesta di cure domiciliari. In alcuni casi viene riportato come tali richieste rischiano di condurre l'anziano sulla soglia della povertà. A tal riguardo, gli Stati membri dell'Unione Europea stanno cercando soluzioni finanziarie sostenibili per il futuro nell'ottica di fornire servizi specifici a persone anziane che, al momento, non potrebbero permetterselo.

Strettamente connesso al tema dei costi, un ulteriore aspetto chiave in tema di servizi LTC riguarda l'accessibilità delle persone

<sup>10</sup> EC e SPC (2021).

anziane alla gamma di soluzioni sopra descritte. In questo caso, alla citata impossibilità economica per un anziano di richiedere un servizio, si aggiungono altre variabili, tra cui, la mancanza di protezione sociale o di copertura assicurativa, l'impossibilità in alcuni casi, di raggiungere facilmente determinati servizi, così come un numero inadeguato di professionisti della cura in rapporto alla richiesta da parte delle persone anziane di un determinato servizio.

Non per ultimo, si aggiunge il complesso tema della consapevolezza, negli anziani e nelle loro famiglie, dell'esistenza di determinati servizi di assistenza, così come della loro corretta percezione. Ancora oggi è presente una diffidenza nei confronti di alcuni servizi di assistenza, sia domiciliari che in strutture residenziali, legati a uno stigma e al desiderio di proteggere la propria privacy. Infine, gli anziani non adeguatamente informati, in un mondo sempre più digitalizzato, possono provare un senso di impotenza nell'intraprendere una qualsiasi procedura di richiesta di un servizio.

## 1.3 Modelli internazionali in vigore

Provare a delineare un quadro comune di servizi e modelli di cura in diversi Paesi non è un compito semplice. Come accennato, ogni Paese tende a promuovere modelli in linea con decisioni prese da organi istituzionali, così come da aspetti culturali che possono incidere nell'approccio alla cura per persone anziane con bisogni. In aggiunta, nuovi modelli di cura sono emersi negli ultimi anni in risposta a un cambiamento del sistema familiare dell'attuale società occidentale. In Europa, così come in America, è avvenuto un passaggio da famiglie allargate, in cui diverse generazioni vivevano nello stesso contesto abitativo, a famiglie sempre più ristrette e distanti geograficamente. Tradizionalmente, la cura dell'anziano avveniva in forme di supporto informale: erano i cari che si occupavano quasi totalmente delle persone anziane. Oggi, i figli spesso non vivono più a stretto contatto con i propri genitori oppure non hanno il tempo di gestire le cure specifiche di cui necessita una persona anziana a causa dei troppi impegni.

In risposta alle esigenze da parte dei familiari di ricevere un supporto formale per la cura dei propri cari, sono emersi variegati modelli di cura. Nell'ottica di provare a mettere ordine entro questa variabilità di servizi, per quanto possibile, di seguito offriremo alcuni esempi internazionali di modelli di cura attualmente in vigore.

Senza entrare nel dettaglio del complesso sistema sanitario, negli Stati Uniti esistono due principali programmi di assicurazione sanitaria: *Medicare* e *Medicaid*. Il primo è un programma universale rivolto a persone di età superiore ai 65 anni (oltre che a giovani con disabilità rilevanti dal punto di vista lavorativo) che possono usufruire di una serie di servizi di assistenza, tra cui assistenza in-traospedaliera, cure palliative, assistenza in strutture specializzate, così come cure domiciliari da parte di professionisti in campo

### ↳ Il contesto statunitense

medico. Il programma *Medicaid*, invece, è principalmente rivolto a persone con basso reddito che richiedono servizi legati ad assistenza medica sia ospedaliera che domiciliare. Oltre a questi servizi standard coperti da assicurazione, negli Stati Uniti, negli ultimi anni, sono stati realizzati modelli residenziali sperimentali finalizzati a rispondere a diversi bisogni dell'anziano e ai loro livelli di autosufficienza: alcuni esempi sono i programmi *Independent Living Facilities* (ILF), *Assisted Living Facilities* (ALF), *Continuing Care Retirement Communities* (CCRC) (Giunco, 2014).

Per *Independent Living Facilities* (ILF) si intende uno spazio di vita in cui le persone anziane mantengono un adeguato livello di indipendenza. Questi ultimi, infatti, sono ancora in grado di assolvere funzioni primarie come lavarsi, vestirsi, muoversi in autonomia. All'interno di questi nuovi contesti di vita viene data la possibilità alle persone anziane di ricevere un supporto alla quotidianità nei pasti, nei servizi di lavanderia o nel trasporto. Inoltre, si tratta di vere e proprie comunità dedicate a persone di età avanzata, le quali creano connessioni e condividono attività sociali. Gli alloggi variano dall'appartamento sino a case unifamiliari.

Per *Assisted Living Facilities* (ALF), invece, si intendono tutti quegli spazi dedicati all'assistenza facilitata dell'anziano. Senza entrare nel dettaglio delle varie terminologie associate a questa categoria, è sufficiente sottolineare come queste soluzioni rappresentino un incrocio tra ricerca di indipendenza negli anziani e supporto costante ai principali bisogni. Rispetto alle ILF, queste soluzioni garantiscono un minimo supporto medico in attività quali igiene, cura della casa, assistenza medica di base. Essendo delle comunità di supporto leggero, si distinguono anche dalle più rigide *nursing home*, maggiormente incentrate su modelli di assistenza sanitaria. Tuttavia, soluzioni residenziali di tipo ALF sono rivolte esclusivamente a coloro che mostrano ancora un parziale livello di autosufficienza.

Infine, le *Continuing Care Retirement Communities* (CCRC) rappresentano una realtà abitativa degli ultimi anni differente dalle precedenti. Si tratta di comunità, gestite solitamente da associazioni non profit, come organizzazioni religiose, che ricoprono una serie di servizi in funzione dell'evoluzione dei bisogni dell'anziano. Per esempio, un residente può iniziare a vivere in modo indipendente in un appartamento e in seguito passare a una vita assistita per avere più aiuto nelle attività quotidiane, o a una cura medica qualificata pur rimanendo nella stessa comunità.

Spostandoci nel contesto europeo, si osservano differenze tra Nord-Centro e Sud Europa. In Paesi come Danimarca, Germania e Paesi Bassi, le percentuali di persone assistite a domicilio sono più elevate di Paesi come Italia, Grecia o Portogallo<sup>11</sup>. Queste differenze sono il risultato di un elevato investimento da parte di organi istituzionali in Nord Europa a favore di servizi cosiddetti di *home care*.

Tra i servizi residenziali proposti nel panorama europeo, è pos-

#### ↳ Il contesto europeo

<sup>11</sup> EC e SPC (2021).

sibile delineare diverse soluzioni abitative che variano nelle seguenti macro categorie<sup>12</sup>.

**Tabella 1. Servizi residenziali in Europa per tipologia.**

Macro-Categoria	Tipologie
Alloggi singoli	Privati-adattati
	Pubblici-agevolati
Alloggi accorpati	Mono-generazionali
	Multi-generazionali
Alloggi protetti	Servizi di prossimità
	Centro servizi comunitario
	Contratto canguro
	Servizi domiciliari di supporto
	Servizi sanitari di base a richiesta
	Alta intensità sanitaria al bisogno
Micro comunità	Case-famiglia
	Tipologia Abbeyfield
	Cantous
Residenze	Case-albergo
Residenze comunitarie	Supporti assistenziali
	Socio sanitarie di base
	Media-alta intensità sanitaria
	Hospice

Tali soluzioni variano in funzione del livello di assistenza, in accordo con l'evoluzione dei bisogni delle persone anziane, prefigurando interventi e servizi destinati a coloro che si trovano in una situazione di totale autosufficienza, sino a prestazioni di cui necessitano coloro con un elevato livello di non autosufficienza.

Tra gli alloggi singoli rientrano esempi di tipologie abitative che includono l'anziano all'interno di una vita sociale piena, garantendo contemporaneamente il mantenimento della privacy. Si tratta spesso di complessi residenziali integrati con nomi differenti in funzione del Paese in cui vengono proposti: per esempio, le *Samyres Residences* in Spagna, le Case Protette svedesi o la *Vie Dome* nei Paesi Bassi.

Con la tipologia alloggi protetti, invece, si intende quell'insieme di soluzioni abitative che permettono all'anziano di avere un collegamento immediato con servizi ospedalieri e civici in ottica di protezione e sicurezza: la *Maison de Retraite* in Francia o le *Sheltered Houses* in Svezia ne rappresentano alcuni esempi significativi. In

<sup>12</sup> Predazzi (2013).

aggiunta, la *Maison Cangourou* in Belgio e la *Kangaroo House* in Danimarca costituiscono certamente un ulteriore esempio all'avanguardia: si tratta di abitazioni comunicanti tra anziano e una famiglia che svolge il ruolo di assistenza.

Le micro comunità (*cohousing*), invece, nascono con l'obiettivo di fornire all'anziano una rete di residenze condivise, sempre nell'ottica di coniugare il rispetto della privacy con l'attenzione alle relazioni sociali. A camere private, infatti, si associano una zona-giorno condivisa e altri spazi comunitari: il *Cantou* in Francia rappresenta un esempio di coabitazione di 8-10 persone di età avanzata con bassi livelli di autosufficienza. Non si tratta di un gruppo allargato di mutuo aiuto, bensì di un gruppo che convive e, allo stesso tempo, riceve assistenza da parte di una *équipe* di professionisti.

Tra le residenze, infine, sempre più frequente è il tentativo di organizzare degli spazi di vita differenti dai modelli standard di residenzialità, incentrati sull'erogazione esclusiva di servizi di assistenza sanitaria. Sono sempre più spesso strutture costituite da miniappartamenti attrezzati dal punto di vista tecnologico (domotica). Presentano servizi di riabilitazione, laboratori e attività ludico-ricreative rivolte anche all'esterno. In ciascun miniappartamento la persona anziana ha la possibilità di mantenere un adeguato livello di privacy, così come una certa autonomia nell'arredamento. Gli *hotel care* in Olanda o la casa di riposo ad Alcacerdo Sal in Portogallo rappresentano esempi all'avanguardia di residenze per anziani.

Infine, diverse iniziative residenziali sono state messe in atto in Europa con l'obiettivo di favorire un modello accogliente e specifico per determinati bisogni dell'anziano. Tra questi in prima linea sono presenti esempi di veri e propri villaggi dedicati a persone con Alzheimer. Si tratta di complessi di case protette, circondate da una serie di servizi che permettono all'anziano di vivere la sua quotidianità in sicurezza. All'interno di queste tipologie alloggiative operano professionisti in "borghese", pronti a intervenire qualora emergano dei bisogni assistenziali. Al primo villaggio nei Paesi Bassi, De Hogewyk, si sono susseguiti diversi altri esempi simili come a Dax in Francia o a Monza in Italia in cui si trova la casa di cura denominata "Il Paese Ritrovato".

## Alcuni esempi europei

Ponendo attenzione al dibattito e alle politiche europee in materia di assistenza alla popolazione anziana fragile, buona parte delle argomentazioni verte sulla necessità di far fronte all'invecchiamento attraverso finanziamenti e progetti di assistenza. Tali progetti, come sottolineato dal report di Eurofound (2017)<sup>13</sup>, vanno pensati in una prospettiva a lungo termine e non circoscritti a

13 Eurofound (2017), *Care homes for older Europeans: Public, for-profit, and non-profit providers*, Unione Europea, Lussemburgo, <https://www.eurofound.europa.eu/publications/report/2017/care-homes-for-older-europeans-public-private-and-not-for-profit-providers>.

iniziative sporadiche. Inoltre, devono essere ideati in un'ottica di prevenzione e assistenza che ritardi il più possibile l'ingresso in struttura delle persone anziane con fragilità. Tra le varie criticità elencate, le principali riguardano la difficoltà in diversi Paesi europei nel fornire servizi a tutta la popolazione. In buona parte dei casi, infatti, chi vive in contesti isolati e/o non dispone di elevate risorse economiche tende ad avere grosse difficoltà nell'accesso a una gamma di servizi, che spaziano dall'assistenza domiciliare all'ingresso in case di cura. Per quanto riguarda quest'ultime, nello specifico, sempre più problemi vengono rilevati per gli anziani nel sostenere le rette imposte dalle normative e dalle case di cura private, in costante aumento in Europa a quelle pubbliche. Differenze nella fornitura di servizi adeguati tra privato e pubblico sono anche state evidenziate in diversi Paesi europei, tra cui la difficoltà a garantire la privacy attraverso ausilio di stanze singole, la gamma ristretta di attività rivolte agli anziani, o la mancanza di competenze relazionali degli operatori nelle strutture.

Anche per far fronte a queste criticità, sono rintracciabili diversi progetti dedicati all'assistenza all'anziano. Per esempio, la Commissione Europea mette a disposizione pubblicamente una serie di progetti e iniziative attivati in Paesi europei, definibili come buone pratiche<sup>14</sup>. In questo documento è possibile rintracciare diverse iniziative sulla base di quattro macro categorie che comprendono: "fragilità in generale"; "decadimento cognitivo"; "nutrizione"; "supporto a *caregiver*" (tab. 2).

---

<sup>14</sup> Il documento è visibile al seguente indirizzo: [https://ec.europa.eu/eip/ageing/file/555/download\\_en%3Ftoken%3Dr5JRQYVv](https://ec.europa.eu/eip/ageing/file/555/download_en%3Ftoken%3Dr5JRQYVv).

Tabella 2. Iniziative europee per l'assistenza delle popolazioni anziane

Paese	Organizzazione	Progetto
Grecia	Practice Based Research Network on Rural Crete	Healthy and Active Ageing in Rural Areas (HAARA)
Polonia	Department of Family Medicine, Wroclaw Medical University	The attitude, perceptions and acceptance of e-Health services and factors affecting their use among elderly
Portogallo	UNIFAI and Municipality of Guimarães	Frailty Programme in the Community (FPC)
Spagna	Bio-Med Aragon/ EpiChron Research Group on Chronic Diseases	Integral Approach to the Transition between Frailty and Dependency in Older Adults (INTAFRADE)
Spagna	The Old People Health Observatory. Ayuntamiento de Villanueva de la Cañada	Coordinated Use of Municipal health resources by Primary care team. The CUMPcare programme.
Spagna	Jordi Gol Primary Care University Research Institute (IDIAP Jordi Gol)	Multifactorial interventions aimed to modify frailty progression in elderly population
Paesi Bassi	Hanze University of Applied Sciences Groningen	Delfzijl Healthy Ageing (DELFGOUD)
Regno Unito	Department of Health Social Service and Public Safety (DHSSPS NI)	Transforming care for Frail older people
Cipro	University of Cyprus	Long Lasting Memories
Irlanda	COLLAGE	Community Assessment of Risk and Treatment Strategies (CARTS) Programme
Portogallo	Be Home Be Happy – Observatory for the Quality of Life of the Elderly Living in the Community	Be Home Be Happy
Portogallo	UNIFAI/ICBAS-UP, Centre for Social Services for Elderly and Children in Sanguedo (CASTIIS) and Municipality of Santa Maria da Feira	Caring for the Caregivers
Portogallo	UNIFAI/ICBAS-UP and Red Cross Guimarães	Care at Home
Romania	Caregivers Education Initiative Caregivers Education Basics (Initial	Caregivers Education Basics
Spagna	Jordi Gol Primary Care University Research Institute (IDIAP Jordi Gol)	Intervention to improve social support to informal caregivers (ICIAS)
Spagna	SERMAS-Hospital Universitario de Getafe	Community Care Unit (CCU)
Paesi Bassi	Centre for Care Technology Research (CCTR)/ Zuyd University of Applied Sciences	Activity monitoring as part of care delivery to frail, independently living seniors

Fonte: Commissione Europea.

Tra i vari altri progetti rintracciabili, una serie di iniziative, definite come *Ageing well in the digital world*, hanno come comune denominatore la digitalizzazione dei servizi di assistenza all'anziano, aspetto considerato in prospettiva determinante per la definizione di nuovi modelli di residenzialità<sup>15</sup>.

<sup>15</sup> *Ageing well in the digital world*: <http://www.aal-europe.eu/projects/host/>.

## 1.4 Lo scenario italiano

Per anzianità della popolazione, l'Italia ricopre il primo posto in Europa e il secondo nel mondo. Le ultime stime disponibili evidenziano come, a fronte di 14 milioni di italiani con età superiore ai 65 anni, l'Italia resta il Paese più anziano in Europa anche per età superiore ai 75 anni: 11,7% rispetto a una media europea che si attesta al 9,7% (Commissione Europea e SPC, 2021). Inoltre, le proiezioni demografiche non sembrano allentare questo *trend* di invecchiamento, anzi. Entro il 2050 la popolazione over 65 sarà intorno al 33,7% (rispetto a una media europea intorno al 29,5%). Tuttavia, a un costante aumento della popolazione anziana non sembrano corrispondere, a oggi, soddisfacenti prospettive di vivere tale periodo sempre in buona salute.

↳ La situazione italiana: criticità e opportunità

Il Rapporto 2020 dell'Istat ci conferma che solo la metà degli ultraottantenni in Italia non presenta problemi di autonomia nelle attività quotidiane fondamentali (ADL – *Activities of Daily Living*), come sdraiarsi e alzarsi dal letto, vestirsi e spogliarsi da soli, fare il bagno o la doccia, usare i servizi igienici o mangiare da soli. Inoltre, i dati Istat più recenti indicano che in Italia tra gli ultrasettantacinquenni – la fascia di età in cui si concentra la gran parte delle persone non autosufficienti – vi sono 2,7 milioni di persone che presentano gravi difficoltà motorie e/o compromissioni dell'autonomia nello svolgere le normali attività della vita quotidiana (Istat, 2020, 2021).

Le ragioni di tali difficoltà, oltre che essere state accentuate dalla pandemia, possono essere rintracciate, in parte, nell'assenza di un sistema specifico atto a sostenere le persone che vivono in una condizione di non autosufficienza; infatti, il nostro Paese attende da oltre 20 anni una riforma per tale settore, prevista ora dal PNRR. In Italia, a oggi, i servizi di cura tendono a essere divisi in due filoni: uno dedicato alla gestione delle cure di carattere prettamente sanitario e l'altro dedicato alle cure di carattere sociale. Le titolarità di entrambi i filoni di servizi sono affidate alle rispettive Regioni e Comuni, che hanno nel tempo creato un sistema frammentato e scarsamente integrato.

L'assistenza domiciliare è incardinata sull'ADI (Assistenza Domiciliare Integrata), erogata dalla Sanità, e sul SAD (Servizio di Assistenza Domiciliare) erogato dai Comuni, la cui richiesta di attivazione può essere presentata da chiunque (diretto interessato, familiare, *caregiver*, medico) agli uffici competenti delle ASL e del servizio sociale.

L'intensità dell'assistenza domiciliare che viene fornita dai servizi sociali e sanitari (SAD e ADI) è non solo insufficiente, ma anche inadeguata, sia rispetto ai bisogni crescenti, sia rispetto alle mutate componenti delle diverse forme di disabilità presenti, come per esempio quelle di natura cognitiva (demenze), che colpiscono un alto numero di grandi anziani.

### ↳ I servizi agli anziani in Italia

Per l'assistenza agli anziani l'Italia spende meno del resto d'Europa e ai servizi domiciliari destiniamo una quota assai modesta dei fondi disponibili. Da una parte, la spesa pubblica è del 20% circa inferiore alla media del continente, dall'altra, solo il 17,7% di questo già contenuto budget arriva alla domiciliarietà, rispetto al 52,3% dell'indennità di accompagnamento e al 30% delle strutture residenziali (Gori et al., 2020).

La percentuale di persone ultrasessantacinquenni che fruiscono dei servizi domiciliari è il 3,7% (2,7% ADI - 1% SAD) nel nostro Paese, dati registrati nel 2017, mentre è il 7,1% in Spagna, il 6% in Francia, il 9,5% in Germania e il 10,9% in Svezia.

I servizi agli anziani rappresentano una realtà statica, se considerata nei grandi numeri, nei tassi di copertura, nella diffusione sul territorio. Questi servizi non hanno registrato una crescita né sono stati attraversati da processi di innovazione sociale e tecnologica: una realtà ferma in un Paese le cui previsioni sono indirizzate a un invecchiamento della popolazione. Inoltre, l'insieme dell'offerta, del nostro sistema, è tutta sbilanciata sull'erogazione monetaria: nel 2013, i servizi domiciliari raggiungono quasi il 6% degli over 65, mentre l'indennità di accompagnamento ne raggiunge il doppio (12,5%)<sup>16</sup>. Tali dati provano come ci si trovi di fronte a un sistema che continua a essere centrato sui trasferimenti economici, contribuendo alla stagnazione di una cultura basata sui servizi alla persona.

I servizi domiciliari forniti dalle ASL, dai Comuni o dagli enti gestori (ADI e SAD) presentano delle criticità. Nel caso dell'ADI vengono erogate prestazioni molto standardizzate e di durata molto limitata: mediamente a ciascun paziente sono state dedicate circa 20 ore annue di assistenza erogata in gran parte da personale infermieristico, in media circa 14 ore ogni paziente (Ministero della Salute, 2019). Nel caso dei SAD si ha un'assistenza di scarsa intensità (2-3 ore alla settimana), quasi ovunque fornita nei confronti di quelle persone che vivono in una condizione di fragilità e di disagio, anche sul piano economico. La popolazione over 65 assistita a domicilio può anche risultare numericamente abbastanza consistente (circa 800.000 assistiti) ma, su questo numero, incidono prevalentemente interventi episodici, oppure di natura meramente estemporanea/prestazionale. Infatti, l'11% delle prese in carico si conclude in una giornata e il 32% delle prese in carico ha ricevuto meno di un accesso alla settimana (NNA, 2021).

### ↳ Frammentazione della presa in cura

La mancata integrazione tra il comparto sociale e quello sanitario rappresenta un rilevante elemento di complessità nella gestione dei servizi di cura dedicati a persone anziane con fragilità, ancor più accentuata dalle forti disuguaglianze geografiche presenti. A questa netta distinzione nella programmazione e gestione dei servizi sanitari e sociali si aggiunge un'elevata frammentazione nella presa in cura della persona. Ciò riguarda sia la tipologia di interventi (sanitari, sociali e socio assistenziali), sia l'organizzazione che li

<sup>16</sup> Fonte dei dati: Istat.

eroga (Comune, ASL o altro ente da questi incaricato, per quanto attiene ai servizi in natura; INPS, Regione o Comune, per le provvidenze economiche e gli assegni di cura). Da tutto ciò scaturisce l'esistenza di una varietà di modalità e di punti di accesso, che rende spesso difficile al cittadino non autosufficiente (e ai suoi familiari *caregiver*) chiedere e fruire dei vari supporti possibili. Coordinare la vasta offerta di servizi di cura a lungo termine (LTC) rappresenta, quindi, una sfida complicata nel contesto italiano.

#### ↳ I servizi a domicilio e i servizi residenziali

Nonostante la mancanza di standard uniformi nella gestione dei servizi di cura, in Italia possiamo distinguere due macro categorie, spesso erroneamente concepite come separate, tra servizi a domicilio e servizi residenziali, mentre occorrerebbe considerare questi come parte di una filiera integrata, al fine di supportare e accompagnare la persona nei diversi *setting* di cura, in relazione alle sue autonomie e aspirazioni.

Per ciò che riguarda i servizi residenziali e semi-residenziali, in Italia si registra un basso tasso di copertura del fabbisogno assistenziale: la percentuale di posti letto in strutture residenziali si attesta, infatti, intorno al 2% della popolazione over 65, un dato che si colloca ben al di sotto di quanto fanno registrare i principali Paesi a welfare avanzato. La pandemia da Covid-19 ha colpito duramente questo settore, mettendone in luce le debolezze e carenze che erano già presenti da tempo, nonché la subalternità nei confronti di altri ambiti del sistema assistenziale (per esempio quello del trattamento delle acuzie).

#### ↳ Il ruolo degli assistenti familiari

Una componente che riveste ormai nel nostro Paese un'importanza sistemica, e che ciononostante rimane spesso relegata ai margini del dibattito politico sulla revisione del settore, è quella del lavoro di cura prestato dalla figura dell'assistente familiare (comunemente indicata come "badante"), assunta privatamente per la cura e assistenza della persona non autosufficiente. La dimensione del fenomeno, sebbene di difficile stima per la presenza di irregolarità contrattuali, dimostra in Italia il valore più elevato del panorama europeo, ma presenta una notevole diffusione anche in Spagna, Grecia, Austria e Germania.

#### ↳ La legislazione nazionale

Per via dell'assenza di una normativa standard a livello nazionale, molte sono le tipologie di strutture residenziali presenti in Italia. Nonostante un'elevata differenza tra regioni, le più recenti stime Istat<sup>17</sup> mostrano la presenza di 415,8 posti letto ogni 100.000 abitanti. Per quanto tale dato sia in crescita rispetto agli anni precedenti, l'Italia resta molto lontana per rapporto posti letto/abitanti rispetto ad altri Paesi europei come Francia o Germania. Questi dati, però, non restituiscono una chiara informazione circa la tipologia di persone anziane che rientrano all'interno della variegata offerta di servizi residenziali. Provando a mettere ordine all'interno di quest'ampia offerta, il Dpcm del 12 gennaio 2017 definisce i servizi residenziali come segue<sup>18</sup>:

<sup>17</sup> Istat (2018).

<sup>18</sup> Dpcm 12 gennaio 2017 *Definizione e aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza*.

- Assistenza residenziale extra ospedaliera a elevato impegno sanitario, o meglio l'insieme di «trattamenti residenziali di cura e mantenimento funzionale, a elevato impegno sanitario» (capo IV, articolo 29);
- Assistenza residenziale e semiresidenziale alle persone non autosufficienti, ulteriormente divise in «trattamenti estensivi di cura e recupero funzionale a persone non autosufficienti con patologie» e «trattamenti di lungo-assistenza, recupero e mantenimento funzionale, ivi compresi interventi di sollievo per chi assicura le cure a persone non autosufficienti» (capo IV, articolo 30).

Ciò che emerge da questi criteri è la definizione di proposte di residenzialità volte a coprire diversi bisogni in funzione dei livelli di autosufficienza dell'anziano. A tal proposito, ci riferiamo di seguito a un modello proposto nel 2007 dalla Commissione LEA (Livelli Essenziali Assistenza) per la classificazione delle «prestazioni socio sanitarie erogate a persone non autosufficienti non assistibili a domicilio, all'interno di nuclei accreditati per la specifica funzione» (Commissione LEA, 2019). Vengono pertanto specificate le seguenti prestazioni:

- R1)** nuclei specializzati (Unità di Cure Residenziali Intensive) per persone non autosufficienti ad alto grado di intensità assistenziale;
- R2)** nuclei specializzati (Unità di Cure Residenziali Estensive);
- R2D)** nuclei specializzati per persone con demenza nelle fasi in cui il disturbo mnesico è associato a disturbi del comportamento e/o dell'affettività (Nuclei Alzheimer);
- R3)** prestazioni erogate a persone non autosufficienti con bassa necessità di tutela sanitaria (Unità di Cure Residenziali di Mantenimento).

Ai sensi del Dpcm del 14 febbraio 2001 (GU 129 del 6 giugno 2001), le prestazioni R1 possono essere assimilabili a quelle a elevata integrazione sanitaria; quelle R2 e R2D a quelle di residenzialità sanitaria a rilevanza sociale e quelle R3 a quelle di residenzialità sociale a rilevanza sanitaria. Tutte le prestazioni sono ulteriormente declinabili rispetto alle necessità di risposte in fase intensiva, estensiva e di lungo-assistenza/mantenimento (ex Dpcm febbraio 2001).

Disporre di un modello di classificazione univoco può essere di grande aiuto in risposta alla frammentarietà dei servizi interregionale richiamata in precedenza. Oltre che garantire una maggiore coerenza nella definizione di servizi residenziali tra territori differenti, tale modello promuove una maggiore aderenza all'evoluzione dei bisogni dell'anziano in linea con il naturale decadimento fisico e cognitivo, rispetto alla concettualizzazione attuale della struttura residenziale come luogo di ricovero e assistenza sani-

taria. Un'apertura, quindi, a soluzioni innovative più incentrate su modelli di assistenza integrati e connessi con il contesto territoriale circostante. A tal proposito, in Italia sono già presenti iniziative che vedono il futuro di un servizio residenziale come un centro multiservizi integrato, o meglio un insieme di servizi che cerca di rispondere a diversi bisogni a livello socio sanitario. In altri termini, si pensa sempre più a tipologie in linea con esperienze europee in cui l'anziano si senta integrato nel tessuto sociale: portierato sociale, villaggi Alzheimer (come *Il paese ritrovato*), la Casa di Quartiere Certosa (Genova), la Fondazione Pia Opera Ciccarelli a San Giovanni Lupatoto rappresentano solo alcuni esempi di buone pratiche per il futuro della residenzialità per anziani con diversi livelli di autosufficienza (Istat, 2018).

## Alcuni esempi italiani

Oltre ai vari strumenti utilizzati per questa ricerca, sono stati organizzati alcuni incontri con realtà operanti al di fuori della regione Piemonte che hanno già messo in atto modelli alternativi di residenzialità.

Nello specifico, questi momenti hanno permesso di conoscere alcune iniziative realizzate in Emilia-Romagna e in Veneto.

In Emilia-Romagna la Fondazione Santa Clelia Barbieri, a Viadiciatico, gestisce diverse strutture in rete, centri diurni ed è fornitrice di servizi e interventi di sostegno alla domiciliarità. La Fondazione costituisce una realtà significativa, che opera nei comuni dell'Appennino Bolognese, fornendo diversi servizi che integrano e arricchiscono il sistema territoriale locale, fornendo delle risposte alle persone in un contesto la cui accessibilità al sistema pubblico è un aspetto molto critico, dato l'accentramento di alcuni servizi verso realtà più urbane.

Il suo impegno è rivolto a contrastare situazioni di solitudine e isolamento, offrire momenti di sollievo alle famiglie/*caregiver*, fornire un supporto alla fragilità anziana, prevenire la non autosufficienza, sostenere la cultura della domiciliarità, sviluppare forme di auto mutuo aiuto informale. Le progettualità promosse hanno permesso di attivare un Telefono Sociale, un Segretariato Sociale, un Trasporto Sociale e un supporto con consegna della spesa, una fornitura di assistenza domiciliare, oltreché diverse attività di aggregazione.

In Veneto, la Fondazione Pia Opera Ciccarelli, a San Giovanni Lupatoto, viene riconosciuta da più parti come portatrice di una buona pratica, avendo dimostrato la capacità di innovazione e offrendo una filiera di servizi in grado di rispondere ai diversi bisogni della popolazione anziana.

La struttura non si limita a fornire servizi residenziali, ma offre una gamma di operatività volte alla cura e all'assistenza, col fine di garantire alla persona un supporto multidimensionale in relazione agli specifici livelli di autonomia posseduti.

In aggiunta a questi incontri online, sono state visitate alcune strutture del Trentino che hanno investito sull'ampliamento e sulla qualificazione della loro offerta. È emerso come esse operino da centri servizi, ossia offrano una pluralità di servizi alla popolazione delle comunità di cui sono e sentono di essere parte, dimostrando la possibilità di concretizzare un sistema in rete che può preservare un comparto anche in contesti meno agevoli, come, per esempio, una zona montana. Questo sistema funge da infrastruttura territoriale, in cui gli enti associati beneficiano di servizi, consulenze, accompagnamenti, supporti vari. Un sistema che, grazie al funzionamento in rete, ha acquisito maggiore visibilità nei confronti delle istituzioni e decisori politici, ha permesso di realizzare percorsi formativi accessibili, di condividere alcune figure professionali, di essere supportati negli adempimenti burocratici amministrativi, nei processi di accreditamento, contribuendo alla crescita, sviluppo e specializzazione delle realtà che vi aderiscono. La condivisione dei servizi ha permesso di accrescere, in ogni struttura, il livello del benessere delle persone inserite, nonché di prevenire il *burnout* del personale.

## 1.5 Il contesto piemontese

Come già illustrato, ogni regione presenta delle peculiarità nella gestione dei servizi di cura rivolti ad anziani. A fronte di una popolazione di 4.274.945 abitanti, in Piemonte il 26% è costituito da persone di età superiore a 65 anni (di cui la metà oltre i 75 anni), dato leggermente superiore alla media italiana. Secondo le stime più recenti offerte dalla Regione<sup>19</sup>, i presidi residenziali socio assistenziali e socio sanitari attivi per le diverse tipologie di utenza sono 1.844, di cui 780 rivolti agli anziani. L'offerta regionale conta circa 46.480 posti letto residenziali, mentre i posti messi a disposizione dalle RSA e RAF sono 31.545. Di quest'offerta, i posti accreditati sono 30.640<sup>20</sup> (ma solo il 50% di questi ospiti riceve l'integrazione retta da parte del servizio sanitario). La discrepanza tra posti accreditati e il numero di persone che beneficiano del contributo alla retta, provoca liste di attesa, e, di conseguenza, difficoltà a molte famiglie, le quali vedono ritardare l'inserimento dell'anziano e si trovano a dover fronteggiare spese aggiuntive.

### ↳ I modelli di assistenza regionale

Per ciò che attiene il riconoscimento regionale dei servizi di assistenza rivolti ad anziani fragili, in seguito alla delibera della Giunta Regionale del 30 luglio 2012, n. 45-4248, in Piemonte si delinea un modello di assistenza residenziale per anziani non autosufficienti che include i seguenti presidi:

- Residenza Sanitaria Assistenziale (RSA);
- Nucleo Temporaneo Alzheimer (NAT).

Tra i modelli di assistenza semi-residenziale, invece, vengono riconosciute le seguenti quattro tipologie:

19 Ultimi dati disponibili al 30/09/2018. Fonte: Regione Piemonte.

20 Dati aggiornati al 03/03/2022. Fonte: Regione Piemonte.

- Centro Diurno Integrato (CDI);
- Centro Diurno Integrato Autonomo (CDIA);
- Centro Diurno Alzheimer Autonomo (CDA);
- Centro Diurno Alzheimer Inserito in Struttura (CDAI).

Laddove la RSA rappresenta il principale presidio per la non autosufficienza, i restanti modelli sopraelencati vengono riconosciuti anche se integrati all'interno della RSA. Nel dettaglio, il NAT viene definito come il luogo di accoglienza per persone affette da demenza in uno stato di elevata complessità, gestito da una équipe di professionisti<sup>21</sup>.

I quattro presidi semi-residenziali, invece, sono strutture che hanno come obiettivo prolungare la permanenza della persona, con parziale livelli di autosufficienza, nel proprio domicilio, offrendo un servizio a supporto sia per la riabilitazione sia per il mantenimento di capacità psico-fisiche.

Per ciò che attiene i LEA, la Regione Piemonte stabilisce fasce di intensità nei livelli di assistenza da bassa ad alta-incrementata, con l'aggiunta dell'ulteriore livello dedicato all'Alzheimer.

Anche se questa delibera aveva l'obiettivo di rimodulare il modello di assistenza residenziale e semi-residenziale in un'ottica di maggiore flessibilità nell'offerta di servizi disponibili, diverse sono le strutture non accreditate. Come vedremo di seguito nella ricerca, in Piemonte sono presenti diversi altri presidi, tra cui:

- Residenza Assistenziale (RA), destinata ad anziani parzialmente autosufficienti, la quale fornisce servizi di carattere alberghiero, assistenziale, culturale e ricreativo;
- Residenza Assistenziale Alberghiera (RAA), destinata a persone anziane interessate a soluzioni abitative per soddisfare bisogni di protezione sociale e sanitaria; possono fungere anche da sede per centri diurni, accrescendo così la gamma di servizi;
- comunità di tipo familiare per anziani autosufficienti, destinate ad anziani che decidono di convivere. La capienza massima è di sei posti e sono necessari alcuni requisiti minimi, incluso un servizio di vigilanza;
- piccola residenza per anziani autosufficienti, ovvero strutture a carattere assistenziale che possono variare da 15 a 30 posti letto.

Nel corso degli ultimi anni è attivo un tavolo di consultazione, con fasi alterne, per la revisione del modello residenziale assistenziale costruito oltre dieci anni orsono e non più coerente con le esigenze della popolazione anziana non autosufficiente, resosi ancora più urgente in funzione alle criticità emerse nel corso del periodo pandemico.

Ovviamente, il confronto verte anche sulla visione futura delle strutture residenziali e sul ruolo che esse dovranno avere nella

<sup>21</sup> Con il Dgr 10-4727 del 4 aprile 2022 la Regione Piemonte ha ridefinito i NAT da strutture socio sanitarie in NDCT (Nuclei per il Declino Cognitivo Temporaneo) a strutture sanitarie, a totale carico sanitario; nelle RSA verranno previsti dei nuclei denominati NDC (Nuclei per il Declino Cognitivo) che prevedono la compartecipazione dell'utente secondo le regole LEA.

rete dei servizi territoriali, della quale rappresentano sicuramente una risposta effettiva, ma non l'unica che deve essere offerta.

La RSA è un nodo della rete della filiera dei servizi socio sanitari e rappresenta un servizio rivolto alla popolazione non autosufficiente. Per funzionare al meglio, però, deve essere parte attiva di una filiera nella quale agire con un approccio integrato e flessibile per evitare le rigidità presenti e i possibili scambi che possono avvenire nei diversi *setting* di cura: le RSA non possono essere un soggetto isolato, ma devono essere parte di un *network*.

A fronte della crisi pandemica, la popolazione anziana ha rappresentato nel territorio piemontese, come nel resto del Paese, uno dei principali gruppi ad alto rischio di contrazione del virus per via della frequente presenza di patologie concomitanti. I soggetti con un'età media superiore agli 80 anni, infatti, sono quelli più a rischio se esposti al Covid-19 (ISS, 2022). L'emergenza pandemica ha visto anche le strutture residenziali e semi-residenziali, soprattutto durante la prima fase acuta di diffusione del virus, in grande difficoltà nella gestione di micro focolai epidemici che si erano sviluppati. Una problematica è risultata, infatti, che le residenze hanno dovuto cambiare la propria natura da "luoghi di vita" a "reparti per malati infettivi", oltre alla "migrazione" del personale assistenziale (infermieri e OSS) verso le strutture ospedaliere pubbliche in una sorta di chiamata generale.

Questa situazione emergenziale ha avuto ricadute sulla sostenibilità, in alcuni casi già precaria, di alcune strutture residenziali e semi-residenziali nel contesto piemontese. Alcune strutture hanno dovuto sospendere l'attività temporaneamente per riorganizzarsi, mentre altre hanno dovuto chiudere definitivamente per mancanza di risorse economiche e umane. Per far fronte a questa situazione di emergenza le istituzioni nazionali e regionali, a partire dalla metà di marzo 2020, hanno adottato misure urgenti per prevenire il contagio e rafforzare la sorveglianza sanitaria per anziani a domicilio e in strutture residenziali.

Grazie alle riunioni dell'Osservatorio RSA e a numerose cabine di regia provinciali, in Piemonte sono state adottate diverse misure a tutela di ospiti e operatori che gestiscono le strutture, tra cui:

- consegna periodica di test antigenici a ogni singola struttura e consegna aggiuntiva per l'ingresso di parenti e visitatori;
- sostegno infermieristico con dipendenti del Servizio Sanitario Regionale a strutture in carenza di personale sanitario;
- rilevazione settimanale delle commissioni di vigilanza sulla situazione delle singole strutture;
- creazione di una piattaforma unica in Italia per il monitoraggio di tutte le tipologie di strutture socio sanitarie autorizzate al funzionamento;
- possibilità per i medici di medicina generale di estendere il massimale degli assistiti per garantire la presa in carico di pazienti delle strutture residenziali;
- dimissione protetta per oltre 2.500 anziani over 65 non auto-

↳ Azioni adottate durante la crisi pandemica

sufficienti dall'ospedale alle strutture residenziali accreditate senza alcun onere per le famiglie (delibera 9 aprile 2021 *Dimissioni protette*).

La pandemia ha anche generato una crisi economica e sociale senza precedenti, con conseguente incremento della povertà e dell'isolamento per fasce deboli della popolazione, *in primis* anziani e disabili. La crisi ha avuto delle ripercussioni anche sulle strutture, le quali oggi sono chiamate a una riorganizzazione non solo per poter accogliere la popolazione che verrà, ma anche per promuovere una nuova immagine di sé, in quanto la pandemia e ciò che è avvenuto al loro interno ha certamente leso la struttura come luogo aperto, di cura e di vita nell'immaginario collettivo. Questi sono elementi sui quali è urgente poter intervenire, pena il restringersi del loro campo di azione e ruolo.

## Alcuni esempi regionali

La regione Piemonte, così come la provincia di Cuneo, non è esente da una serie di iniziative rivolte alla popolazione anziana. All'interno della ricerca, infatti, sono stati citati diversi esempi locali, tra cui:

- *Veniamo a trovarvi*;
- *Housing* di Pianfei;
- *Estate del Marchese*;
- *Palestre di vita*;
- *Insieme diamoci una mano*.

# METODOLOGIA

2

## 2.1 Le strutture coinvolte

Prima di illustrare il contesto territoriale in cui ha operato la ricerca, forniamo i riferimenti utili a comprendere la tipologia di strutture e le loro sigle. Questo lavoro si riferisce a:

- RSA (Residenza Sanitaria Assistenziale): residenza socio assistenziale di ospitalità permanente per anziani non autosufficienti;
- RA (Residenza Assistenziale): residenza con offerta di servizi di carattere assistenziale e alberghiero dirette ad anziani parzialmente autosufficienti;
- RAA (Residenza Assistenziale Alberghiera): residenza alberghiera per anziani in condizioni di autosufficienza;
- CD (Centro Diurno): servizio di assistenza a carattere integrativo e di sostegno alla vita domestica e di relazione per anziani in condizione di autosufficienza;
- CDI (Centro Diurno Integrato): servizio di carattere assistenziale, relazionale e sanitario per anziani parzialmente autosufficienti e non autosufficienti;
- NAT: Nucleo Alzheimer Temporaneo collocato all'interno del RSA;
- *Cohousing*: Residenze condivise per anziani in condizioni di autosufficienza.

↳ Numeri  
delle strutture  
in provincia di Cuneo

Il contesto di riferimento dello studio è la provincia di Cuneo in cui operano 158 residenze per anziani, per un totale di 8.719 posti letto e oltre 6.500 lavoratori.

Di queste 158 realtà:

- 120 sono presidi accreditati con il SSN (per 4.569 posti letto per non autosufficienti e 3.040 per autosufficienti e parzialmente autosufficienti);
- 38 sono presidi solo autorizzati, per complessivi 1.110 posti letto.

Per dare un'idea dell'eterogeneità delle strutture, 45 presidi hanno meno di 38 posti letto, quasi nessuno accreditato, e spesso sono situati a fondo valle o nelle zone montane. È questo il dato più preoccupante. Si tratta di piccole strutture, volute e realizzate dai membri della comunità stessa, fondamentali per l'economia di questi paesi.

Rispetto ai bacini di riferimento, 115 presidi insistono sul territorio dell'ASL CN1 per un totale di 6.269 posti letto; 43 presidi, invece, insistono sul territorio dell'ASL CN2, per un totale di 2.450 posti letto; la presenza dei piccoli presidi è preponderante nell'ambito dell'ASL CN1, poiché esso comprende il territorio montano della provincia.

## 2.2 Gli strumenti utilizzati

La ricerca sviluppata nell'ambito di questo lavoro si pone l'obiettivo di fotografare lo stato di salute in cui versano le strutture residenziali, individuare eventuali piani di sviluppo e investimenti presenti o in agenda, descrivere il contesto locale nel quale operano, rilevare sia i bisogni emergenti, sia la disponibilità a eventuali modifiche riferite all'offerta degli attuali servizi e al modello di residenzialità attuale. A tal fine diversi strumenti sono stati utilizzati, in stretta integrazione tra loro.

### Questionario

Nell'ottica di coinvolgere tutte le strutture residenziali presenti nella provincia di Cuneo è stato ideato un questionario *self-report* online.

Ogni struttura residenziale cuneese ha ricevuto una lettera di invito alla partecipazione al questionario trasmessa via mail dalla Fondazione CRC. Oltre ai principali obiettivi della ricerca e alle informazioni relative al rispetto della privacy, nella lettera erano presenti le informazioni necessarie per accedere al questionario in forma esclusivamente online (link di accesso e codice univoco per la partecipazione).

Il tempo stimato di compilazione era di 30 minuti, con la possibilità di salvare le risposte e riprendere la compilazione in un secondo momento. Il questionario era organizzato come segue:

- **Sezione A:** tipologia e caratteristiche strutturali. All'interno di questa prima sezione erano presenti una serie di domande volte a definire le caratteristiche della struttura in termini di tipologia, ente gestore, distretto sanitario di riferimento, quantità di ospiti e posti letto presenti, così come le stime per un adeguato e pieno funzionamento e sostentamento della stessa. Ulteriori domande erano dedicate a fotografare l'impatto della pandemia sulle strutture in merito a nuovi ingressi e riorganizzazione di servizi strutturali. Per quest'ultimo aspetto veniva anche data la possibilità di rispondere a domande aperte volte a rilevare sia eventuali piani di riorganizzazione, sia un incremento di nuovi servizi nell'arco del successivo anno;
- **Sezione B:** personale dipendente e collaborazioni con volontari e associazioni. Questa sezione era volta a rilevare alcuni aspetti relativi all'organizzazione del personale dipendente e/o consulente (numero di figure professionali, monte ore, modifiche eventuali avvenute durante la pandemia); inoltre, per ciascuna figura professionale, si chiedeva di indicare il numero di ore idealmente necessarie per un adeguato e pieno funzionamento della struttura, così da stimare un eventuale *gap* tra il dato reale e quello auspicato. Ulteriori domande erano rivolte a rilevare la collaborazione eventuale con singoli volontari e associazioni, attualmente, in periodo di emergenza pandemica, e in prospettiva futura.

Infine, una batteria di domande indagava il ruolo attuale e potenziale del Medico di Medicina Generale (MMG):

- **Sezione C:** servizi e attività rivolte all'esterno della struttura. L'interesse principale di questa sezione era indagare i servizi erogati a favore sia degli ospiti della struttura, sia della popolazione anziana esterna alla struttura. Inoltre, alcune domande aperte si sono proposte di individuare sia eventuali attività alternative messe in atto durante la pandemia, sia le prospettive future in merito ad attività da riprendere o da ideare *ex novo*;
- **Sezione D:** criticità, bisogni e prospettive future. Quest'ultima sezione permetteva, attraverso una serie di domande aperte, di indicare sia le principali criticità legate alla struttura e al territorio, sia eventuali pregresse collaborazioni a progetti e proposte di nuovi modelli di residenzialità. In tal modo si dava la possibilità ai rispondenti di esprimere il proprio punto di vista sulla situazione attuale e su quali proposte potevano essere adeguate al contesto territoriale in cui le strutture erano ubicate.

A conclusione del questionario veniva richiesta la disponibilità a partecipare alle fasi successive della ricerca, corredata da un recapito mail o telefonico.

## Interviste

Diversi *stakeholder* sono stati individuati dai partner del progetto e contattati per prendere parte a un'intervista semi-strutturata. Nell'ottica di cogliere le informazioni necessarie a rilevare le peculiarità delle diverse zone che contraddistinguono la vasta area del Cuneese, sono stati individuati *stakeholder* in modo che le quattro principali aree della provincia di Cuneo (Cuneese; Monregalese; Langhe e Roero; Saluzzese e Fossanese) fossero rappresentate. Inoltre, sono stati intervistati *stakeholder* che, sulla base del loro ruolo e/o delle loro competenze, si è ritenuto potessero riportare una visione generale dei servizi di assistenza alla popolazione anziana della provincia di Cuneo e della regione Piemonte.

Il principale obiettivo di tali interviste era cogliere il punto di vista sulle principali criticità ed eventuali proposte alternative su nuovi modelli di residenzialità. In particolare, l'intervista prevedeva un approfondimento relativo alle seguenti aree tematiche:

- principali attività ed esperienze attuali e pregresse dell'intervistato su tematiche relative i servizi rivolti alla popolazione anziana;
- opinione rispetto al territorio di riferimento dell'intervistato in relazione alla popolazione anziana, con *focus* sui principali ostacoli e risorse presenti. Eventuali proposte alternative di riorganizzazione dei servizi rivolti alla popolazione anziana;
- opinione sull'attuale condizione delle strutture residenziali per anziani ed eventuali proposte alternative su nuovi modelli di residenzialità, con un ulteriore *focus* sulla relazione tra le strutture residenziali e il territorio circostante;

### ↳ Temi trattati

## ↳ Soggetti intervistati

- conoscenza di eventuali progetti e sperimentazione di nuovi modelli di residenzialità al di fuori della provincia di Cuneo e della regione Piemonte.

Le interviste semi-strutturate sono state condotte dal mese di luglio 2021 al mese di settembre 2021. Tutte le interviste (a eccezione di una avvenuta in modalità online) sono state condotte di persona nel rispetto delle recenti normative legate al fronteggiamento dell'emergenza pandemica. Ciascuna intervista è stata audio-registrata con il consenso dei partecipanti e ha avuto una durata di circa un'ora. Il campione totale è costituito da 17 persone intervistate, suddivise per area territoriale. Inoltre, come anticipato sopra, tali interviste sono state rivolte a *stakeholder* eterogenei per ruolo professionale, includendo direttori di distretto sanitario, direttori e presidenti di struttura, direttori di consorzio, medici di famiglia, infermieri, membri commissione vigilanza, medici UVG, assistenti sociali, sindaci e amministratori comunali e a *stakeholder* con esperienza maturata a livello provinciale e regionale.

Attraverso le interviste, gli attori sociali coinvolti hanno avuto la possibilità di presentare la loro visione prospettica su come dovrebbero essere riorganizzati i servizi dedicati alla popolazione anziana fragile. Nel far questo, la maggior parte degli intervistati ha fornito esperienze professionali e personali che hanno arricchito la qualità dell'intervista stessa, lasciando trasparire passione e impegno nello svolgere il proprio mestiere e nel voler favorire un cambiamento. Al centro delle riflessioni vi è il rispetto della persona anziana e con uno sguardo attento al territorio perché, come indicato da un Sindaco intervistato, «bisogna partire dal territorio, leggendo le potenzialità, leggendo le disponibilità e poi da lì si vanno a leggere i problemi insieme... ogni realtà è a sé».

A integrazione delle sopraccitate interviste, nel mese di dicembre 2021 sono state condotte tre ulteriori interviste semi-strutturate, della durata di un'ora circa, rivolte a esperti di enti del settore al di fuori del Piemonte (Fondazione Don Carlo Gnocchi; Network Non Autosufficienza; ISRAA Treviso).

## Focus group

Nell'ottica di aprire una discussione di gruppo su nuovi modelli alternativi di residenzialità, quattro *focus group* sono stati organizzati coinvolgendo diversi attori sociali, tra cui amministratori locali, presidenti e amministratori delle strutture, direttori di distretto, direttori e presidenti dei consorzi socio assistenziali, delegati delle diocesi. Come per le interviste, anche la composizione dei *focus group* ha seguito un criterio territoriale, al fine di rilevare le eventuali peculiarità per ciascuna delle quattro principali aree della provincia.

I *focus group* erano così articolati: una prima parte introduttiva, volta a una breve presentazione dei partecipanti; a seguire, una

### ↳ Seminari di approfondimento

prima fase di *brainstorming* destinata a individuare quali buone pratiche dovessero essere prese in considerazione nell'assistenza alla popolazione anziana fragile; successivamente, una fase centrale dedicata alla discussione tra tutti i partecipanti, con l'obiettivo di rilevare analogie e differenze di opinioni, valutazioni, percezioni ed esperienze; infine, una conclusione in cui vi era lo spazio per la sintesi e la discussione di eventuali considerazioni di carattere generale emerse dai partecipanti.

Oltre a questi principali strumenti di ricerca, ulteriori iniziative sono state proposte con l'intento di accrescere la conoscenza sull'attuale situazione dei servizi rivolti alla popolazione anziana, anche ampliando lo sguardo e la riflessione oltre l'area del Cuneese. Nello specifico, sono stati organizzati seminari di approfondimento e brevi interviste con ospiti esperti sui temi della residenzialità, seguiti da tavoli di comunità per condividere i progressi della ricerca rivolti a *stakeholder* locali. Gli incontri e le visite a realtà presenti al di fuori della regione Piemonte sono stati previsti con lo scopo di approfondire la conoscenza di nuovi modelli di residenzialità in grado di accompagnare la persona anziana nel corso della sua evoluzione, in relazione alla sua specifica condizione e livello di autonomia. La presenza di "buone pratiche", avrebbe così potuto suggerire modalità operative da sperimentare anche nel territorio cuneese.

Infine, le ipotesi operative emerse attraverso la ricerca sono state condivise in occasione di due seminari di approfondimento (erogati in modalità online) rivolti a diversi professionisti e membri di specifiche comunità residenziali, disponibili a proporre nel loro territorio nuovi modelli e sperimentazioni.

I quattro *focus group* sono stati realizzati nei mesi di ottobre e novembre 2021. La modalità di conduzione è stata online, causa limitazioni Covid-19. Tutti i partecipanti hanno dato il loro consenso a partecipare in accordo con le normative sulla privacy e il *focus group* è stato registrato. Seguendo la traccia e con l'ausilio di uno strumento di condivisione dei contenuti (*Padlet*) il primo *focus group* era costituito da un gruppo eterogeneo di attori sociali, equamente suddivisi per area territoriale. Il secondo *focus group* era dedicato all'area territoriale del Cuneese e, anche in questo caso, il gruppo era eterogeneo per ruoli professionali ricoperti. Il terzo e quarto *focus group* era dedicato alla composizione di gruppi eterogenei per ruolo professionale con un'attenzione sulla rappresentanza delle aree territoriali di Langhe e Roero, del Monregalese e del Saluzzese e Fossanese. Un totale di 28 persone ha partecipato ai quattro *focus group*.

Questa attività ha permesso a persone che ricoprono ruoli diversi all'interno della provincia di relazionarsi e iniziare a creare una rete, elemento non secondario nell'ottica della ricerca. Condividere informazioni, avere la possibilità di conoscere altre realtà e iniziative, discutere attivamente su nuovi modelli alternativi, sono azioni utili per il cambiamento dell'attuale situazione.

# L'ANALISI

3

### 3.1 Descrizione del comparto

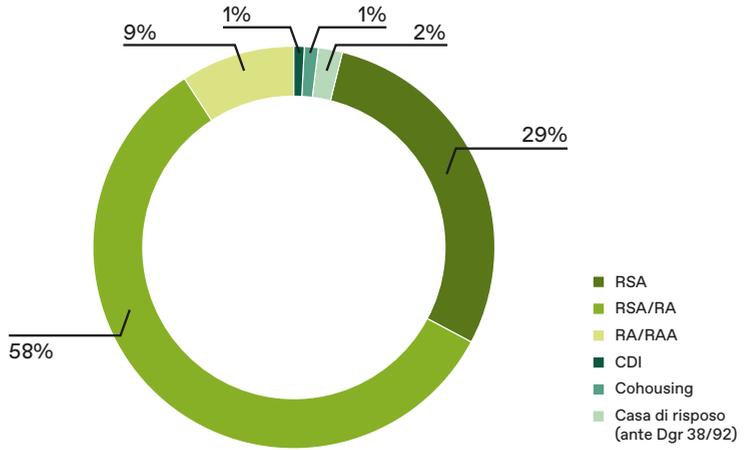
La raccolta dati attraverso i questionari è avvenuta nel periodo compreso tra il 17 giugno e il 20 luglio 2021. Inizialmente, sono stati contattati 158 presidi nella provincia di Cuneo a partire dai dati forniti da Regione Piemonte. Alcune strutture non hanno potuto partecipare al questionario in quanto temporaneamente o definitivamente chiuse, perché in fase riorganizzativa, oppure in quanto collegate ad altre strutture rispondenti. Il campione totale dei presidi rispondenti ha corrisposto così a 87 strutture; la figura seguente mostra la distribuzione territoriale di questi enti (fig.1).

**Figura 1.** *Distribuzione territoriale delle strutture in provincia di Cuneo*



Fonte: elaborazione degli autori.

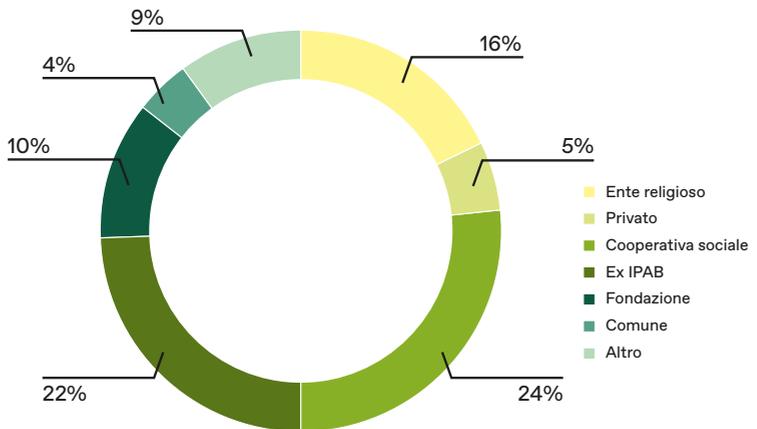
Figura 2. Tipologia di struttura



Fonte: elaborazione degli autori.

Riguardo alla tipologia di struttura, la figura 2 mostra come la maggior parte delle strutture che hanno partecipato all'indagine sia tanto di tipo RSA che RA, seguite da strutture esclusivamente di tipologia RSA e tipologie di struttura esclusivamente RA/RAA (fig.2).

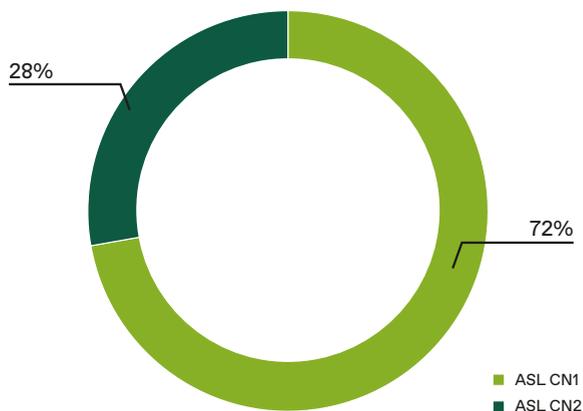
Figura 3. Ente gestore



Fonte: elaborazione degli autori.

In merito al dato complessivo suddiviso per ente gestore della struttura, non è presente una tipologia prevalente su tutti, anche se il gruppo più numeroso è rappresentato dalle cooperative sociali. Il dato alla voce "altro" raccoglie strutture gestite da consorzi socio assistenziali, aziende pubbliche sanitarie e associazioni onlus (fig. 3).

**Figura 4. Distretto Sanitario**



Fonte: elaborazione degli autori.

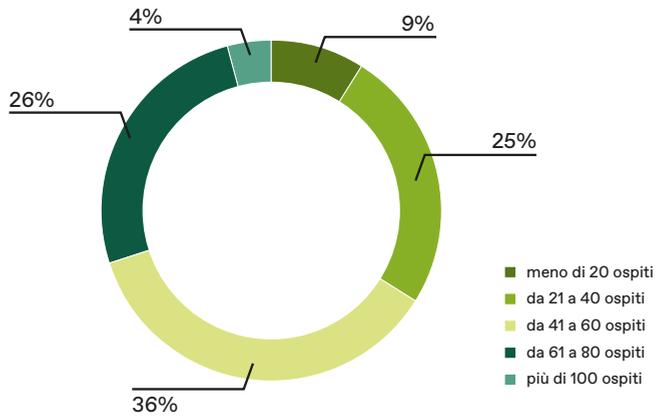
Complessivamente, la maggior parte delle strutture che hanno aderito alla ricerca fanno riferimento al distretto sanitario ASL CN1 (fig. 4).

Figura 5. Distribuzione territoriale delle strutture per numero di ospiti



Fonte: elaborazione degli autori.

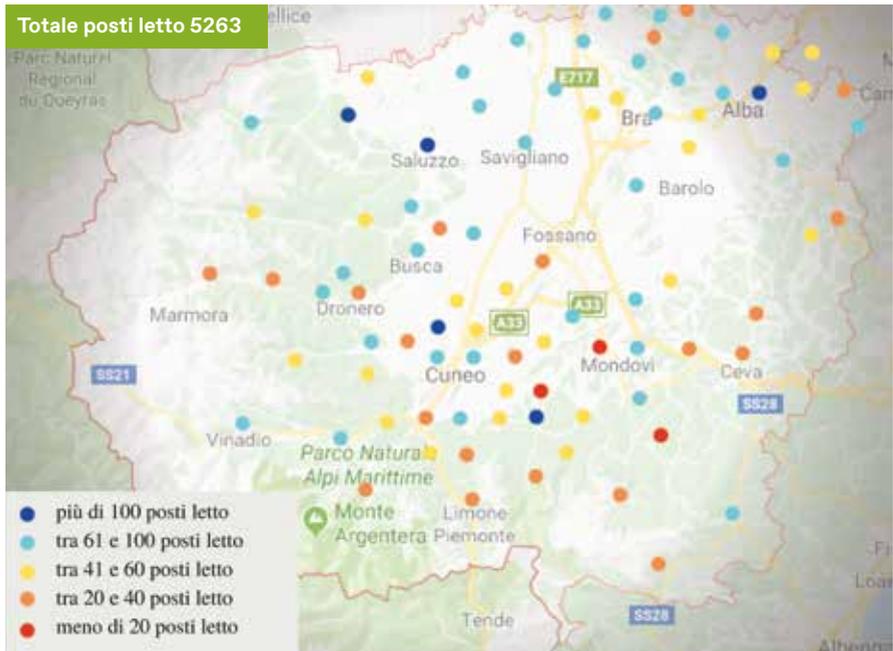
Figura 6. Percentuali ospiti presenti in struttura



Fonte: elaborazione degli autori.

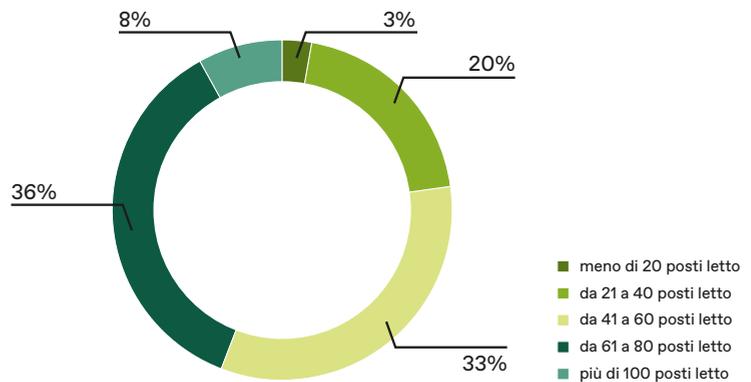
Come si può notare dalla mappa (fig. 5) e dal grafico riassuntivo (fig. 6), la maggior parte delle strutture che hanno partecipato al questionario (70%, pari a 60 strutture su 87) non supera i 60 ospiti.

Figura 7. Distribuzione territoriale delle strutture per posti letto presenti



Fonte: elaborazione degli autori.

Figura 8. Posti letto presenti in struttura



Fonte: elaborazione degli autori.

Anche nel caso dei posti letto, tra le strutture che hanno partecipato al questionario, più della metà ha una capienza non superiore ai 60 posti letto (56%).

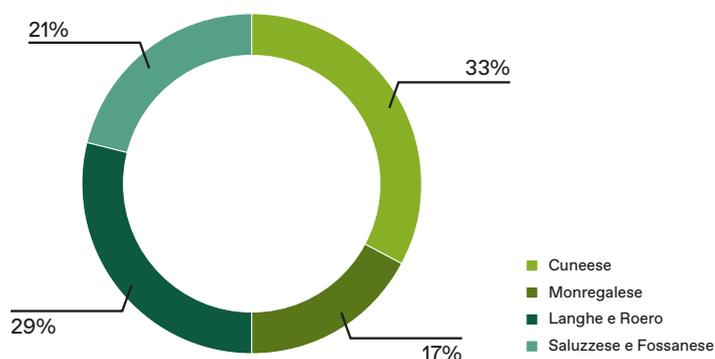
Il totale di posti accreditati riferiti dalle strutture rispondenti nel complesso è di 1.989 (su un totale di posti letto, come indicato sopra, di 5.263).

Quattordici strutture hanno dichiarato di non avere nessun posto letto accreditato dal SSN. Delle restanti, solo dieci riferiscono di avere tutti i posti letto accreditati dal SSN. Le strutture parzialmente accreditate che hanno risposto al questionario riferiscono di avere circa la metà dei posti accreditati (mediana = 41%), da un minimo del 10%, a un massimo dell'88% dei posti accreditati sul totale.

### 3.1.1 Un focus per area territoriale

Entrando nel dettaglio delle strutture, a un primo sguardo sembrerebbe esserci una distribuzione delle risposte non eguale tra le diverse aree territoriali (fig. 9).

Figura 9. Strutture suddivise per area territoriale



Fonte: elaborazione degli autori.

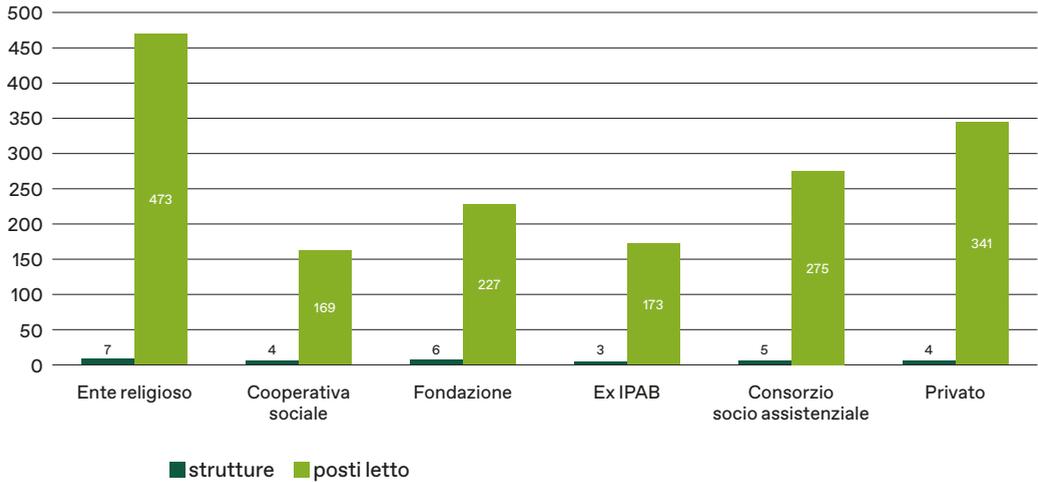
Tuttavia, tutte le aree presentano poco più della metà di risposte sul loro totale di riferimento, come illustrato di seguito:

- **Cuneese:** 29 strutture su 43 totali (67,4%);
- **Monregalese:** 15 strutture su 29 totali (51,7%);
- **Langhe e Roero:** 25 strutture su 40 totali (62,5%);
- **Saluzzese e Fossanese:** 18 strutture su 35 totali (51,4%).

#### ↳ Cuneese

In merito alla tipologia di struttura dell'area del Cuneese, quasi tutte le strutture rispondenti dispongono di posti letti in tipologia sia RSA che RA/RAA, mentre pochi sono i casi di struttura con tipologia di posti letto esclusivamente RA/RAA o esclusivamente RSA. Come si può notare dalla figura seguente, la maggior parte dei posti letto è presente in strutture gestite da enti religiosi (fig.10).

Figura 10. Tipologia ente gestore e posti letto area Cuneese

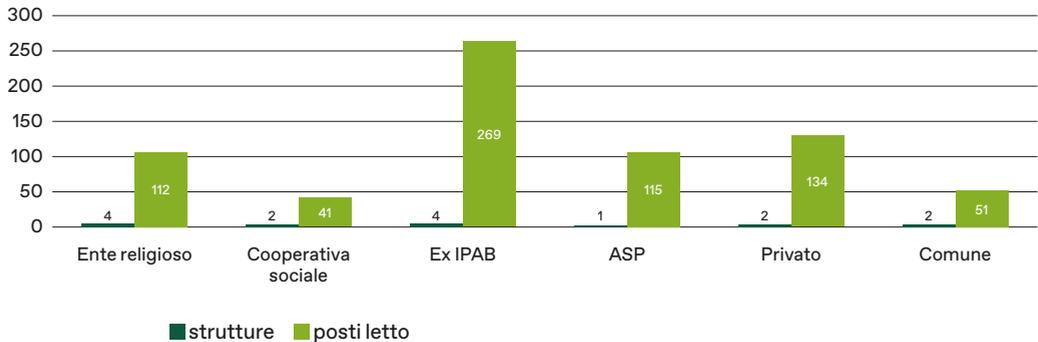


Note. Totale posti letto = 1.658  
 Fonte: elaborazione degli autori.

#### ▼ Monregalese

In merito alla tipologia di struttura del Monregalese, emerge una prevalenza di strutture con posti di tipo RSA e RA, mentre in pochi casi le strutture rispondenti per quest'area sono solo con tipologia RA. Come si può notare dalla figura seguente, la maggior parte di posti letto è presente in strutture gestite da ex IPAB (fig. 11).

Figura 11. Tipologia ente gestore e posti letto area Monregalese

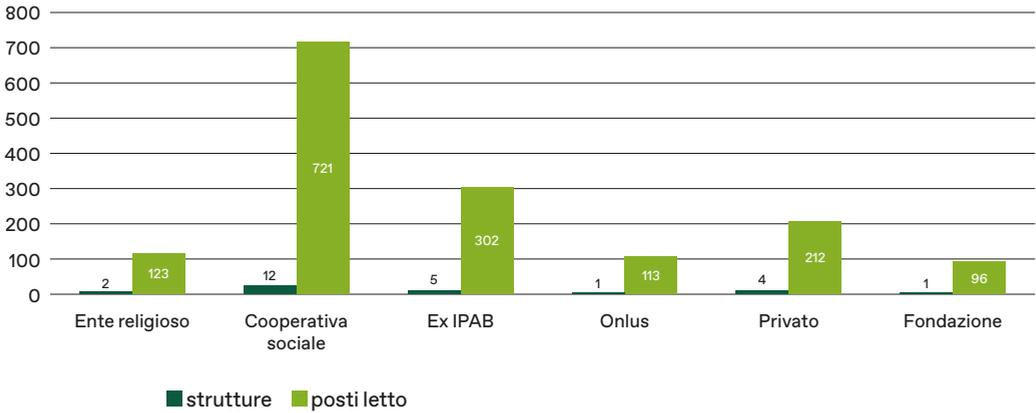


Note. Totale posti letto = 722  
 Fonte: elaborazione degli autori.

#### ▼ Langhe e Roero

Per quanto riguarda l'area di Langhe e Roero, sono più numerose le strutture con posti di tipo esclusivamente RSA, seguite da tipologia sia RSA che RA. Come si può notare dalla figura seguente, la maggior parte di posti letto è presente in strutture gestite da cooperative sociali (fig. 12).

Figura 12. Tipologia ente gestore e posti letto area Langhe e Roero

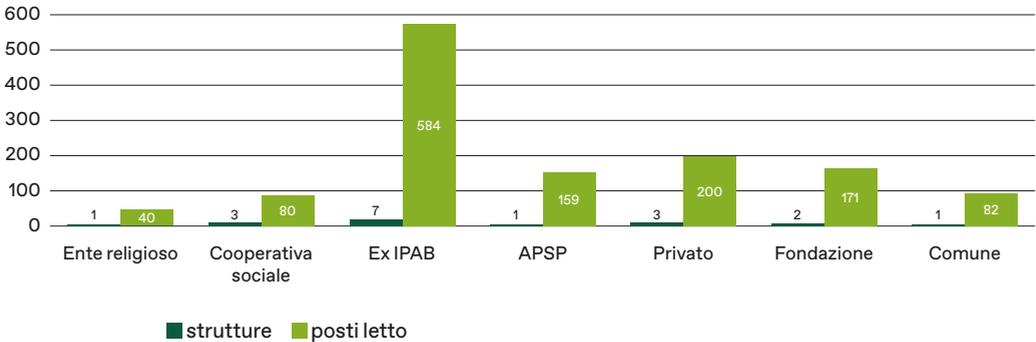


Note. Totale posti letto = 1.567  
 Fonte: elaborazione degli autori

### Saluzzese e Fossanese

Rispetto all'area del Saluzzese e Fossanese emerge una prevalenza di strutture con posti di tipo esclusivamente RSA, seguite da tipologia sia RSA che RA. In un caso è presente anche una tipologia NAT e in due casi è presente una tipologia CDI. Come si può notare dalla figura seguente, la maggior parte di posti letto è presente in strutture gestite da ex IPAB (fig. 13).

Figura 13. Tipologia ente gestore e posti letto area Saluzzese e Fossanese

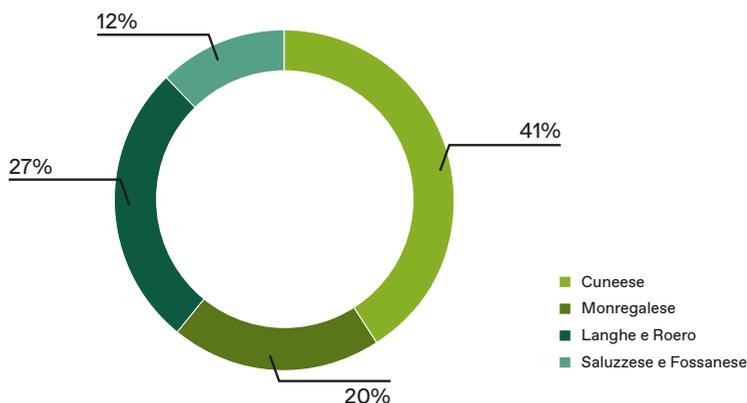


Note. Totale posti letto = 1.316  
 Fonte: elaborazione degli autori.

### 3.1.2 Un focus sulle piccole strutture

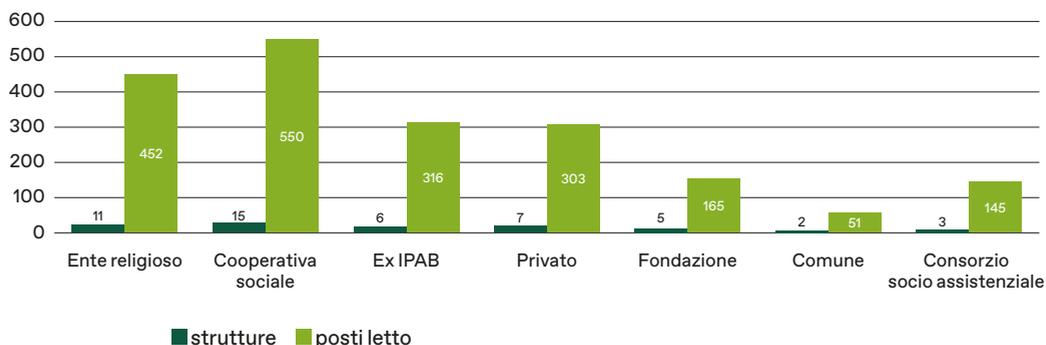
Come accennato sopra, numerose sono le strutture che hanno partecipato al questionario con una capienza di posti letto limitata e, quindi, a forte rischio per il futuro. In accordo con diversi esperti del settore e attori locali, strutture con meno di 60 posti letto possono essere definite come piccole. Seguendo questo criterio, la maggior parte di queste piccole strutture tendono ad avere una doppia tipologia (RSA/RA), seguite da strutture esclusivamente di tipo RSA (figg. 14-15).

**Figura 14. Suddivisione piccole strutture per area territoriale**



Fonte: elaborazione degli autori.

**Figura 15. Tipologia ente gestore e posti letto nelle piccole strutture (meno di 60 posti letto)**



Note. Totale posti letto = 1.982

Fonte: elaborazione degli autori.

Considerando l'area territoriale, è evidente come una buona parte delle piccole strutture sono rappresentative dell'area cuneese, anche se questo dato risente delle numerosità totali.

Essendo gli enti religiosi e le cooperative sociali i principali enti gestori emersi da questo focus sulle cosiddette piccole strutture, sono anche coloro che gestiscono poco più della metà di posti letto.

## 3.2 Le riflessioni sulle fragilità di base

Il presente report consegna una fotografia reale di un comparto che si trova ad affrontare delle criticità derivanti da più fattori, che la pandemia da Covid-19 ha certamente accentuato. In particolare, vanno segnalate:

- le criticità strutturali di molti immobili;
- la difficoltà a mantenere, anche in prospettiva, un equilibrio finanziario da poter assicurare una sostenibilità nel futuro;
- la difficoltà nel reperire determinate figure professionali.

Ulteriori difficoltà derivano da una domanda in continua evoluzione, da un riposizionamento verso il quale occorre indirizzarsi, in relazione anche alla riorganizzazione del sistema territoriale dei servizi, imposto soprattutto dalle ripercussioni che la pandemia ha avuto sugli stessi. Allo stesso tempo, il report evidenzia quanto sia necessario rispondere ai bisogni presenti e offrire alle persone che si trovano a vivere in una condizione di fragilità e non autosufficienza ambienti di vita in cui pratiche e servizi di cure sono intrecciati e presenti. La questione delle residenze e dei servizi destinati agli anziani, più o meno fragili, interessa ovviamente tutti i territori. È altresì necessario ricordare che la presenza di piccole strutture caratterizza certe zone del Cuneese e ha un ruolo importante nel contribuire a sostenere, in qualche modo, le comunità in cui sono insediate, offrendo servizi e occupazione.

La ricerca, attraverso dati quantitativi e qualitativi, permette di evidenziare sia le potenzialità presenti, come la propensione al cambiamento, la disponibilità a investire su nuove progettualità e riorganizzazioni per migliorare la qualità dei servizi offerti, sia le criticità che, se non affrontate, possono mettere a rischio in modo particolare le piccole strutture, ma anche tutte quelle che non riusciranno a promuovere processi di riorganizzazione e ammodernamento, richiesti da una domanda che muterà nei prossimi anni. La ricerca qui presentata ha permesso un largo coinvolgimento di figure diverse che rivestono ruoli istituzionali, nei servizi sociali e sanitari, nonché nel comparto delle strutture residenziali. Questo coinvolgimento ha fatto emergere, trasversalmente ai questionari, alle interviste e ai *focus group*, le diverse proposte alternative possibili. Questa ricchezza costituisce una base per un investimento futuro, poiché riteniamo che sia proprio a partire dalle proposte operative emerse che potranno sorgere nuovi modelli di residenzialità e si potrà configurare una riorganizzazione del comparto in grado di cogliere le sfide del futuro.

### 3.2.1 Le fragilità strutturali delle residenze per anziani

Come già osservato, le strutture residenziali per anziani parzialmente e/o non autosufficienti sono numerose e distribuite sull'intero territorio della provincia di Cuneo. Le quattro macro aree citate in precedenza (Cuneese, Monregalese, Langhe e Roero, Saluzzese e Fossanese) sono caratterizzate dalla compresenza di contesti urbani e rurali, ma sono altresì presenti anche piccolissimi agglomerati, o addirittura case isolate, distanti dai servizi primari di assistenza. Questa ampia varietà impone una prima riflessione, ovvero la necessità di dover tenere in considerazione le caratteristiche del territorio in cui le strutture residenziali sono inserite, per compiere un'attenta analisi dei bisogni e delle risorse necessarie al loro soddisfacimento. Attingendo dalle parole dei partecipanti, si osserva che:

*La composizione topografica della struttura fa la differenza perché se io sono in contesti montani o se sono in una vallata, è diverso rispetto a luoghi ai margini dei paesi, o rispetto ad altre strutture che sono dentro il paese.*

Direttore di struttura

*Sono realtà diverse, bisogna tenere conto delle singole realtà, non si può generalizzare.*

Direttore Consorzio

#### ↳ Le piccole strutture

Le piccole strutture offrono mediamente un contesto accogliente, che permette agli ospiti di percepire un ambiente più familiare:

*Nelle piccole strutture mancano tutta una serie di aspetti organizzativi, però trovi un clima più familiare. Qua l'anziano si sente più come a casa. Anche perché l'anziano non vuole il lusso, vuole sentirsi a casa.*

Medico UVG

Bisogna però considerare le numerose criticità in cui versano le piccole strutture (con meno di 60 posti letto). Di comune accordo, tutti gli attori sociali interpellati in interviste e *focus group* notano come tali piccole strutture siano sempre più in difficoltà nel mantenere un adeguato sostentamento gestionale ed economico in accordo con le normative attuali.

*Le case di riposo, ormai, per reggersi devono superare i 40 ospiti.*

Direttore Consorzio

*Con meno di 40-45 posti in struttura non ce la faccio.*

Direttore di struttura

*Le strutture piccole non possono sopravvivere perché hanno dei costi troppo alti rispetto agli introiti.*

Collaboratore di struttura

*Con meno di 25 posti una struttura non può reggere, su questo non c'è scampo.*

Responsabile di struttura

*Le strutture che non hanno almeno 40 posti letto occupati è difficile che riescano ad avere degli utili tali da sopravvivere.*

Direttore Consorzio

In altre parole, il rischio delle piccole strutture potrebbe essere, anche alla luce dei problemi che la pandemia ha fatto emergere ed esasperato, quello di chiudere nel prossimo futuro.

Molte di esse, per sopravvivere, cercano soluzioni creative per abbattere i costi, come per esempio disporre di un'elevata fluidità del personale e la partecipazione di volontari:

*La nostra casa si regge su tre figure di volontariato: io che faccio il coordinatore, mio nipote che fa l'infermiere e ha avuto l'autorizzazione e una parte di segreteria che viene svolta da una signora che ha voglia nel suo tempo libero di fare volontariato e ci dà una bella mano.*

Coordinatore di struttura

In altri casi ci si affida a piccoli finanziamenti economici in forma di donazioni o contributi da fondazioni, anche se questa non può essere la norma, come sostenuto nel seguente esempio:

*Che ci siano le donazioni va bene, ma in un progetto industriale le donazioni sono aleatorie. Va bene, saranno pure costanti e più sicure delle rette, ma non posso farci conto. Devo strutturare le cose in modo che siano sostenibili.*

Responsabile di struttura

#### ↳ Difficoltà nel gestire diversi tipi di servizi

Un'ulteriore criticità è rappresentata dal rischio della struttura di non essere efficiente dal punto di vista dei servizi di assistenza forniti secondo le normative regionali. Anche dai questionari emerge come diverse piccole strutture presentino tipologie di ospiti sia RSA che RA (quindi ospiti sia non autosufficienti che parzialmente autosufficienti). Gestire ospiti i cui bisogni sono molto diversi in relazione all'intensità di assistenza di cui necessitano può rappresentare per le piccole strutture un grosso ostacolo nel sostentamento della stessa, come sostenuto di seguito in questo esempio:

*Ogni paesino ha una struttura, e ciascuna di queste strutture ha i posti RSA e qualcuna anche i posti da RAA, quindi persone autosufficienti. Qualcun'altra ha anche i posti RA, quindi quelli parzialmente autosufficienti. C'è una frammentazione, quindi ogni struttura ha bisogno di tutte le risorse per dover gestire tutte le varie tipologie di ospiti.*

Direttore di struttura

## ↳ Le strutture medio-grandi

A conferma di ciò, diverse strutture presentano una doppia tipologia (come riportato nella fig. 2 mostrata in precedenza).

Nel caso delle strutture residenziali medio-grandi (con più di 80-100 posti letto), il grosso vantaggio emerso dalla ricerca è quello di riuscire ad avere le risorse necessarie per offrire servizi di assistenza sanitaria efficienti, oltre che avere maggiori disponibilità nella gestione di diverse tipologie di ospiti:

*Nelle grandi strutture è più facile avere un'organizzazione più efficiente, perché puoi permetterti una serie di figure. Riesci a dare un servizio di maggior qualità che, però, non si traduce nel saper creare un ambiente familiare. Sicuramente è tutto più ordinato, più asettico.*

Direttore di struttura

Tuttavia, queste medio-grandi strutture tendono spesso a seguire un vecchio paradigma di assistenza agli anziani fragili incentrato su un'assistenza prevalentemente sanitaria che non permette agli ospiti di sentirsi accolti:

*Nella struttura grande c'è un pochino il rischio di sacrificare il rapporto con l'ospite. È più dispersiva, quindi più difficile relazionarsi con gli ospiti.*

Infermiere

## ↳ Problematiche trasversali

Se quelle sopra citate sono state evidenziate come le principali difficoltà in funzione della dimensione di una struttura, è bene segnalare che esistono anche problematiche trasversali a tutte le strutture residenziali nella provincia di Cuneo. Nello specifico, un dato critico generalizzato è la difficoltà, per molte di esse, di essere strutturalmente adeguate secondo le normative richieste. Molte strutture, nel corso degli anni, hanno evidenziato dei limiti nello stare al passo con le richieste delle varie normative, oltre che con le nuove tecnologie, come sostenuto in questo caso:

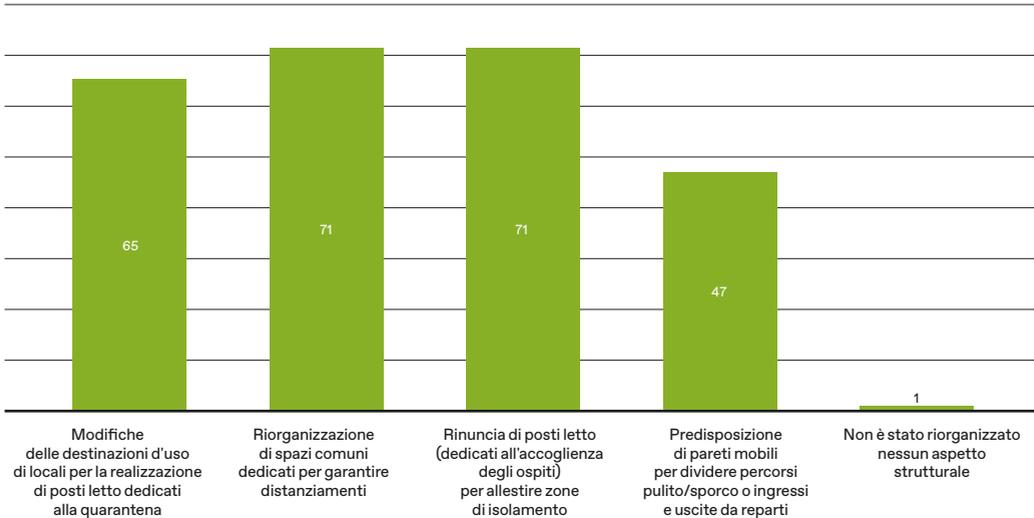
*Molte strutture con [...] le ristrutturazioni fatte negli anni '90, oggi [...] non vanno più bene. Le strutture diventano obsolete, vuoi per l'uso intensivo e, quindi, le cose si rompono e vanno a esaurimento, vuoi perché le esigenze crescono. A maggiori esigenze necessitano miglioramenti qualitativi, non c'è niente da fare, ad esempio il bagno assistito, i sollevatori a soffitto, ecc.*

Collaboratore di struttura

In aggiunta, la pandemia ha costretto diverse strutture a riorganizzare determinati spazi per garantire una maggiore sicurezza e isolamento degli ospiti (fig. 16).

**Figura 16. Riorganizzazione aspetti strutturali**

Rispetto al periodo precedente l'inizio della pandemia, avete dovuto riorganizzare i seguenti aspetti strutturali?



Note. Numero di risposte multiple per ciascun aspetto strutturale.

Fonte: elaborazione degli autori.

#### ↳ Carenza di stanze singole e mancanza di privacy

Un ulteriore problema emerso riguarda la difficoltà di alcune strutture nel garantire la privacy ai loro ospiti. Dal questionario si evidenzia una presenza di soli 755 posti letto in stanza singola su un totale di 5.263. Nel dettaglio, nove strutture rispondenti riferiscono di non avere nessun posto letto in stanza singola, mentre solo una struttura riferisce di avere tutti i posti letto a disposizione in stanza singola. In generale, le strutture tendono a non avere un elevato numero di posti letto in stanza singola (mediana 10,1%), riflettendo così una criticità trasversale a tutte le strutture nella provincia. Inoltre, alla domanda “Avete in previsione di predisporre nell’arco del prossimo anno nuovi posti letto a stanza singola?” solo dieci strutture (corrispondente al 11,5% del campione) riferiscono di avere in programma di incrementare il numero di posti letto in stanza singola (da un minimo di +2 posti in stanza singola a un massimo di +8 posti).

#### ↳ Costo elevato della retta mensile

Le difficoltà delle strutture nel seguire le normative trovano ragione anche in un altro aspetto, sottolineato come fortemente critico, ovvero il problema delle rette che le famiglie devono sostenere per mantenere un loro caro in struttura. Diversi attori sociali evidenziano, infatti, come le rette mensili siano sempre più difficili da sostenere economicamente:

*Un posto in una RSA mediamente a una famiglia costa, poi dipende dal livello di non autosufficienza, dai 1.800 ai 3.000 euro al mese.*

Direttore di distretto

Inoltre, molte famiglie preferiscono, anche per via degli effetti della pandemia sul lavoro, mantenere i propri cari anziani a casa per via del costo, influenzando negativamente «la richiesta generalizzata di posti letto». In tali situazioni di disagio economico, quindi, le famiglie preferiscono gestire autonomamente l'anziano a casa, anche se con una serie di problematiche quotidiane. Una conferma di questo aspetto può essere rintracciata nell'accreditamento dei posti da parte del SSN. Dal questionario emerge un totale di 1.989 posti accreditati su un totale di 5.263 posti letto, che rappresentano solamente il 37,7%. Inoltre, solo 10 strutture su 87 dichiarano di avere tutti i posti letto accreditati e 14 di non avere nessun posto letto accreditato. Le strutture parzialmente accreditate che hanno risposto al questionario riferiscono di avere circa la metà dei posti accreditati (mediana = 41%), da un minimo del 10% a un massimo dell'88% sul totale. È evidente da questi dati come, in molti casi, le famiglie sono chiamate a sostenere interamente la retta per i loro familiari anziani a costi sempre più gravosi.

Sempre legato alle criticità che le famiglie attraversano nell'inserimento dei loro cari in struttura, è emerso come la stigmatizzazione ricevuta dai media durante la pandemia nei confronti delle strutture residenziali, intese spesso come luoghi di detenzione in cui gli anziani entrano per ammalarsi, ha condotto diverse famiglie a rinunciare all'ingresso dei loro cari in struttura:

*Il Covid ha fatto cambiare idea sul fatto che sia opportuno portare un anziano in struttura.*

Direttore di distretto

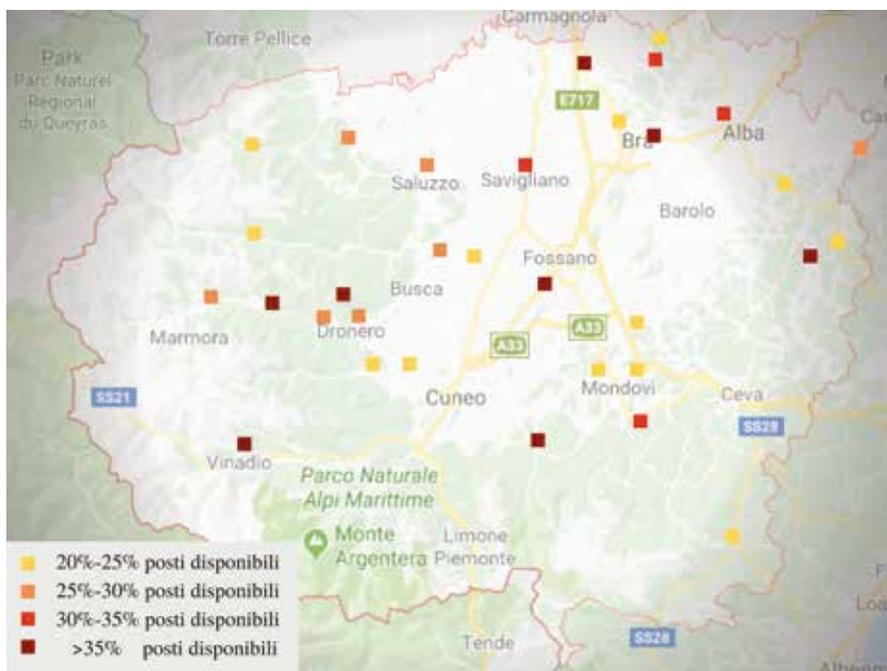
In aggiunta, diverse famiglie esprimevano preoccupazione circa l'impossibilità nel fare visita liberamente ai propri cari causa rigide normative emergenziali, come sostenuto di seguito:

*Oggi (a seguito del Covid) mettere in struttura un proprio congiunto vuol dire vederlo saltuariamente.*

Direttore Consorzio socio assistenziale

Questa tendenza a mantenere gli anziani a casa per le sopracitate ragioni trova conferma nella figura 17 che mostra in mappa il caso di strutture con diversi posti ancora disponibili.

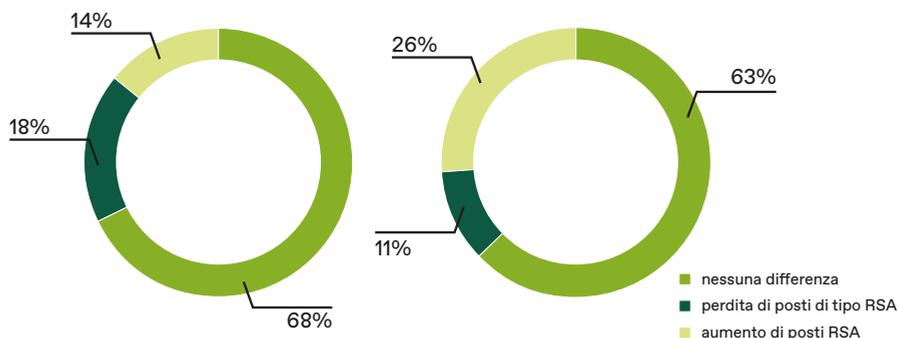
**Figura 17. Distribuzione delle strutture (rispondenti) per percentuale di posti liberi**



Fonte: elaborazione degli autori.

La mappa evidenzia come degli 861 posti conteggiati partendo dalle strutture rispondenti al questionario (sempre su un totale di 5.263), il 32,9% si trova in una condizione critica in cui sono presenti almeno il 20% dei posti liberi rispetto alla capienza. Solo il 12,8% del campione attualmente ha raggiunto la capienza massima consentita.

**Figura 18. Differenza prima e durante pandemia posti RSA/RA**



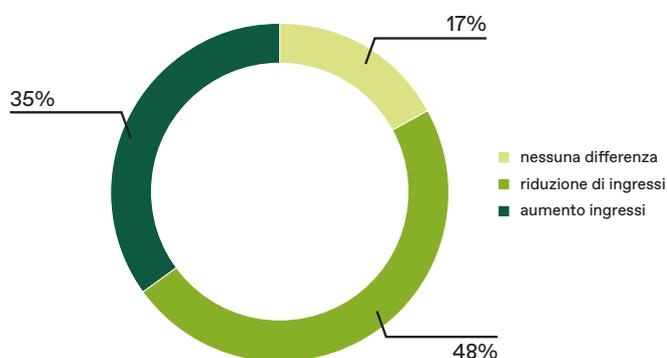
Fonte: elaborazione degli autori.

### ↳ Nuovi ingressi a cavallo della pandemia

Emerge come la situazione pandemica non abbia inciso particolarmente sulla situazione di posti RSA e RA (fig. 18). Si evince dal questionario, infatti, che il 68% delle strutture non ha rilevato alcuna differenza nel numero di posti di tipo RSA tra il pre e il post pandemia e il 63% dichiara la medesima situazione per quanto riguarda i posti di tipo RA. Nonostante ciò, una piccola percentuale dichiara di aver subito una contrazione del numero di posti letto a causa della pandemia (18% per i posti RSA e l'11% per i posti RA), ponendo un'ulteriore criticità nell'ottica di un sostentamento delle stesse strutture.

Infine, la figura 19 mostra le differenze tra la media dei nuovi ingressi prima della pandemia e la media del 2020. In questo caso, tale dato sottolinea come in quasi la metà dei casi i nuovi ingressi siano diminuiti rispetto alla norma.

**Figura 19. Differenza ingressi medi e ingressi periodo emergenza**



Fonte: elaborazione degli autori.

### ↳ Servizi interni

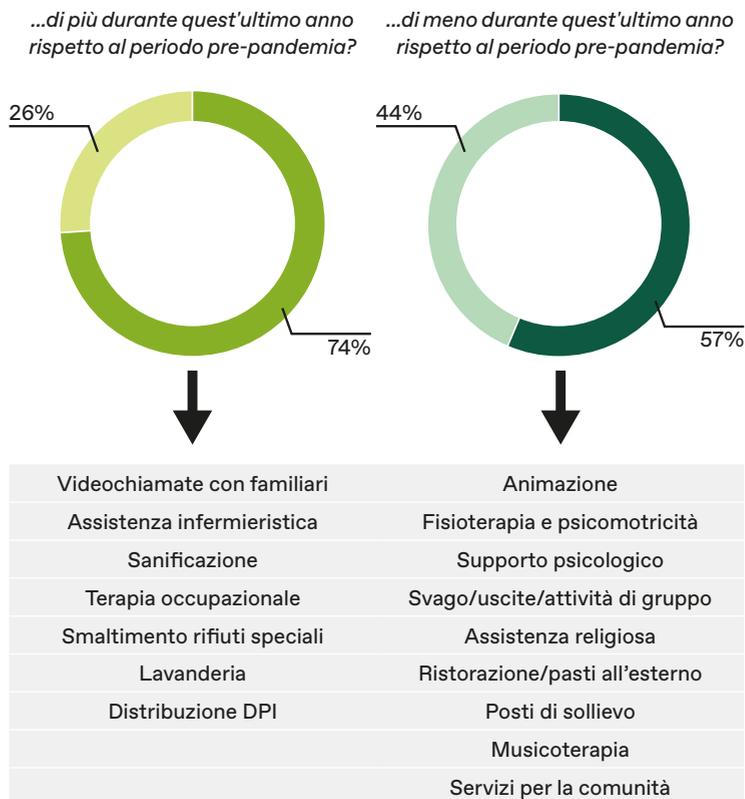
## 3.2.2 Le fragilità nei servizi offerti alla popolazione anziana

Diverse criticità sono state evidenziate in merito ai servizi offerti alla popolazione anziana. Per servizi non si intendono esclusivamente quelli rivolti a ospiti residenti all'interno delle strutture, bensì anche tutti i servizi di assistenza rivolti alla popolazione anziana con fragilità, compresi quelli di assistenza a domicilio.

Per ciò che riguarda strettamente i servizi presenti all'interno delle strutture nei confronti degli ospiti, la figura 20 sottolinea come, durante la pandemia, per ragioni legate all'impossibilità di connettersi con la realtà esterna, sia diminuito l'utilizzo di diverse attività.

### Figura 20. Servizi offerti prima e durante pandemia

Tra i servizi offerti dalla struttura, avete avuto la percezione che alcuni di essi siano stati utilizzati mediamente...



Fonte: elaborazione degli autori.

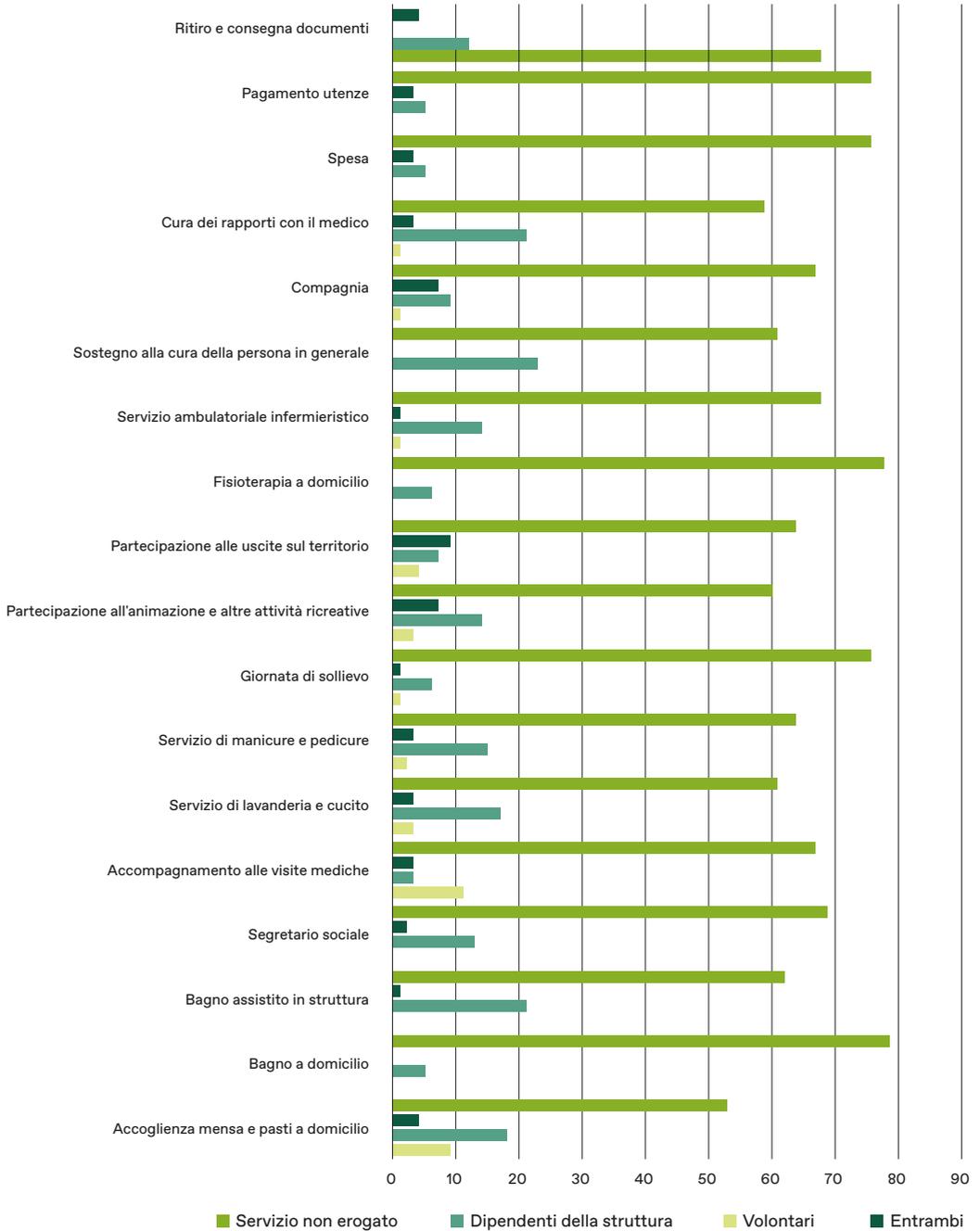
Non sorprende un incremento di servizi volti a fronteggiare l'emergenza pandemica, così come una drastica riduzione di attività di svago ed educative rivolte agli ospiti. Tale aspetto rappresenta una criticità in quanto sottolinea come la pandemia abbia portato a conseguenze negative sul benessere psicofisico degli ospiti, costretti a un isolamento forzato, come ben riassunto in questo contributo:

*La vita per gli anziani nelle strutture in seguito al Covid ha rappresentato un taglio radicale rispetto a quelle che sono le possibilità di mantenere un legame con la famiglia, ma anche con il territorio [...]. Per molti anziani questo isolamento è stato sicuramente deleterio. C'è stato un declino cognitivo perché, effettivamente, sono stati molto meno stimolati all'interno delle strutture ed è mancato questo contatto con l'esterno che è l'elemento vitale.*

Sindaco

Inoltre, si è osservato una difficoltà anche per i servizi rivolti all'esterno (fig. 21).

Figura 21. Servizi erogati attualmente dalle strutture a persone non inserite in struttura



Fonte: elaborazione degli autori.

La difficoltà di erogare servizi alla popolazione anziana fragile con parziali autosufficienze rappresenta uno dei principali aspetti critici riportati dalla maggior parte degli attori sociali che hanno preso parte alla ricerca. In diversi contesti, infatti, emerge sempre più nettamente il rischio di isolamento degli anziani:

*Tutti i servizi (compresi quelli domiciliari) che sono stati interrotti con il Covid hanno aumentato l'isolamento. L'isolamento delle persone è un grandissimo problema trasversale a tutti i contesti.*

Direttore Consorzio

A questo si aggiunge l'aggravante per coloro che vivono in contesti montani o in vallate lontane dai servizi, a forte rischio di isolamento soprattutto durante i mesi invernali. Infatti,

*Nelle zone di montagna capita spesso di trovare persone anziane sole, che non hanno più nessuno [...]. In alcuni casi persone che devono passare dicembre, gennaio, febbraio a 1.500 metri in una baita dove non hanno neanche il riscaldamento. Questi sono casi su cui bisogna intervenire.*

Direttore di struttura

Problematica dalla quale non sono esenti neanche le persone anziane che vivono in contesti cittadini dove, al contrario di chi vive in luoghi lontani dai centri, il rischio è di percepire un maggiore isolamento durante i mesi estivi:

*Il momento in cui l'anziano ha la maggiore percezione di avere o meno degli amici è il periodo estivo perché in estate il desiderio di aggregazione è più forte rispetto all'inverno.*

Sindaco

La solitudine delle persone anziane rappresenta, quindi, una grave problematica, anche alla luce di un cambiamento culturale avvenuto negli ultimi anni:

*Le famiglie moderne sono piccole, giovani, tutti [sono] impegnati dal mattino alla sera in attività lavorative, con figli con vari impegni, non nello stesso luogo in cui vive l'anziano, in alloggi molto piccoli dove difficilmente si trova posto per l'anziano.*

Direttore di distretto

*Solitamente gli anziani sono soli o con figli che lavorano lontano.*

Direttore Consorzio

La tendenza, infatti, allo scarso supporto dei *caregiver* (in termini di mancanza di sportelli di ascolto, punti informativi e formativi) rappresenta un ulteriore aspetto critico. Sempre in quest'ottica, è emerso come anche il ruolo delle assistenti familiari tenda a non essere adeguatamente supportato da servizi formativi e

informativi, portando così a uno spreco di una risorsa preziosa nei servizi di assistenza domiciliare.

Queste varie criticità, tuttavia, non possono essere risolte con progetti di assistenza circoscritti nel tempo o esclusivamente legati all'emergenza, perché, come riportato da un Sindaco, «le sperimentazioni vanno bene, ma non rendono solido il sistema».

Non vengono ritenute abbastanza efficaci a lungo termine le iniziative promosse, spesso da enti privati, perché tendono ad avere una durata limitata. Inoltre, accade spesso che alcuni progetti vengano organizzati senza tenere in conto il contesto territoriale in cui si opera. Questo porta, in alcuni casi, a uno spreco di risorse che potrebbero e dovrebbero essere riorganizzate in modo differente. Per esempio, viene fatto notare come la consegna dei pasti a domicilio non sempre rappresenti un servizio efficace, soprattutto in contesti dove gli anziani vivono in luoghi isolati e distanti l'uno dall'altro: questo comporta una difficoltà oggettiva dell'operatore incaricato alla consegna pasti di raggiungere tempestivamente tutte le persone che vorrebbero usufruire di tale servizio.

### 3.2.3 Le fragilità nelle collaborazioni con realtà esterne

Strettamente connesso con le criticità sopra presentate, legate ai servizi rivolti dalle strutture alla popolazione anziana, un ulteriore blocco di problematiche emerge in merito alle relazioni che le strutture instaurano sia con altre strutture in comuni limitrofi, sia con reti di volontariato e associazioni.

Per quanto riguarda la collaborazione in rete, si evidenzia come, nella maggior parte dei casi, le strutture tendano a isolarsi rispetto ad altre realtà residenziali. Tale scelta viene parzialmente spiegata con la presenza di dinamiche competitive. In altre parole, alcune strutture residenziali, anche per via di una rigidità da parte di chi le amministra, preferiscono evitare di collaborare con altre realtà, con effetti deleteri sul piano dell'offerta, delle possibili sinergie, nonché sul sostentamento economico delle strutture stesse. In aggiunta, in alcuni contesti sussiste un certo campanilismo dei comuni, che preferiscono isolarsi dalla possibilità di creare reti di connessione con altre strutture in comuni adiacenti. Questo comporta la presenza di tante diverse realtà, anche molto vicine tra loro, ma totalmente lontane dal costruire una collaborazione.

Passando, invece, alla collaborazione che le strutture instaurano con volontari singoli, un dato critico che emerge dalla ricerca riguarda la difficoltà a includere sistematicamente volontari all'interno della struttura. Partendo dal presupposto che i volontari rappresentano una risorsa per moltissime strutture, soprattutto per quelle piccole che hanno difficoltà economiche a livello gestionale, il principale problema riguarda l'impossibilità di inquadrare la figura del volontario nel rispetto delle normative vigenti.

↳ Collaborazioni tra strutture

↳ Collaborazioni con volontari

Infatti, accade spesso che ai volontari vengano delegate azioni che rischiano di andare contro le leggi in vigore:

*In alcune strutture piccole c'è quel volontario che, tutti i giorni, viene in struttura, prende tutto ciò che serve e va a svolgere diversi servizi. È un impegno grosso, ma se non ci fossero sarebbe un problema. Ma questo deriva da un problema nel sistema organizzativo.*

Direttore di struttura

Un ulteriore problema riguarda la mancanza di ricambio generazionale tra i singoli volontari, sempre più spesso caratterizzati da persone anziane, come spiegato in questo caso:

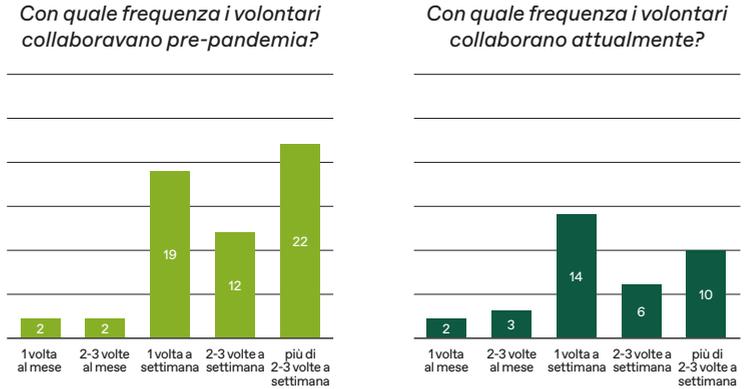
*Il volontariato ultimamente sta diventando anziano. I nuovi volontari stentano di più: giovani leve hanno più difficoltà a mettere a disposizione del tempo della propria giornata.*

Responsabile di struttura

La mancanza di una connessione dei giovani con le strutture residenziali trova conferma nel dato sulla presenza di volontari del Servizio Civile Nazionale: solo il 5% del campione rispondente al questionario, infatti, dichiara di collaborare attualmente con volontari del Servizio Civile Nazionale.

In aggiunta, la pandemia ha costretto le strutture a rinunciare drasticamente al contributo di volontari. Delle strutture che hanno risposto al questionario, infatti, 55 hanno riferito di avere avuto collaborazioni con volontari singoli. Di queste 55, però, circa la metà (25) hanno riferito di non avere più attualmente contatto con reti di volontari. Rispetto a chi già prima della pandemia non aveva all'attivo collaborazioni con reti di volontari (28), poco è cambiato e solo tre strutture hanno attivato, a oggi, delle collaborazioni. Questo dato, tuttavia, evidenzia non solo come la pandemia abbia avuto conseguenze negative sull'apporto dei volontari, ma come in alcuni casi non ci sia stata una collaborazione nemmeno durante il periodo pre-pandemico. Una criticità pericolosa, in quanto spesso i volontari costituiscono una risorsa del territorio che garantisce la connessione degli ospiti con la comunità locale. Oltre al dato sulla presenza o meno dei volontari in strutture residenziali, i dati confermano la riduzione drastica del contributo dei volontari particolarmente nel periodo di emergenza pandemica (fig. 22).

**Figura 22. Frequenza settimanale volontari singoli prima della pandemia e attualmente**

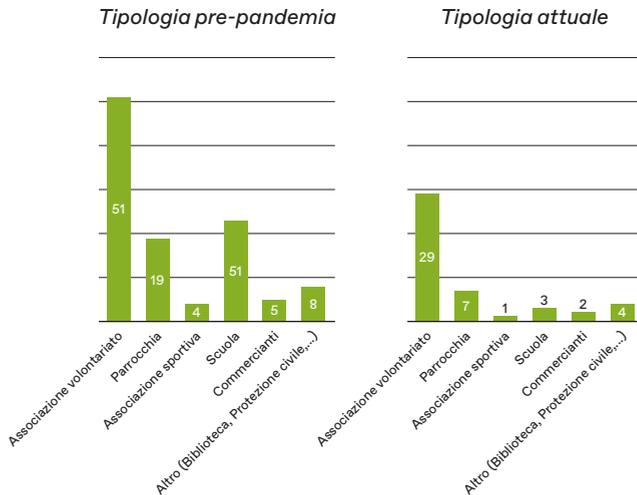


Fonte: elaborazione degli autori.

### ↳ Collaborazioni con associazioni

Si è, inoltre, ridotta anche la collaborazione tra le strutture residenziali e le associazioni presenti sul territorio. Infatti, anche in questo caso emerge una criticità laddove diverse strutture (23) riferiscono di non avere al momento rapporti con associazioni rispetto alle collaborazioni attive in periodo pre-pandemico. Alcune strutture hanno dovuto forzatamente interrompere le collaborazioni a causa della pandemia e un numero non trascurabile di strutture non hanno avuto collaborazioni neanche in passato (29), evidenziando una tendenza a essere poco connesse con il territorio circostante e, quindi, a forte rischio di isolamento.

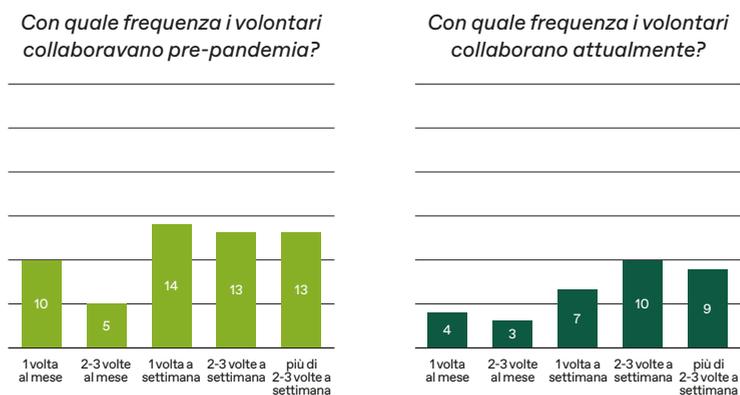
**Figura 23. Tipologia associazioni in collaborazione con struttura prima della pandemia e attualmente**



Fonte: elaborazione degli autori.

Tra le associazioni con cui si è avviata una collaborazione, nella maggioranza dei casi si tratta di associazioni di volontariato (sia prima della pandemia che attualmente), a cui seguono contatti con le parrocchie e con le scuole del territorio. È evidente il confronto in negativo dato dalla presenza di collaborazioni prima della pandemia rispetto a oggi. Questo dato riflette la perdita di connessioni con realtà importanti che permettono anche uno scambio generazionale (pensando, per esempio, alla scuola). Scarsa la collaborazione, riferita sia ora che in passato, con associazioni sportive, con commercianti o altre associazioni e gruppi, come biblioteca e protezione civile (fig. 23).

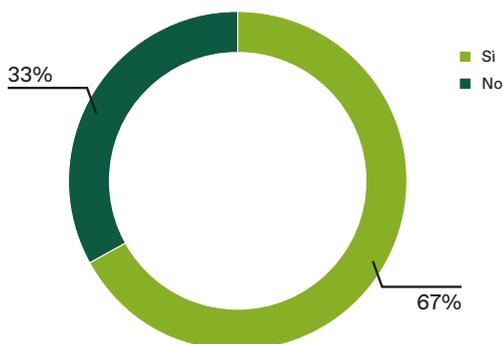
**Figura 24. Frequenza settimanale associazioni prima della pandemia e attualmente**



Fonte: elaborazione degli autori.

In conclusione, diverse sono state le strutture rispondenti che hanno evidenziato come la pandemia abbia obbligato a interrompere la collaborazione con associazioni, quali, per esempio, la Croce Rossa, le associazioni enogastronomiche, gli alpini, la proloco (fig. 25).

**Figura 25. Percentuale interruzione collaborazione con associazioni causa pandemia**



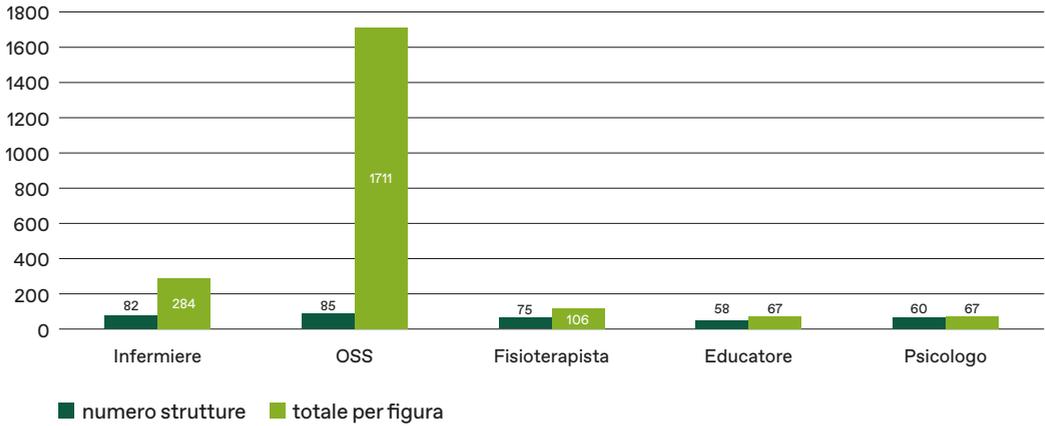
Fonte: elaborazione degli autori.

### 3.2.4 Le fragilità legate al personale

Una delle ulteriori criticità emerse riguarda il ruolo e la presenza di personale all'interno delle strutture. È parere comune come sia sempre più diffuso un problema di reclutamento del personale infermieristico e di operatori socio sanitari (OSS). La pandemia, infatti, ha esasperato la difficoltà a reperire personale, specie in strutture piccole, isolate dai centri cittadini. A questo si aggiunge un continuo *turnover* del personale che, inevitabilmente, abbassa la qualità dei servizi nelle strutture e pone un problema per gli ospiti, costretti a relazionarsi continuamente con nuove figure professionali. Inoltre, gli infermieri e le altre figure professionali stabilmente presenti all'interno di una struttura si trovano costrette regolarmente a periodi di affiancamento per i nuovi arrivati. A questo si aggiunge una difficoltà per gli infermieri di gestire un'eccessiva quantità di responsabilità, come quella del rapporto con le famiglie (in diversi casi non soddisfatte dei servizi offerti) o del coordinamento e comunicazione con il personale OSS, in diversi casi complessa, come evidenziato da questo operatore infermieristico: «se hai una buona coordinatrice delle OSS riesci anche a confrontarti, ma molte volte la coordinatrice non c'è neanche».

In generale, la mancanza di personale, secondo gli esperti del settore, delinea una situazione problematica per le strutture residenziali, sia oggi che nel prossimo futuro: una copertura oraria insufficiente dell'infermiere in una struttura può essere, infatti, motivo per non garantire i servizi minimi di assistenza richiesti dagli ospiti e, quindi, chiudere la struttura. Tale problema riguarda principalmente le piccole realtà che non dispongono di un adeguato ricambio di personale: «quando sei in una piccola struttura, se manca un infermiere rischi di chiudere la struttura» sostiene un direttore di struttura. Il grafico in figura 26 riporta dati riferiti alla presenza di diverse figure professionali: fisioterapisti, educatori e psicologi, oltre a infermieri e OSS. La media di infermieri presenti al momento della compilazione del questionario da parte delle strutture rispondenti corrisponde a 3,5 (min.1, max.10), ma diverse piccole strutture riportano di avere un solo infermiere; lo stesso emerge per gli OSS che, nonostante una media di circa 20 (min.2, max.67), in diversi casi risultano in non più di due per struttura.

Figura 26. Presenza personale dipendente e/o consulente



Note. Per ciascuna figura professionale, due strutture non hanno fornito risposte.

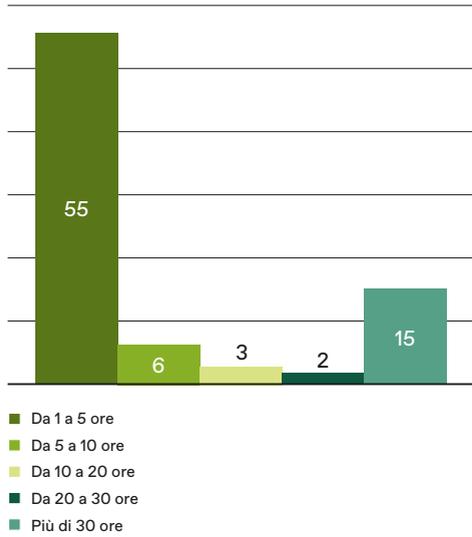
Fonte: elaborazione degli autori.

#### ↳ Monte ore

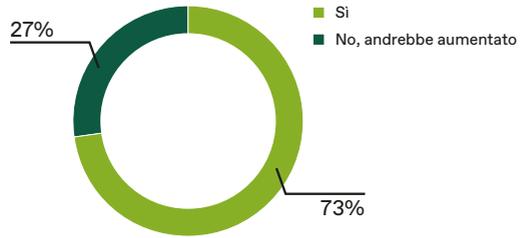
Oltre alla scarsa presenza e alla difficoltà di reperimento, problema noto da tempo e strettamente legato a questioni normative, è il numero di ore a disposizione delle figure professionali. Tutto sommato, la maggior parte delle strutture valuta adeguato il monte ore di OSS e personale infermieristico ma, come evidenziato dai seguenti grafici dedicati a tali figure, diversi sono i casi di un sovraccarico di lavoro durante la pandemia. Rimane da valutare quanto ciò abbia inciso sulla qualità del lavoro e sui livelli di stress del personale (fig. 27).

Figura 27. Monte ore infermiere e OSS

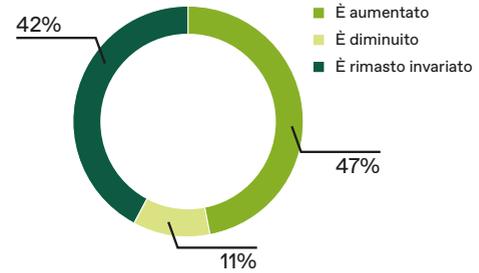
## Monte ore settimanale per l'infermiere



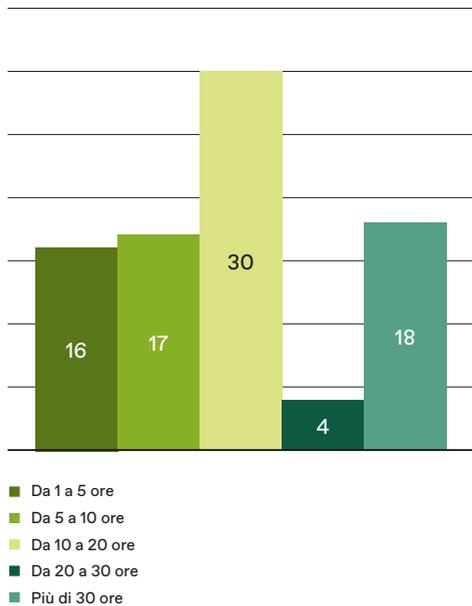
## Il monte ore è adeguato per l'infermiere?



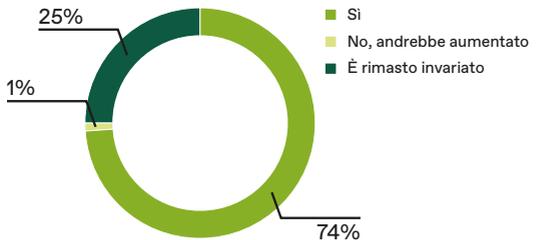
## Durante l'ultimo anno è cambiato mediamente il monte ore settimanale per l'infermiere?



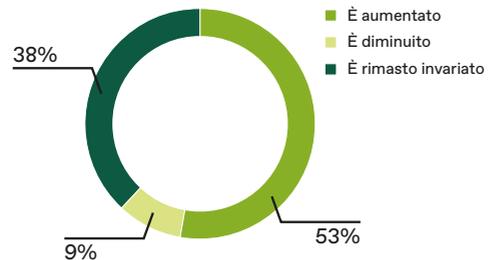
## Monte ore settimanale per l'OSS



## Il monte ore è adeguato per l'OSS?



## Durante l'ultimo anno è cambiato mediamente il monte ore settimanale per l'OSS?



Fonte: elaborazione degli autori.

↳ **Necessità di aumentare le competenze relazionali e gestionali**

Oltre alle difficoltà appena descritte, un ulteriore aspetto problematico emerso da questa ricerca riguarda la qualità dei servizi offerti dal personale infermieristico e socio sanitario:

*Mancano le figure professionali motivate, nel senso che se prendiamo gli OSS, la modalità di formazione regolata a livello regionale segue regolamenti particolari, con priorità su chi ha perso il lavoro. Ma il rischio qual è? È che ci siano delle persone che hanno svolto un lavoro del tutto diverso per 20 anni e adesso vengono catapultate con un lavoro sulle persone anziane in difficoltà.*

Membero Commissione vigilanza

Nella fattispecie, diversi attori sociali denotano una scarsa competenza relazionale delle figure professionali nel lavoro di assistenza. Tale aspetto viene rimarcato principalmente da chi opera in piccole strutture, in quanto in quei casi l'attenzione alla relazione con la persona anziana rappresenta un aspetto di primaria importanza. Se da una parte l'assistenza sanitaria risulta efficace, di contro emerge una scarsa volontà o propensione del personale interno nel considerare l'importanza della relazione e di limitarsi esclusivamente a un trattamento prestazionale di assistenza sanitaria. Queste difficoltà nello sviluppare competenze relazionali trovano differenti spiegazioni all'interno della ricerca. In un caso, per esempio, rispecchiano un vecchio paradigma assistenziale incentrato sulla cura intesa come assistenza capace di assicurare risposte ai bisogni primari e sanitari. Tale criticità culturale trova riscontro anche nell'approccio dei responsabili di struttura e dei direttori sanitari, in diversi casi ancorati all'idea di una struttura efficiente solo sulla base di un'assistenza socio sanitaria puntuale. Un altro fattore sottostante queste criticità è la formazione, spesso ritenuta inadeguata (o quasi assente per altre figure professionali, come i direttori di struttura):

*Bisogna qualificare e aggiornare sempre di più i direttori delle strutture. Devono essere non solo dei bravi direttori amministrativi, ma devono essere anche capaci di vitalizzare la struttura, cioè renderla viva da tutti i punti di vista.*

Assistente sociale

Strettamente collegato alla formazione è il discorso del reperimento di future figure professionali, soprattutto OSS: tali figure, come già accennato sopra, nella maggior parte dei casi non hanno le giuste motivazioni al lavoro di cura, ma vedono in questa mansione una delle poche possibilità occupazionali (essendo in buona parte dei casi persone con bassa scolarità o precedentemente disoccupate). Non bisogna dimenticare, infine, che il prendersi cura della relazione necessita non solo di tempo e motivazione, ma anche di formazione continua, altresì di una attenzione verso la persona, che deve essere riconosciuta tale anche quando

la stessa diviene dipendente dall'aiuto fornito dagli altri: invece, sostiene un presidente di struttura, è comune la prassi secondo la quale «finita la scuola da OSS, formazione non se ne fa».

Come già citato sopra, il carico di lavoro eccessivo e il poco tempo a disposizione di infermieri e OSS nel prendersi cura dei diversi aspetti di una persona rappresentano una difficoltà oggettiva che riduce le possibilità di prestare attenzione alla relazione interpersonale con l'ospite:

*La relazione è tutto. Perché un conto è dare una pastiglia in un modo, un conto è dare una pastiglia con un sorriso e augurare buona giornata. Non lavoriamo mai abbastanza su questo.*

Collaboratore di struttura

Ovviamente l'importanza della relazione non riguarda solo coloro che operano all'interno delle strutture residenziali, ma anche in chi è deputato all'assistenza domiciliare. Per esempio, le persone anziane con fragilità che usufruiscono di un'assistenza domiciliare prima di ricevere un qualsiasi servizio (come assistenza sanitaria, tutelare o una semplice consegna pasti) necessitano di una relazione con l'operatore che si reca a casa loro. Tale aspetto è fondamentale per superare problemi di diffidenza che, inizialmente, possono insorgere da parte degli anziani che vivono a casa. Non bisogna mai dimenticare che, nei servizi a domicilio, si entra in un contesto di vita dell'anziano molto intimo, costituito da storie ed esperienze: la cura, quindi, passa anche attraverso l'ascolto e la capacità di instaurare un rapporto fiduciario e rispettoso della persona e dei suoi spazi:

*La casa delle persone è sacra. La casa di altri non è la nostra, quindi l'operatore che entra in una casa non deve avere divise, non ha alcun senso se vuole entrare nell'ottica dell'aiuto. Non si può pensare a un robot che offre un servizio.*

Collaboratore di struttura

*La casa rappresenta uno stimolo grande per la persona anziana. La casa vuol dire uno scrigno di ricordi, una storia che va avanti.*

Medico di famiglia

↳ **Trade-off gestionale: garantire la sostenibilità e ricercare modelli alternativi**

Come già accennato sopra, le criticità legate al personale non emergono solo per infermieri e OSS, ma anche per responsabili di struttura e direttori sanitari.

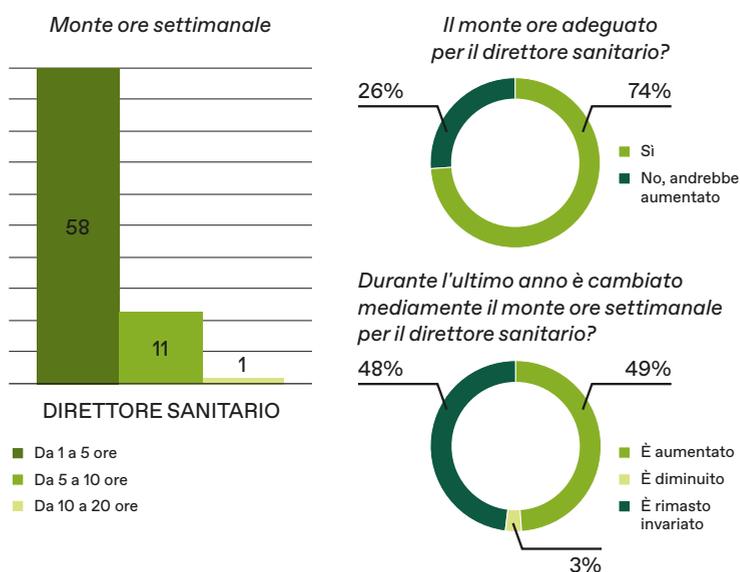
Proporre nuovi modelli di residenzialità non è possibile senza una predisposizione da parte di chi dirige e gestisce le attuali strutture a voler "vedere" un nuovo modello e a "immaginare l'accoglienza" in modo da far sentire l'ospite il più possibile a proprio agio. Sono diversi gli intervistati che denotano una certa rigidità di pensiero e di volontà nel promuovere un cambiamento da parte di alcuni direttori di struttura. In alcune circostanze, infatti, i direttori sono costretti a concentrarsi sull'efficienza dei servizi sanitari erogati e sul raggiungimento dell'equilibrio finanziario per questioni di sostenibilità

### Il direttore sanitario: limiti e potenzialità

della struttura. Tutto ciò si traduce in un approccio principalmente tecnico amministrativo, acritico e quasi esclusivamente incentrato sulla ricerca di nuovi finanziamenti per poter sopperire alle perdite, con una conseguente minore attenzione verso la ricerca di altre soluzioni e altre possibilità di modelli residenziali.

Per quanto riguarda i direttori sanitari, dai questionari si rileva che non tutte le strutture dispongono di questa figura (70 su 85 risposte) e, quando presente, il suo ruolo si limita a compiti amministrativi, mentre un direttore sanitario dovrebbe costituire una figura potenzialmente rilevante nella gestione del sistema, garantendo una buona accoglienza, e conseguente gestione, della persona accolta all'interno della struttura. Come si può notare dalle figure seguenti, infatti, il direttore sanitario non è presente per un elevato numero di ore settimanali nella maggioranza dei casi, anche se alcune strutture lo ritengono un numero adeguato di ore (fig. 28).

**Figura 28. Monte ore del direttore sanitario**



Fonte: elaborazione degli autori.

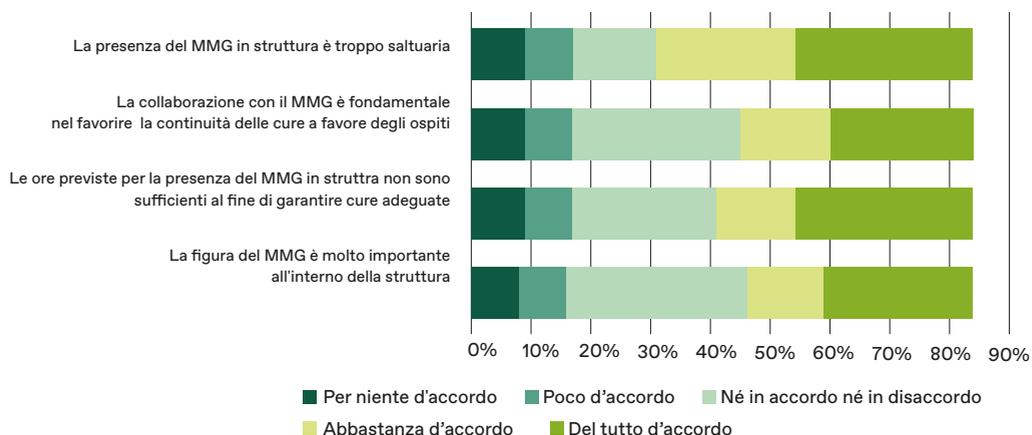
### La funzione del MMG

Un'ulteriore criticità riguarda il ruolo del Medico di Medicina Generale (MMG) all'interno delle strutture. In alcuni casi, infatti, emerge come il direttore sanitario – avendo le competenze – potrebbe svolgere mansioni di tipo medico che, invece, vengono totalmente delegate ai MMG, che mantengono il rapporto professionale con i propri mutuat, anche nel momento in cui questi vengono inseriti nelle strutture residenziali, confinando i direttori a mansioni più amministrative.

Il rapporto tra MMG e strutture residenziali costituisce un elemento ancora oggi confuso, che meriterebbe una maggiore definizione dei ruoli. Gli infermieri, così come tutto il personale delle strutture, fanno riferimento ai MMG in quanto già medici da prima del loro ingresso in struttura. Si consideri che in grandi strutture

(con più di 100 ospiti) in media il direttore e gli infermieri sono in contatto con 30-40 MMG. Ognuno di essi non si reca quasi mai in struttura, se non in casi emergenziali. Di conseguenza, molto tempo viene impiegato da direttori e infermieri per contattare questi MMG, con uno spreco di tempo non indifferente (cambi di terapia e altre decisioni mediche).

**Figura 29. Considerazioni sul MMG in struttura**



Fonte: elaborazione degli autori.

Dal grafico riportato in figura 29 si osserva come la presenza del MMG all'interno della struttura sia considerata troppo saltuaria, con un numero di ore inadeguato. Segnaliamo, inoltre, che meno di dieci strutture (su 85 rispondenti) dichiarano di disporre all'interno di un medico.

### 3.3 Le riflessioni sui possibili miglioramenti

Numerosi spunti di riflessione sono emersi durante la ricerca. Prima di entrare nel dettaglio su quali alternative e nuovi modelli di residenzialità sono stati proposti dai diversi attori sociali che hanno preso parte alla ricerca, alcuni presupposti iniziali meritano una considerazione.

È parere comune che le residenze per anziani nella provincia di Cuneo rappresentino delle risorse imprescindibili per le comunità in cui sono inserite, come evidenzia un presidente di struttura: «le case di riposo sono comunità nelle comunità e contribuiscono a mantenere la gente in montagna». Di conseguenza, la soluzione non è chiudere le strutture, bensì cercare di focalizzarsi sulle risorse di ciascuna, anche in stretta relazione al territorio in cui sono presenti e alla rete locale dei servizi. Chiudere una struttura residenzia-

le, infatti, non è un'azione che può essere presa con facilità perché, come sostiene un direttore di struttura, «la perdita di una struttura è la perdita di un servizio, di un qualcosa di vivo che esiste in un paesino. Quindi chiuderle è pesante. È un aspetto anche psicologico».

Inoltre, soprattutto in alcune piccole realtà, esse rappresentano la principale fonte di sostentamento economico del territorio in cui sono inserite. È necessario pensare a interventi tarati sul territorio in base alle esigenze rilevate e nel rispetto dell'identità e delle tradizioni dei contesti in cui le strutture sono inserite. Questo, in realtà, presuppone di immaginare a una riorganizzazione di tutti i servizi assistenziali e sociali rivolti alla popolazione anziana, con una visione flessibile che non tenda ad adottare un modello generale a ogni realtà territoriale. Tutto ciò, a partire da un cambiamento culturale volto ad abbattere gli stereotipi che caratterizzano le strutture residenziali, spesso intese come luoghi di mera custodia chiusi all'esterno.

### 3.3.1 La predisposizione di nuovi servizi rivolti agli anziani

La ridefinizione delle strutture per persone di età avanzata e la risposta alle numerose e differenziate necessità poste dalla popolazione anziana implica la necessità di pensare a nuovi servizi e nuove attività, rivolte non solo agli ospiti residenti in struttura, ma anche a persone non residenti. Tali proposte prevedono servizi e interventi che non si limitino a circoscrivere il discorso alle singole residenze o alla popolazione anziana parzialmente autosufficiente. L'idea di fondo che emerge è di pensare a servizi che vedano l'assistenza a domicilio e l'ingresso in struttura come due poli di uno stesso *continuum*, in cui sono offerte varie possibilità all'anziano fragile o, con le parole degli attori sociali, «la struttura deve essere complementare ai servizi dedicati alle cure domiciliari. Non devono essere due mondi a parte». In altre parole, è necessario pensare a nuovi servizi e modelli partendo dalla conoscenza dei bisogni e delle esigenze dell'anziano inserito in un contesto. La sfida attuale è anche quella di non riproporre il modello che si è configurato a seguito dell'emergenza pandemica, ma è necessario proporre alternative, come ben spiegato in questo esempio:

*Veniamo dall'emergenza, il rischio è che il modus operandi rimanga quello dell'emergenza. Dobbiamo immaginare il futuro e attrezzarci, progettare in base alle esigenze future. Altrimenti saremo sempre in ritardo.*

Responsabile Consorzio

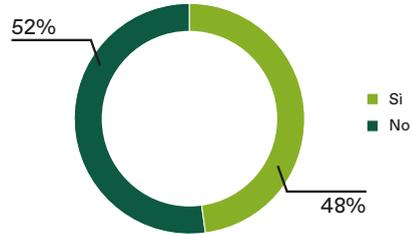
↳ Lo shock positivo della pandemia sull'adozione di nuovi strumenti

La pandemia non ha avuto esclusivamente conseguenze negative, in quanto ha sollecitato la creatività di alcuni direttori di struttura e del personale nel trovare valide alternative all'impossibilità di svolgere le tipiche attività educative e di animazione e pro-

muovere il più possibile il benessere psicofisico dell'anziano. Dal questionario emergono numerosi esempi di attività alternative messe in atto da circa la metà delle strutture rispondenti (fig. 30).

### Figura 30. Attività alternative causa pandemia

*Durante quest'ultimo anno di pandemia non è stato possibile svolgere alcun tipo di attività extra-ordinarie, come soggiorni al mare in montagna, uscite al mercato, ecc. Per far fronte a quest'emergenza, avete organizzato attività alternative?*



Fonte: elaborazione degli autori.

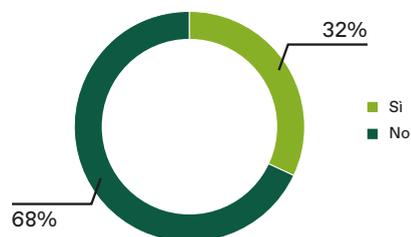
Di seguito una lista di tipologie di attività alternative:

- attività di orto e giardinaggio;
- tornei di bocce/bowling;
- attività enigmistica;
- feste e canti;
- laboratori di cucina/bricolage;
- cene a piccoli gruppi con pizza;
- videochiamate ai familiari;
- viaggi virtuali.

Diverse strutture residenziali, quindi, non intendono meramente riprogrammare le attività sospese per via della pandemia, come gite, soggiorni al mare o in montagna, assistenza domiciliare o laboratori di musicoterapia, ma anzi avere uno sguardo aperto al futuro e a nuove possibilità. Come si evince dal grafico in figura 31, alcune strutture rispondenti al questionario hanno manifestato la necessità di pensare a nuove attività e servizi nell'arco del prossimo anno.

### Figura 31. Previsione aggiunta nuove attività

*Avete in programma nell'arco del prossimo anno di aggiungere nuove attività?*



Fonte: elaborazione degli autori.

Di seguito una lista di proposte emerse:

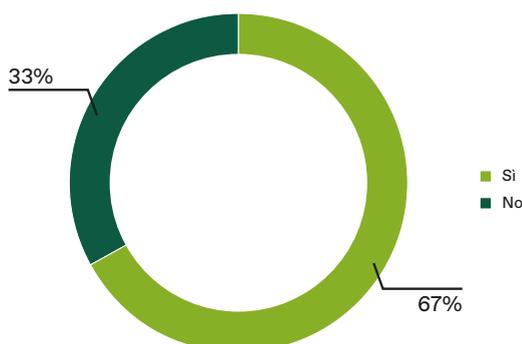
- attività con scuole/parrocchie;
- attività sostegno psicologico e comportamentale;
- iniziative di sinergia territoriale (eventi formativi e informativi, divulgativi, momenti di incontro, sportelli di ascolto, gruppi di auto mutuo aiuto);
- centro diurno;
- attività a domicilio;
- accoglienza per brevi soggiorni;
- corsi di cucina/giornate gastronomiche;
- supporto a persone che hanno sofferto molto stare in casa durante la pandemia;
- escursioni fuori comune;
- ginnastica regolare (2-3 volte a settimana);
- musicoterapia;
- *snozelen room* (stanza sensoriale) per persone esterne;
- *pet therapy*;
- sostegno psicologico ai parenti;
- ortoterapia.

↳ La connessione con il contesto esterno e la promozione del *continuum* di servizi

Come si può notare da questo elenco, è evidente come alcune strutture tendano a considerare non solo gli ospiti, ma anche le persone esterne alla struttura. Inoltre, molte di queste attività e servizi – come eventi formativi e informativi, soggiorni temporanei, o centri diurni – rispecchiano una visione di servizi pensati come interventi a lungo termine e non circoscritti nel tempo e, inoltre, volti a definire una maggiore sinergia territoriale. A tal proposito, emerge anche la necessità di fornire e/o potenziare servizi che ritardino il più possibile l'ingresso in struttura delle persone anziane fragili (fig. 32).

**Figura 32. Servizi a domicilio**

*Ritiene debbano essere forniti e/o potenziati servizi a domicilio che ritardino il più possibile l'ingresso in struttura delle persone in età avanzata?*



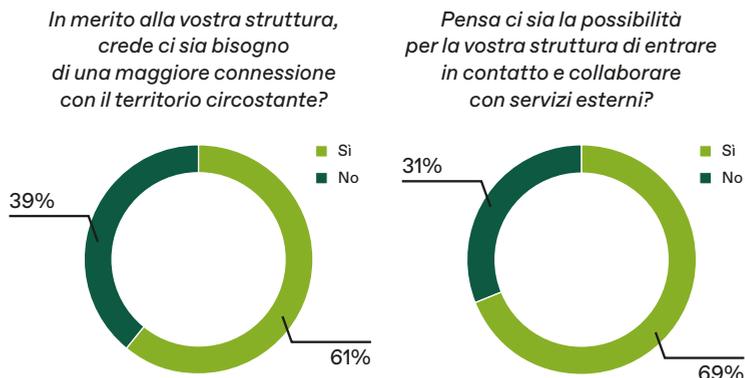
Fonte: elaborazione degli autori.

Le modalità proposte per raggiungere tale obiettivo sono numerose:

- visite a domicilio regolari in collaborazione con ASL, un servizio infermieristico e di OSS a livello di valle che non gravi come spesa sulla struttura;
- assistenza tutelare;
- assistenza infermieristica;
- assistenza riabilitativa;
- prevenzione rivolta all'anziano per uno stile di vita sano (alimentazione, mobilità, igiene personale);
- accompagnamento della famiglia nella ricerca di assistenza privata;
- collaborazione con la struttura per ingressi diurni periodici come aiuto alle famiglie;
- collaborazione con il Comune e con i servizi sociali del territorio;
- previsione della figura dell'OSS e infermiere itinerante;
- ausilio di strumenti elettronici;
- presenza di geriatria per fasi acute (per evitare ricoveri impropri in psichiatria).

Da questi esempi emerge la necessità di supportare e accompagnare il più possibile gli anziani a casa, attraverso una buona organizzazione dei vari tipi di assistenza possibili. Inoltre, risulta fondamentale attivare azioni di sostegno e supporto agli anziani, così come anche ai *caregiver* e alle assistenti familiari. Per supporto si intende sia aiutare gli anziani e le famiglie ad accedere a tutti i servizi che il sistema socio sanitario mette a disposizione (in un'ottica di eguaglianza di accesso), sia un supporto psicologico rivolto ad anziani e famiglie qualora ne avessero bisogno.

Un ulteriore spunto di riflessione che si evidenzia nella predisposizione di nuovi servizi riguarda la necessità di porre maggiore attenzione all'interazione delle strutture con volontari e associazioni presenti sul territorio. Come si può notare dal seguente grafico, molte strutture rispondenti credono fortemente nella possibilità di connettersi con il territorio circostante e l'intera comunità (fig. 33).

**Figura 33. Struttura e connessione con territorio**

Fonte: elaborazione degli autori.

Per far questo, alcune proposte sono elencate di seguito come tentativo di connettersi al territorio:

- collaborazione con associazioni di volontariato;
- apertura di servizi al territorio circostante;
- sensibilizzazione della popolazione attraverso i servizi sociali;
- sviluppo e maggior coinvolgimento della rete locale;
- interazione con il Comune;
- aumento degli scambi con le scuole;
- creazione di una rete condivisa con le istituzioni locali (per esempio Comuni, ASL, Regione, servizi sociali, fondazioni bancarie, mondo del non profit e del volontariato, scuole e università).

Come si può notare, buona parte delle strutture rispondenti ritiene rilevante il ruolo dei volontari e delle associazioni (di volontariato, di commercianti, della parrocchia). A tal proposito, diversi attori sociali sottolineano la necessità di connettere sempre più giovani al volontariato nell'ottica di creare continuità generazionale, così come intensificare anche la collaborazione con le scuole. In generale, l'anziano dovrebbe essere inserito in comunità e a contatto con i giovani, costituendo una risorsa e non un peso.

In conclusione, l'idea di fondo nella predisposizione di nuovi servizi prevede di pensare, rispetto alla situazione attuale, a una maggiore connessione delle strutture con il territorio circostante. Una richiesta che proviene dalle strutture stesse, a prescindere dalla tipologia o dalla collocazione territoriale, così come da diversi *stakeholder*. Inoltre, qualsiasi progetto di assistenza alla popolazione anziana non deve essere circoscritto, ma avere una visione a lungo termine. È noto che avere una progettualità a lungo termine nell'assistenza può avere il vantaggio di evitare le frequenti e inappropriate ospedalizzazioni dell'anziano fragile che, nei momenti di difficoltà, spesso è portato a utilizzare questo servizio in quanto non vi sono valide alternative sul territorio, anche perché non percepisce o non è a conoscenza del possibile supporto che i servizi potrebbero fornire.

### 3.3.2 La formazione adeguata del personale

Alla luce delle diverse criticità relative al personale a contatto con anziani parzialmente o non autosufficienti, dalla ricerca emergono alcune proposte inerenti all'acquisizione di maggiori competenze professionali per diverse figure, tra cui infermieri, OSS, direttori di struttura, così come medici e assistenti sociali.

Tali proposte vanno considerate a prescindere dalle difficoltà legate a questo periodo storico, come la scarsa disponibilità nel reperimento di figure professionali (quali infermieri e OSS) e le varie problematiche, sempre riferite a queste figure, legate al minutaggio nelle strutture.

In generale, le principali proposte rivolte al personale in struttura, così come a coloro che offrono servizi di assistenza domiciliare, riguardano la necessità di riorganizzare la formazione di base e continua a loro dedicata:

*Incontrare l'altro è sempre uno stimolo importante, soprattutto quando sappiamo benissimo che sulle condizioni dell'invecchiamento incide l'atteggiamento. Essere positivo, ottimista, vivace incide in qualche modo.*

Sindaco

↳ La centralità delle competenze relazionali

La principale proposta deriva dalla volontà di sopperire alle scarse competenze relazionali spesso necessarie nel lavoro di cura con anziani fragili e non autosufficienti. Come segnala il personale infermieristico: «la condivisione, l'ascolto, la relazione. La relazione è tutto nel nostro lavoro». Ciò costituisce un aspetto decisamente rilevante quando gli operatori si trovano ad affrontare situazioni critiche, come per esempio anziani colpiti da particolari patologie. È pertanto necessaria una formazione che ponga sempre maggiore attenzione allo sviluppo di competenze e che non si limiti ad aspetti tecnici strettamente legati alla mansione:

*Pochi sono quelli formati e, tra quelli formati, pochi hanno la motivazione all'altezza del lavoro da svolgersi, oltre la professionalità.*

Medico UVG

↳ La formazione dei direttori di struttura

Questo passaggio viene definito necessario per superare vecchi paradigmi assistenziali poco flessibili alle esigenze delle persone anziane.

Quando viene discusso il tema di una formazione adeguata, non si pensa esclusivamente alle principali figure a contatto con persone anziane fragili come infermieri e OSS, ma, secondo l'opinione di diversi attori sociali, tale formazione dovrebbe essere dedicata anche ad altre figure, tra cui direttori di struttura, assistenti sociali, educatori e medici. Solo in questo modo si potrebbe

uscire da modelli di assistenza esclusivamente legati ad aspetti di carattere biomedico, spesso reiterati dalle stesse figure sanitarie:

*Bisognerebbe attivare corsi per direttori di struttura improntati sul concetto di residenza come “nuovo domicilio” per costruire spazi e tempi sulla base dei bisogni di insieme e individuali di coloro che vivono quello spazio e quel tempo. Si tratta di essere in grado di strutturare e destrutturare per far sì che ambienti e organizzazioni possano rinnovarsi e modellarsi per costruire nuove comunità di vita. Ridefinire quindi la quotidianità delle strutture nel passaggio dal “posto letto” ad ambiente di vita.*

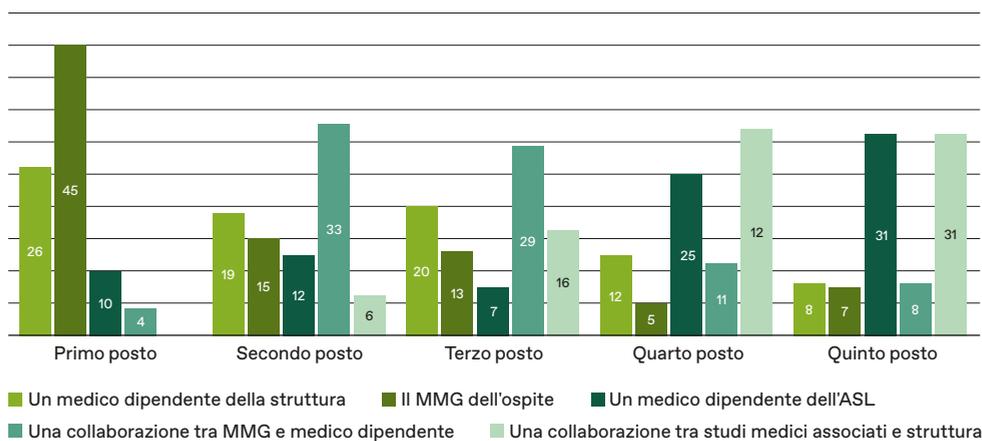
Direttore di struttura

Inoltre, una formazione che includa anche figure come gli assistenti sociali permetterebbe di creare una maggiore continuità nei servizi rivolti alla popolazione anziana fragile.

#### MMG in struttura

In merito al ruolo controverso del MMG in struttura, un ulteriore spunto di riflessione nasce dalla volontà di chiarirne la posizione. Una sintesi delle proposte può essere rintracciabile nel grafico riportato in figura 34. In particolare, è stato chiesto a ciascuna struttura di mettere in classifica cinque diverse opzioni nel rapporto tra struttura e figura sanitaria di riferimento.

Figura 34. Classifica possibili rapporti MMG e struttura



Fonte: elaborazione degli autori.

Nella maggior parte dei casi, le strutture riferivano come il MMG dovesse essere la figura sanitaria di riferimento per l'ospite (in quanto già referente dell'ospite prima dell'inserimento di quest'ultimo in struttura). Tuttavia, in diversi casi emergeva la possibilità di pensare a una collaborazione tra il MMG e un medico dipendente della struttura. Questa condizione evidenzia la volontà di accrescere la comunicazione tra medici e la possibilità di avere una figura stabile all'interno della struttura, che permetta di gestire gli aspetti quotidiani di assistenza, oltre che svolgere una mansione

di coordinamento tra medici. In alcuni casi, è anche emerso come il direttore sanitario dovrebbe svolgere tale ruolo di coordinamento e non limitarsi a questioni amministrative. Pensare alla creazione di una collaborazione tra studi medici associati e strutture è apparsa poco convincente come opzione, così come quella di avere un medico dipendente dell'ASL come referente principale.

Sempre nell'ottica di una maggiore propensione al coordinamento, alcune proposte hanno evidenziato la necessità di migliorare e accrescere la comunicazione all'interno della struttura tra infermieri e OSS; in tal senso, una soluzione potrebbe essere quella di disporre di figure di coordinamento per OSS che mantengano una connessione con il personale infermieristico e, allo stesso tempo, si occupino della gestione del proprio comparto per una cura integrata dell'ospite. Questo andrebbe a sopperire un limite notato dal personale infermieristico, secondo il quale «nelle OSS spesso manca il lavoro di gruppo».

### 3.3.3 La creazione di reti di strutture residenziali

Un importante spunto di riflessione emerso durante la ricerca riguarda la possibilità, da parte delle strutture residenziali, di costruire una rete con altre strutture presenti in comuni limitrofi e/o con caratteristiche simili. Tale spunto di riflessione nasce dalla necessità di far fronte alle criticità legate alla sostenibilità, soprattutto di quelle piccole e/o isolate. Alcune collaborazioni sono o erano già in atto con l'obiettivo, per esempio, di creare un elenco comune delle richieste di ospitalità e lo scambio tra i direttori di struttura di informazioni e strategie di intervento, come affermato di seguito:

*Mettere insieme delle persone che avevano fatto i direttori, era uno scambio grande, ricco. Permetteva anche di dare una visione più omogenea della struttura.*

Assistente sociale

Tuttavia, l'intenzione di costruire reti tra strutture implica la definizione di collaborazioni stabili e durature nel tempo, che possano permettere una serie di ulteriori vantaggi e possano evitare la logica competitiva, come sottolineato di seguito:

*Mantenendo le proprie storie, le proprie realtà differenziate, ognuno mette il suo pezzo. L'importante è che non nascano le competizioni.*

Direttore di struttura

↳ Il ruolo e i vantaggi della specializzazione nella rete

Un primo potenziale vantaggio riguarda la riorganizzazione di strutture vicine sulla base di determinate specializzazioni. In altri termini, anziché avere tante strutture simili vicine, con una rete solida si potrebbe decidere di riorganizzare i ruoli di ciascuna struttura per offrire un ventaglio più ampio di possibilità. Un ulteriore poten-

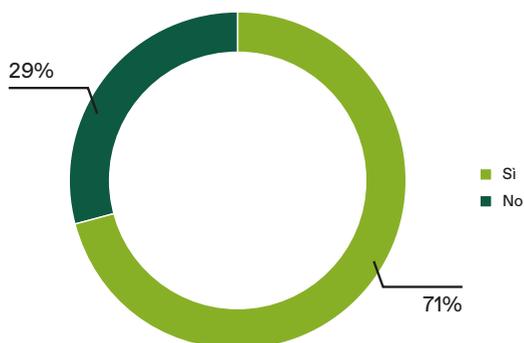
ziale vantaggio riguarda la riduzione dell'isolamento delle strutture, soprattutto quelle distanti da centri cittadini e in grosse difficoltà gestionali, superando così anche una mentalità competitiva che spesso coinvolge strutture vicine. Infatti, la costruzione di reti tra strutture permetterebbe una riduzione del campanilismo, oltre che una riduzione dei costi e della complessità amministrativa, spesso all'origine dei principali problemi di sostentamento economico delle singole strutture. A questo si aggiunge la possibilità di creare dinamiche di aiuto nella gestione dei servizi di segreteria, nelle liste di attesa, così come nella copertura di posti letto tra strutture di comuni limitrofi. A tal proposito, un vantaggio della collaborazione tra strutture nella copertura di posti letto potrebbe essere utile per far fronte all'impossibilità temporanea di una struttura di accogliere ospiti, ma con l'ulteriore possibilità di trasferimenti successivi. Infine, un altro potenziale vantaggio riguarderebbe la gestione del personale. Laddove, in molti casi, soprattutto in piccole realtà residenziali, sussiste una difficoltà a reperire personale, la costruzione di una rete potrebbe rappresentare una soluzione per la sostituzione temporanea del personale sanitario e tecnico in strutture similari nel momento in cui si verificano situazioni critiche.

In generale, la costruzione di reti faciliterebbe la riorganizzazione delle strutture in funzione della loro collocazione territoriale e garantirebbe una copertura capillare dei servizi di assistenza anche al di fuori della struttura. La condivisione stabile aiuterebbe anche i Comuni a uscire dall'isolamento e ideare eventi che coinvolgano gli anziani sul territorio. Tutto ciò a vantaggio della possibilità di progettare interventi in un'ottica di continuità assistenziale e considerare le strutture residenziali come una fase del processo assistenziale, piuttosto che la sua conclusione.

Per diversi attori sociali, quindi, la rete tra strutture (in primo luogo quelle di piccole dimensioni) non solo è necessaria, ma indispensabile. La maggior parte delle strutture residenziali rispondenti si dichiara ottimista sulla possibilità di proporre scambi tra strutture (fig. 35).

**Figura 35. Possibilità di scambio tra strutture**

*Ritiene possibile formalizzare collaborazioni e scambi tra strutture residenziali per anziani?*



Fonte: elaborazione degli autori.

In sintesi, vengono elencati i possibili vantaggi dati dalla creazione di una rete di strutture:

- suddivisione delle strutture per tipologia e servizi offerti;
- riduzione dell'isolamento delle strutture (soprattutto quelle distanti da centri cittadini);
- abbattimento dei costi delle forniture;
- riduzione della complessità amministrativa;
- riduzione del campanilismo e della competizione tra strutture;
- aiuto reciproco nella copertura di posti letto, anche solo temporaneamente;
- copertura capillare dei servizi in comuni limitrofi;
- condivisione delle liste di attesa.

### 3.3.4 Una possibile filiera della residenzialità

Nel ripensare a nuovi modelli di residenzialità, un primo aspetto sottolineato nella ricerca implica la necessità di considerare la collocazione territoriale di ciascuna struttura, la sua tipologia di ospiti, così come l'ente gestore. A tal proposito, un nuovo modello di residenzialità può variare in funzione del contesto in cui è presente una struttura. Per esempio, differenti saranno le considerazioni per strutture piccole (rispetto a quelle più grandi), inserite in contesti cittadini oppure isolate dai centri e presenti in vallate o zone rurali. Nei contesti cittadini, infatti, le strutture tendono a essere più vicine a diversi servizi, aspetto che va strettamente tenuto in considerazione quando si valuta un modello alternativo. Nelle zone isolate, invece, la difficoltà di accesso ai servizi rappresenta uno dei primi aspetti da considerare nella costruzione di nuovi modelli.

Tra le varie proposte, alcuni attori sociali ritengono possibile riorganizzare le strutture residenziali in funzione del numero attuale di posti letto e della collocazione territoriale. Nello specifico, le strutture residenziali più grandi (non meno di 80 posti) dovrebbero essere dedicate a persone non autosufficienti che necessitano di cure a elevata intensità assistenziale, prevalentemente a carattere sanitario, quindi diventare strutture sanitarie specializzate, evitando però l'idea di essere luoghi chiusi e con un modello simile agli ospedali. Le strutture più piccole che si trovano in un paese, invece, dovrebbero diventare delle residenze di comunità per persone ancora parzialmente autosufficienti. La principale ragione di tale proposta deriva dall'attuale confusione presente tra le strutture residenziali, in cui sono ancora presenti ospiti sia parzialmente autosufficienti che non. Di conseguenza, alcune strutture con doppia tipologia non hanno i mezzi, gli ambienti e la logistica per supportare ospiti con differenti livelli di bisogno. Una proposta del genere potrebbe rappresentare un compromesso per evitare le rigide normative e creare delle case di comunità aperte all'esterno. Inoltre, disporre di residenze di comunità e di centri specializzati

↳ **La proposta strutturale: una riorganizzazione per dimensione e collocazione territoriale**

solo per coloro che non hanno più risorse fisiche e/o cognitive per restare a casa permetterebbe di avvicinarsi all'idea di ritardare il più possibile l'ingresso nelle RSA:

*L'RSA è indispensabile perché l'anziano non autosufficiente grave non potrà mai restare a casa, a meno che non abbia figli a casa. In alternativa, l'assistenza domiciliare in questi casi costerebbe troppo.*

Direttore di distretto

### ↳ Le sfide per le grandi strutture

Ripensare e investire su un modello di residenze di comunità di piccole dimensioni, inserite in contesti cittadini, garantirebbe una visione delle strutture di questo tipo come luoghi aperti all'esterno, in grado di fornire servizi anche a persone non residenti e di offrire ambienti di vita molto vicini a quello familiare. Un'attenzione, tuttavia, viene posta ad alcuni aspetti che devono essere tenuti in considerazione in un'ottica di riorganizzazione delle strutture. Riorganizzare le grandi strutture in centri specializzati richiede notevoli sforzi economici e un elevato numero di modifiche strutturali in accordo con le rigide normative. Non sempre, però, le strutture sono in grado di attuare tali modifiche, come avviene nel caso di strutture storiche:

*Le strutture che esistono in locali storici sono più rallentate nelle decisioni perché devono seguire un iter più complesso e ce ne sono di queste in provincia.*

Collaboratore di struttura

Si pone, quindi, la necessità di una normativa a supporto di una riorganizzazione delle strutture residenziali, anche per superare il rischio che queste non siano conformi alle attuali normative: si tratta, infatti, di un aspetto che va fortemente tenuto in considerazione.

### ↳ La sfida delle piccole strutture

Per le piccole strutture presenti in contesti cittadini (inclusi piccoli paesi), l'idea è quella di prefigurare sia modelli definibili come centri multiservizi territoriali, in grado di fornire interventi a domicilio per le persone anziane fragili, sia proposte abitative protette in collegamento con la rete dei servizi sociali e sanitari assistenziali. Nel dettaglio, alle strutture residenziali si potrebbero affiancare:

- un ambulatorio medico interno o adiacente alla struttura. In questo modo si darebbe la possibilità, sia agli ospiti della struttura che a persone anziane non residenti, di fruire di una serie di servizi ambulatoriali, come visite di controllo, analisi di routine e altre piccole richieste. All'interno di questi ambulatori dovrebbero essere presenti non solo medici e infermieri, ma anche assistenti sociali e psicologi, in quanto l'ambulatorio potrebbe rappresentare anche uno sportello di ascolto e di informazione;
- dei minialloggi protetti adiacenti alla struttura per persone anziane fragili, ma ancora parzialmente autosufficienti. Questi edifici, ovviamente controllati, permetterebbero agli anziani

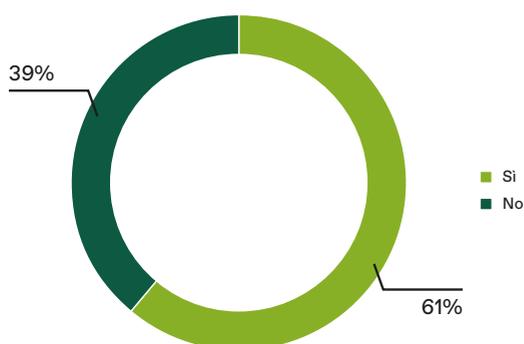
con autonomie di avere libertà di movimento e di evitare l'isolamento. Infatti, tali alloggi potrebbero funzionare anche come soggiorni temporanei per quegli anziani che rischiano l'isolamento in alcuni periodi dell'anno (per esempio in inverno, per chi vive in contesti montani isolati dai centri). Inoltre, gli alloggi adiacenti alla struttura avrebbero come ulteriore finalità quella di avvicinare gli anziani parzialmente autosufficienti alle strutture, in modo che queste ultime non vengano percepite come luoghi terminali o di abbandono. Un maggiore scambio tra ospiti della struttura e non potrebbe essere favorito dalla messa in atto di servizi in comune, come la mensa della struttura, la lavanderia, il giardino, l'animazione, la palestra per la riabilitazione;

- servizi territoriali per fornire agli anziani luoghi di scambio. Nell'ottica di creare un polo di servizi rivolti agli anziani, un ulteriore aspetto da considerare è la costruzione di soluzioni alternative e vicine al polo per gli anziani residenti e no. Sia la struttura residenziale sia i minialloggi dovrebbero facilitare il raggiungimento e l'accesso ai servizi, non solo a quelli sociali e sanitari. Per esempio, una connessione (anche architettonica, con passaggi facilitati e mezzi di trasporti fruibili) con la parrocchia, la biblioteca, le aree verdi. A questo si aggiunge la necessità di collaborare attivamente con le scuole (per esempio, con la condivisione della mensa in struttura per anziani e alunni) nell'ottica di creare una continuità generazionale.

In generale, è importante notare come i dati sostengano l'esistenza di un terreno fertile e propositivo per produrre nuovi modelli di residenzialità (fig. 36).

**Figura 36. Possibilità di modelli alternativi**

*È necessario pensare a modelli alternativi alle attuali strutture residenziali per anziani?*

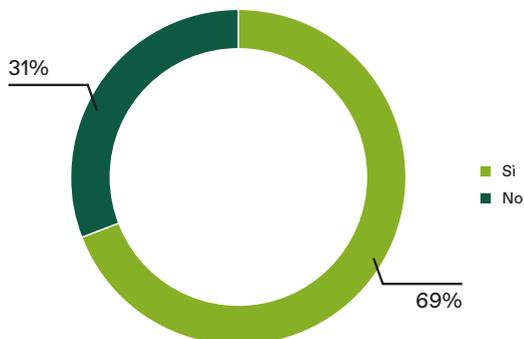


Fonte: elaborazione degli autori.

Non solo, i dati dimostrano che, secondo diversi attori locali, questo sforzo ha molte *chance* di essere realizzabile (fig. 37).

**Figura 37. Realizzabilità di modelli alternativi**

*È realizzabile un nuovo modello di residenzialità aperto al territorio per la vostra struttura?*



Fonte: elaborazione degli autori.

Tra le proposte figurano:

- centri diurni;
- gruppi appartamento;
- residenzialità aperta all'esterno;
- *cohousing*;
- case-famiglia per anziani autosufficienti;
- comunità alloggio;
- centro servizi territoriali.

### 3.3.5 Le future disponibilità

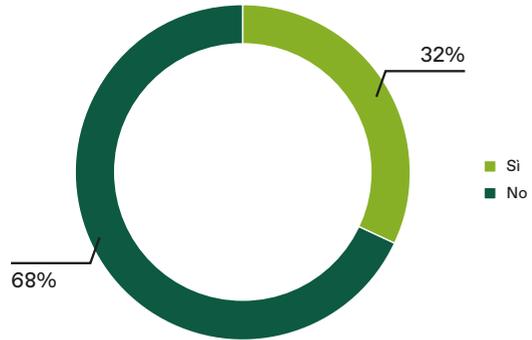
Un aspetto chiave da riportare riguarda la disponibilità delle strutture residenziali provinciali a collaborare attivamente nella definizione di modelli alternativi e sperimentali.

Ancora poche sono le strutture che hanno partecipato a precedenti progetti di assistenza; di seguito vengono riportate le denominazioni che avevano tali progetti (fig. 38):

- *Veniamo a trovarvi*;
- *Cohousing*;
- Corsi formazione in collaborazione con Croce Rossa;
- *Infermieri del territorio*;
- Formazione *caregiver* di malati di Alzheimer;
- *Incontriamoci nelle nostre case*;
- OSS itinerante;
- Restare a casa.

### Figura 38. Precedenti partecipazioni progetti sperimentali

Avete in passato partecipato/collaborato a progetti sperimentali di assistenza alla popolazione in età avanzata?



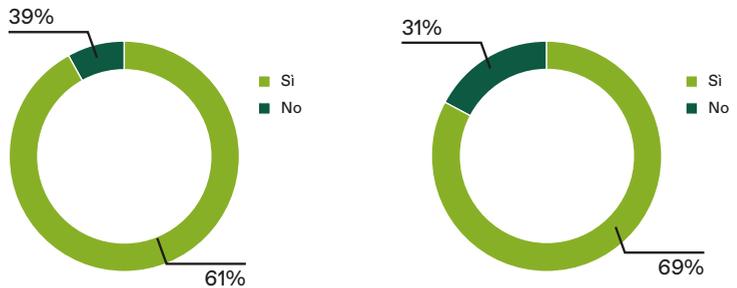
Fonte: elaborazione degli autori.

Tuttavia, come si evidenzia dai grafici in figura 39, buona parte delle strutture si mostra disponibile a partecipare attivamente a nuovi progetti sperimentali, così come a far parte di un sistema di rete.

### Figura 39. Disponibilità a partecipare a future sperimentazioni

La vostra struttura avrebbe interesse a partecipare a progetti sperimentali innovativi volti a migliorare le condizioni attuali della struttura residenziale?

Sareste disponibili a far parte di un sistema territoriale che inglobi più strutture sul piano gestionale?

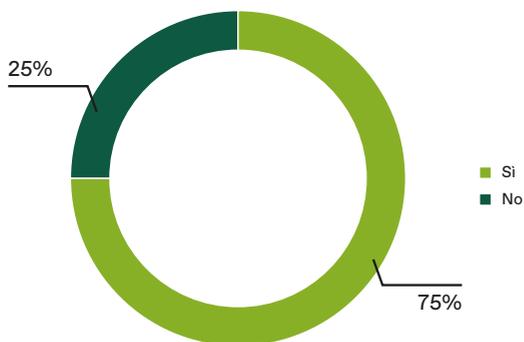


Fonte: elaborazione degli autori.

Emerge anche la convinzione, condivisa da buona parte delle strutture, che la comunità circostante possa essere disponibile a collaborare a progetti sperimentali futuri (fig. 40).

### Figura 40. Disponibilità della comunità a partecipare a future sperimentazioni

*Pensa che la comunità circostante la struttura residenziale sia disponibile a collaborare a progetti sperimentali innovativi affinché la struttura stessa sia più adeguata a rispondere ai bisogni della popolazione anziana?*



Fonte: elaborazione degli autori.

La disponibilità al rinnovamento sembra trasversale alla tipologia di struttura, ente gestore e area territoriale di riferimento. Un dato confortante, che riflette la volontà e la consapevolezza delle strutture provinciali di voler cambiare l'attuale modello di residenzialità.



# RACCOMANDAZIONI DI POLICY: ALTERNATIVE POSSIBILI ALL'ATTUALE MODELLO

4

A fronte delle considerazioni riportate dagli attori che hanno preso parte alla ricerca, e sin qui illustrate, si tratta ora di definire quali ipotesi operative sono state formulate dai partecipanti alla ricerca. In altre parole, pensare ad alternative possibili all'attuale modello richiede uno sforzo di astrazione per suggerire, a chi può promuovere un cambiamento nel contesto cuneese, quali aspetti potrebbero essere considerati.

Tali ipotesi operative, o “piste di lavoro”, nascono anche come risposta embrionale alle richieste che sono pervenute, più o meno esplicitamente, dalle strutture e dai vari attori sociali. Infatti, è emerso dalla ricerca come la maggior parte delle strutture coinvolte nell'indagine è motivata e interessata a promuovere un cambiamento, con la disponibilità di alcune a mettersi in gioco per future sperimentazioni. Tuttavia, la principale difficoltà riguarda la scarsa organizzazione delle strutture ad aprirsi all'esterno. Non tutte le strutture, infatti, sono in grado di riorganizzarsi per andare oltre al solo servizio residenziale che oggi offrono.

Riorganizzando i diversi contributi emersi dalla ricerca, presentiamo due prospettive tra loro integrate: una prima prospettiva è incentrata sulle strutture residenziali, una seconda è focalizzata sui bisogni della persona anziana. Da notare come, in questo caso, si faccia riferimento alla persona anziana e non specificatamente alla persona anziana fragile o non autosufficiente. Tale prospettiva, infatti, sottolinea la necessità di prevedere una molteplicità di servizi che la persona, e la sua famiglia, potrebbe richiedere in funzione del ciclo di vita e di specifiche necessità, considerando la graduale perdita di autonomia. Si tratta pertanto di rispondere sia alla necessità di un sostegno all'indipendenza della persona anziana, sia al progressivo e inevitabile decadimento fisico e cognitivo, con conseguente perdita di autonomia, sino alla totale mancanza di autosufficienza.

## 4.1 La prospettiva centrata sulla struttura

Prima di presentare le potenziali prospettive in tema di servizi dedicati alla popolazione anziana fragile, non bisogna dimenticare alcuni aspetti che, se non considerati, potrebbero costituire fattori ostacolanti tale processo di cambiamento. Innanzitutto, si pone la necessità di superare il vecchio paradigma assistenziale, per lo più ancorato a stereotipi secondo cui le residenze per anziani sono considerate alla stregua di luoghi di detenzione. Strettamente legato a questo, è necessario, a detta degli attori sociali, avere un obiettivo a lungo termine. In altre parole, in futuro è importante uscire da una visione legata all'emergenza e iniziare a pensare di costruire obiettivi che promuovano il cambiamento in funzione della società che verrà nei prossimi anni. Ogni struttura residenziale, quindi, è chiamata a misurarsi con l'immagine che

↳ **L'importanza del contesto di riferimento e della dimensione delle strutture**

viene veicolata all'esterno, a essere più collegata con la filiera di servizi presenti nel territorio in cui è inserita e ad aprirsi alla comunità. Serve, infatti, evitare l'immagine della residenza come luogo chiuso e dedicato esclusivamente alla cura sanitaria delle persone anziane fragili e non autosufficienti.

Un altro aspetto di sicuro rilievo, pensando alla configurazione territoriale della provincia di Cuneo, è la necessità di tenere in considerazione le caratteristiche del contesto in cui le strutture residenziali sono inserite. È ovviamente differente pensare a una possibile trasformazione di una struttura residenziale per anziani se collocata in un contesto urbano, piccolo o grande che sia, rispetto a strutture periferiche isolate da centri abitati e lontane dai servizi sociali e sanitari.

Un ulteriore aspetto da considerare riguarda il fatto che i processi di cambiamento devono essere prefigurati anche in funzione delle differenze tra medio-grandi e piccole strutture. Le piccole strutture hanno per lo più una storia legata al territorio in cui si trovano, sono nate per rispondere ai bisogni di quel contesto; costituiscono inoltre presidi importanti anche per lo sviluppo e l'economia di quel territorio, essendo spesso l'unica fonte occupazionale presente, specie per l'occupazione femminile. Le medio-grandi strutture, invece, rispondono più a logiche di mercato, quindi a bisogni non necessariamente ancorati al territorio. Si tratta spesso di gestori presenti su più territori e gli aspetti organizzativi e gestionali (nonché economici) rischiano di prevalere a discapito dei bisogni specifici delle persone e del territorio. Le differenze tra piccole e medio-grandi strutture, ben descritte nelle argomentazioni dei soggetti coinvolti nella ricerca, non sono però presenti dalle normative vigenti, mettendo quindi sullo stesso piano strutture con ruoli e pesi diversi sul territorio.

Da questo lavoro consegue un'indicazione fondamentale: ripensare a nuovi modelli di residenzialità implica salvaguardare e coinvolgere il territorio in cui sono presenti le strutture stesse. Per questo motivo, non è ipotizzabile un modello di "RSA ideale" che non tenga in considerazione le caratteristiche del territorio.

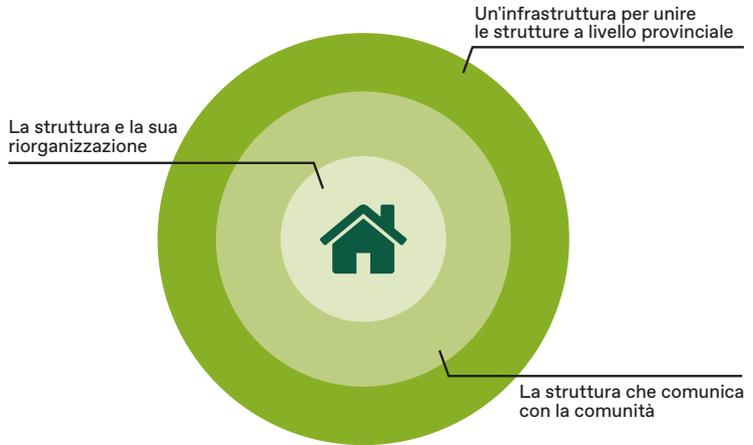
## 4.1.1 Struttura residenziale e network dei servizi

Dalla ricerca è emersa, quindi, la necessità di vedere la struttura residenziale per anziani non più come un'istituzione isolata dal contesto territoriale (caratteristica che ha probabilmente portato a consolidare lo stereotipo di luogo chiuso, come sopra ricordato).

Pensando ai bisogni degli anziani, soprattutto quelli fragili, la struttura mantiene un ruolo centrale, tanto che nessuno degli interlocutori coinvolti ha ipotizzato "l'estinzione" delle RSA, ma piuttosto una loro riorganizzazione.

Si veda una sintesi grafica della riflessione che intendiamo promuovere (fig. 41).

**Figura 41. Sintesi piste di lavoro centrate sulla struttura**



Fonte: elaborazione degli autori.

Come si può notare, la prospettiva presenta al centro la struttura residenziale come principale punto di riferimento inserito nel territorio circostante. In tal senso, si conferma l'imprescindibilità della struttura residenziale, nel presente così come nel futuro, dai servizi forniti alla popolazione anziana. In questo modo, la sua centralità rappresenta simbolicamente la volontà di riconsiderare la struttura come punto di riferimento nella filiera dei servizi dedicati alla popolazione anziana.

Un altro aspetto fondamentale che il grafico mette in evidenza è la necessità di conoscere sia il contesto che circonda la struttura, sia la filiera di servizi presenti in ciascun territorio. Nel dettaglio, al centro è presente "La struttura e la sua riorganizzazione": in questo caso si intendono tutte le possibili modifiche strutturali e organizzative che una struttura dovrebbe adottare in funzione dei bisogni, in continua evoluzione, presenti nella popolazione anziana. Nel livello successivo, "La struttura che comunica con la comunità", si vuole sottolineare che la struttura residenziale non dovrebbe limitarsi a una sua eventuale riorganizzazione interna, ma anche al bisogno di interfacciarsi con il territorio circostante, così come con altre strutture e, in generale, con l'intera filiera di servizi presenti. Il terzo livello, "Un'infrastruttura per unire le strutture a livello provinciale", racchiude, la struttura e il territorio e riguarda la necessità di costruire un'architettura o cabina di regia che sostenga lo sviluppo delle collaborazioni sinergiche e durature, i vari cambiamenti interni alla struttura e al singolo territorio nell'ottica di definire un cambiamento a lungo termine.

In generale, ogni livello qui raffigurato costituisce in sé un tema oggetto di cambiamento o trasformazione, tenendo presente come ciascuno di esso possa intrecciarsi con gli altri presenti.

Queste considerazioni portano ad alcune domande di partenza, ognuna relativa al loro livello di appartenenza, e funzionali ad articolare delle proposte progettuali:

- Quali processi di cambiamento e di riorganizzazione una struttura residenziale sarebbe bene che introducesse per proiettarsi verso il futuro?
- Come le strutture residenziali possono svolgere un ruolo attivo nella riorganizzazione della filiera territoriale dei servizi e delle cure domiciliari?
- Quali azioni sono ritenute possibili e necessarie per organizzare le strutture residenziali all'interno di un sistema provinciale?

Di seguito, livello per livello, risponderemo alle domande che guidano la nostra riflessione sulla base dei dati di ricerca emersi finora. Ovviamente quelle di seguito rappresentano generali spunti di riflessione, flessibili e adattabili in funzione del contesto e della struttura.

## 4.1.2 La struttura e la sua riorganizzazione

Partendo dal livello centrale, riferito alla struttura e alla sua riorganizzazione, diverse possono essere le proposte, tenendo sempre in considerazione le caratteristiche della struttura, le sue criticità di partenza e la sua collocazione territoriale.

Rispetto alla domanda generale di partenza “Quali processi di cambiamento e di riorganizzazione una struttura residenziale sarebbe bene che introducesse per proiettarsi verso il futuro?”, la ricerca ha approfondito i seguenti aspetti: la necessità di un ammodernamento delle strutture, di un ampliamento dell’offerta dei servizi, di avere personale qualificato e attento alla relazione con l’ospite e, infine, la possibilità di avere diverse altre figure professionali, oltre a quelle già presenti.

Le strutture, per quanto imprescindibili, devono adattarsi ai nuovi bisogni emergenti. A oggi, ancora diverse realtà non sembrano adeguatamente attrezzate per far fronte all’evoluzione dei bisogni della popolazione anziana. Bisogni che sono sia di carattere strettamente medico, come la crescita di comorbidità psichiche o quadri clinici instabili che necessitano di un’assistenza medica costante, sia legati alla sfera relazionale per evitare l’isolamento. Detto altrimenti, si dovrebbe ragionare in termini di sviluppo del benessere e della qualità di vita dell’ospite, e non solo di cura e assistenza (per quanto necessari). In risposta ai primi tipi di bisogni, le strutture devono predisporre servizi puntuali di carattere sanitario, anche in seguito a ciò che ha evidenziato la pandemia.

↳ **Richiesta di adeguamento tecnologico delle strutture**

Esse devono essere sempre più attrezzate anche dal punto di vista tecnologico, con la predisposizione di servizi di telemedicina e di sistemi di sicurezza aggiornati in linea con le nuove innovazioni. Questo ammodernamento deve, però, tenere in considerazione la difficoltà di alcune strutture, specialmente quelle più vecchie, nel mettere in atto dei cambiamenti a causa di importanti vincoli strutturali. In aggiunta, non bisogna tralasciare la scarsa disponibilità economica di alcune strutture nel far fronte a cambiamenti della stessa. In risposta ai secondi tipi di bisogni, quelli volti ad assicurare spazi personalizzati e per il benessere psicologico dell'anziano in struttura, si osserva che essi non possono essere raggiunti con un modello di struttura che prevede stanze doppie o addirittura triple. La ricerca ha sottolineato come molte strutture presentino ancora pochi posti in stanza singola e come pochissime abbiano in previsione di predisporre di nuovi. La stanza singola può rappresentare un primo passo verso la definizione di una struttura attenta alla privacy dell'ospite, con l'obiettivo di far sentire quest'ultimo sempre più a "casa" e sempre meno in una struttura spersonalizzata simile a un ricovero ospedaliero. Le attuali normative, tuttavia, non sembrano andare in questa direzione, costringendo le strutture a riorganizzare rigidamente gli spazi, a volte in modo poco funzionale.

↳ **Un nuovo modello organizzativo in base a contesto e dimensioni**

Come è già stato anticipato, è necessario fare un distinguo tra piccole e medio-grandi strutture, considerando le differenti condizioni che possono favorire oppure ostacolare i cambiamenti auspicati. Ripensando a come le strutture potrebbero ampliare la loro offerta di servizi e riorganizzarsi, infatti, molto dipende dalle risorse di ognuna in termini di spazio e numero di ospiti a disposizione. Tra le varie proposte, è emerso come strutture medio-grandi potrebbero essere dedicate a persone non autosufficienti che necessitano di cure sanitarie sempre più specializzate, quindi strutture che assomiglino molto a una clinica specializzata. Le strutture più piccole che si trovano in paese, invece, potrebbero diventare delle case di comunità destinate a persone ancora parzialmente autosufficienti, ipotesi coerente con l'ottica delle strutture piccole che spesso pongono molta attenzione alla creazione di un contesto accogliente, ma che di frequente non hanno gli strumenti e le risorse per rispondere ai bisogni di coloro che riportano gravi non autosufficienze.

Pur tenendo in considerazione queste differenze e restando consolidata la necessità di strutture integrate con il territorio, anche in microcontesti, quali per esempio quelli montani, è unanime la necessità di ripensare a nuovi modelli organizzativi al passo con l'attuale situazione di crisi dell'intero settore. In particolare, si sottolinea la necessità di un'integrazione tra assistenza sanitaria e assistenza sociale.

Di conseguenza, si tratta di ripensare a nuove attività e servizi dedicati all'interno di una struttura, tra cui laboratori, attività esterne, terapie specifiche (per un approfondimento su questo

↳ **Proposta di riconversione delle strutture in centri multiservizi**

tema si rimanda al capitolo *La predisposizione di nuovi servizi rivolti agli anziani*). La necessità di un ampliamento delle attività si è fatta più rilevante a seguito della pandemia, mettendo maggiormente in luce bisogni preesistenti, ma forse non ben definiti. Si tratta, pertanto, di porre attenzione alla quotidianità dell'ospite per favorire una cura integrata della persona considerata nella sua globalità.

Affinché la struttura costituisca punto di riferimento per la popolazione anziana fragile, senza ignorare la crisi gestionale ed economica presente, si ritiene una possibilità la riconversione della struttura in centri multiservizi territoriali. I potenziali vantaggi legati a un modello di residenzialità, dove la struttura rappresenta il polo centrale di riferimento per l'erogazione di una serie di servizi, oltre che per la connessione con altre realtà presenti sul territorio, possono essere così sintetizzati (per una dettagliata analisi dei seguenti punti si rimanda al capitolo *Una possibile filiera della residenzialità*):

- ampliamento dell'offerta per offrire nuovi spazi di fatturato;
- offerta di risposte non solo alla popolazione accolta, ma anche alle persone con bisogni assistenziali;
- struttura come risorsa per tutte le famiglie al cui interno è presente una persona con ridotte autonomie;
- struttura come riferimento per i *caregiver* e le assistenti familiari.

Un centro multiservizi territoriale prefigura necessariamente uno scambio, che potremmo definire interdipendente tra struttura e comunità. Infatti, se da un lato serve lo sforzo per una struttura aperta, non autoreferenziale e maggiormente incline allo scambio con l'esterno, dall'altro lato, anche il territorio e i servizi socio sanitari dovrebbero porsi in un'ottica integrata, costituendo dei nodi di una rete territoriale dinamica, attenta a cogliere i bisogni specifici della popolazione locale.

↳ **Necessità di formazione adeguata per il personale, sia operativo che dirigenziale**

Per far sì che tutto questo si concretizzi è necessaria, tra l'altro, una preparazione *ad hoc* del personale. Al personale sanitario, specialmente quello infermieristico e OSS, dovrebbe essere fornito un aggiornamento circa le competenze necessarie per rispondere ai nuovi bisogni degli anziani fragili. Carente sembrerebbe ancora, a oggi, una formazione indirizzata alla relazione, seppure evidenze scientifiche dimostrino come sia una *conditio sine qua non* per lo sviluppo del benessere e della qualità della vita anche in persone anziane.

Si rileva, inoltre, come la trasformazione delle strutture residenziali implichi anche un ripensamento del clima organizzativo che si radichi maggiormente sulla qualità delle relazioni tra e con le diverse figure professionali. Stabilire riunioni di squadra per gestire le difficoltà quotidiane, creare figure di raccordo tra OSS e infermieri per migliorare la scarsa comunicazione di tali figure, sono alcune delle operazioni che si potrebbero concretizzare al

fine di ridurre i livelli di *burnout*<sup>22</sup>, evitando, tra l'altro, il *turnover* degli operatori.

Questa necessità di porre attenzione sul benessere degli operatori in favore di un lavoro qualitativamente più ricco nei confronti degli ospiti di una residenza si riflette anche sulla necessità di formare chi si occupa di dirigere il personale. Spesso chi dirige una struttura tende a dedicarsi quasi esclusivamente alla gestione economica e amministrativa, con una conseguente scarsa attenzione alla cura e al benessere degli ospiti e del personale stesso.

Ovviamente, un cambiamento organizzativo coinvolge in modo importante anche i dirigenti e i responsabili, nel caso specifico i direttori di struttura. Essi dovrebbero essere formati per ripensare a una organizzazione non più basata solo sul modello sanitario, ma una struttura residenziale che funzioni come “nuovo domicilio”, per riprendere le parole di un intervistato. È assolutamente necessario uscire da una visione “sanitaria”, perché troppo rigida e poco flessibile a rispondere ai diversi bisogni della persona anziana fragile. È pertanto fondamentale che il ruolo di ciascuna figura professionale venga potenziato dal direttore di struttura, al MMG, così come altre figure in appoggio come psicologi, fisioterapisti, assistenti sociali, considerate ancora troppo marginali. Un profondo ripensamento circa le funzioni che potrebbe e dovrebbe svolgere, un ridisegno dei ruoli professionali necessari per un ottimale raggiungimento degli obiettivi previsti e quindi una formazione, anche dei direttori di struttura, affinché siano soggetti a supporto del processo di cambiamento, costituiscono una base importante per favorire una funzionale apertura verso l'esterno, come verrà specificato nel paragrafo successivo.

### 4.1.3 La struttura che comunica con la comunità

Una “struttura che comunica con la comunità” implica che vi sia uno scambio reciproco tra struttura stessa e territorio. Si basa, quindi, su una conoscenza, e relativa attenzione, al territorio di riferimento, alle caratteristiche sociali e demografiche dello stesso, nonché alle sue specificità geografiche e urbane, così come ai servizi limitrofi alla struttura (intendendo per servizi sia quelli sociali e sanitari, così come l'eventuale presenza di organizzazioni e associazioni di volontariato e del Terzo Settore). Dove ciò già avviene con frequenza incerta, si tratta di renderlo una prassi, una consuetudine, consolidando collaborazioni già esistenti e ampliando collaborazioni con nuovi partner. Infatti, i nostri interlocutori sottolineano che i servizi domiciliari devono essere strettamente intrecciati con i servizi offerti da una struttura. D'altronde, in un'otti-

22 Il *burnout* è una sindrome che risulta da uno stress da lavoro cronico che non è stato sufficientemente ben gestito. Si riferisce specificatamente a fenomeni in contesti occupazionali e non andrebbe applicato ad altre aree della vita (OMS, 2019).

### ↳ L'importanza strategica delle reti

ca di territori connessi con le realtà adiacenti, sarebbe auspicabile che le strutture creassero una rete di scambio e comunicazione, allargando quindi la possibilità di rispondere ai differenziati bisogni della popolazione anziana (detto in altri termini: se la struttura presente nel territorio in cui l'anziano risiede non dispone dei servizi a lui/lei necessari, potrà però costituire un anello di congiunzione con un'altra struttura o servizi funzionali alle necessità della persona). Dalla domanda generale di partenza, "Come le strutture residenziali possono svolgere un ruolo attivo nella riorganizzazione della filiera territoriale dei servizi e delle cure domiciliari?", la ricerca ha approfondito tutti quegli aspetti legati all'obiettivo di aprire la struttura all'esterno, poiché costituisce uno dei principali aspetti ripresi dai vari attori sociali.

Abbiamo già accennato poco sopra alla necessità di rispondere ai differenziati bisogni della popolazione anziana e che, per raggiungere tale obiettivo, oltre a un cambiamento organizzativo interno alle strutture residenziali, è necessario che queste siano in costante rapporto con le risorse del territorio. Anche l'assistenza domiciliare dovrebbe ovviamente tenere in considerazione i bisogni specifici della persona anziana, la sua rete prossimale e quella distale, tra cui quelle di volontari o associazioni di volontariato. Alcune strutture hanno perso i contatti con queste reti durante la pandemia; altre, invece, non hanno nessun legame con gruppi di volontariato. Tale aspetto può essere dovuto anche a una rigidità normativa, con la conseguenza che, talvolta, i volontari si assumono responsabilità eccessive. Inoltre, il volontariato necessita di un ricambio generazionale. Giovani reti di volontariato o giovani volontari singoli (per esempio con l'ausilio del Servizio Civile Nazionale, il cui ruolo ancora troppo marginale, come emerso dai dati di ricerca) potrebbero avvicinare le persone giovani alla struttura per creare quella continuità generazionale ancora carente.

Il volontariato e gli enti del Terzo Settore sono tendenzialmente ancorati al territorio, proponendo attività e fornendo servizi che sono configurati per le caratteristiche specifiche della comunità che risiede in quel determinato luogo. Anche per questo motivo il rapporto con questi enti si fa cogente. Addirittura, si profila la necessità di individuare "sentinelle" o "antenne territoriali", o meglio persone che conoscano la comunità e che siano in grado di rilevare i bisogni degli anziani sul territorio. Queste figure dovrebbero essere adeguatamente formate e valorizzate nel loro ruolo; ovviamente, si tratta di figure più facilmente individuabili in piccoli contesti, piuttosto che in un contesto urbano.

### ↳ Le possibili attività di un centro multiservizi

Come poter concretizzare questo scambio che permetta di tradurre un'analisi specifica dei bisogni in servizi funzionali ed efficaci? Come già accennato nel livello precedente, anche in questo caso si ipotizza la necessità di centri multiservizi territoriali, che dovrebbero rappresentare dei poli in grado di avvicinare gli anziani alla struttura. In tali centri, la struttura residenziale potrebbe rappresentare il principale riferimento per l'erogazione di servizi

dedicati anche a persone anziane all'esterno della struttura, così come proporre delle occasioni o delle attività rivolte non solo agli ospiti, ma alla cittadinanza tutta, come, per esempio, un orto condiviso, o una mensa, o ancora un parco pubblico adiacente alla struttura. Tutti elementi che, oltre a fornire un servizio in sé, possono rappresentare un modo per avvicinare anziani diffidenti nei confronti della struttura. Allo stesso modo, gli ospiti potrebbero percepire meno il senso di vivere in un ricovero grazie al continuo entrare e uscire di persone da questi spazi comuni (compreso, eventualmente, un ambulatorio interno o adiacente la struttura).

Un esempio, non più di servizi, ma di soluzione abitativa, è costituito dai miniappartamenti. Questi potrebbero essere situati, se possibile, in luoghi adiacenti alla struttura residenziale, ampliando così l'offerta del centro multiservizi territoriale. Un miniappartamento potrebbe rappresentare il luogo ideale per quelle persone anziane che hanno bisogno di un soggiorno temporaneo, essendo a rischio di isolamento in determinati periodi dell'anno.

In generale, un centro multiservizi dovrebbe essere pensato anche a livello architettonico, con passaggi facilitati per gli anziani, per collegare luoghi vicini come chiesa, biblioteca, asilo (quest'ultimo anche in funzione della continuità generazionale di cui si accennava poco sopra). In sostanza, sarebbe così possibile generare quel *continuum* e quel «ventaglio di servizi», riprendendo le parole di un intervistato, che permetta all'anziano di rivolgersi alla struttura per qualsiasi bisogno, in funzione di qualsiasi livello di assistenza richiesto, servizi a domicilio compresi. Servizi così configurati necessitano di operatori formati non solo alla relazione, ma anche all'assunzione del ruolo di "connettori di risorse", il quale richiede che la figura professionale in questione sia radicata nel territorio e conosca le risorse e opportunità, come spiegato sopra.

Nell'erogazione di un qualsiasi servizio, inoltre, non bisogna mai dimenticare che una persona anziana spesso è circondata da famiglie che necessitano a loro volta di un sostegno. È pertanto indispensabile sia integrare la formazione degli operatori, affinché siano in grado di cogliere e accogliere le esigenze delle famiglie e dei *caregiver*, sia fare in modo che i familiari stessi siano informati delle opportunità e occasioni che le strutture e il territorio possono offrire a sostegno della qualità di vita degli anziani, e, direttamente o indirettamente, anche a sostegno del lavoro di cura che, come è noto, è fonte di stress, rischiando così che l'aiuto prestato sia disfunzionale. È invece importante creare un'alleanza tra *caregiver* e figure professionali coinvolte nell'assistenza e nella cura dell'anziano, a beneficio di tutti gli attori coinvolti.

Pertanto, le proposte delineate fino a questo punto hanno come ulteriore obiettivo la costruzione di una rete che definisca una sinergia tra servizi forniti all'interno della comunità, dove la struttura può rappresentare un riferimento e un polo "attrattivo" per persone, e servizi esterni alla stessa. Si tratta, quindi, di delineare un sistema che abbatta il campanilismo di alcuni Co-

↳ Creazione di punti di contatto tra familiari e operatori professionali

muni, basato sulla collaborazione e comunicazione tra strutture, servizi e organizzazioni e capace di superare logiche competitive non virtuose. Per raggiungere tale obiettivo è necessario che sia rivista anche l'organizzazione territoriale dei servizi, secondo un principio organizzativo basato sulla intersettorialità e interprofessionalità. Occorre, dunque, di rivedere quella che è la *mission* tradizionalmente definita dei vari servizi, tendenzialmente chiusi e scarsamente inclini a costruire azioni in sinergia con altre strutture. Questo è un obiettivo che non può essere perseguito solo con un'adeguata formazione nei confronti dei direttori di struttura e degli attori sociali (sindaci e amministratori in generale). È un obiettivo che coinvolge gli organi istituzionali a livello macro (provinciale, regionale, se non ancora ministeriale), poiché si tratta di prevedere "Infrastrutture per unire le strutture a livello provinciale", come si argomenterà nel corso del paragrafo successivo

#### 4.1.4 Un'infrastruttura per unire le strutture a livello provinciale

Pensare a un'infrastruttura che unisca le strutture a livello provinciale implica un intervento da parte sia dei vari organi istituzionali, sia da parte dei soggetti del Terzo Settore. Qualsiasi proposta di cambiamento, per essere effettiva e radicata nel tempo, deve considerare persone e organizzazioni che ricoprono un ruolo chiave sia a livello decisionale e politico, sia nell'ambito della rappresentanza e fornitura di servizi. In altri termini, quando si tratta di servizi dedicati alla popolazione anziana, così come di creare un sistema a rete che comprenda le diverse strutture, è inevitabile rivolgere lo sguardo verso chi è nelle condizioni di poter prendere delle decisioni, anche a livello politico. L'ambito politico istituzionale pone una serie di questioni che, a partire dalla domanda generale "Quali azioni sono ritenute possibili e necessarie per organizzare le strutture residenziali all'interno di un sistema strutturato che raggruppi le strutture su base provinciale?", riguardano la capacità di creazione di un sistema a rete, di promuovere una regia comune e di esercitare un'azione di *advocacy* a livello politico.

Come già accennato a più riprese nella ricerca, ancora diversi sono i problemi legati a questo livello e, nello specifico, alla definizione di un'infrastruttura solida. Problemi spesso inerenti a una mentalità ancora incentrata sulla competizione, sul campanilismo e sulla scarsa disponibilità di lavorare in rete. Un lavoro di rete che potrebbe avere dei vantaggi nella qualità e quantità di servizi offerti all'anziano. Come già ampiamente evidenziato, le strutture in provincia risultano molto frammentate, ma allo stesso tempo capillarmente diffuse su tutto il territorio. Mettere in rete diverse strutture permetterebbe di sfruttare le risorse di ciascuna, anziché sottolineare la debolezza di sostenersi in autonomia. Per esempio, come accennato sopra, medio-grandi strutture, specia-

lizzate a rispondere a determinati bisogni sanitari e situate in centri urbani, potrebbero garantire alle piccole strutture, più dedicate a offrire un'assistenza di carattere sociale in piccoli paesi, una continuità assistenziale nel momento in cui l'anziano non risulti più autosufficiente. In altre parole, tale continuità assistenziale consentirebbe all'anziano in qualsiasi fase di vita di essere accompagnato grazie all'ausilio di un ventaglio di servizi e opportunità. Nonostante i potenziali vantaggi tangibili di un sistema a rete di strutture, in diverse circostanze risulta scarso il supporto dei livelli istituzionali nell'incentivare processi di questa natura. Per esempio, alcuni territori, per quanto confinanti, tendono a mantenere una certa distanza da qualsiasi proposta di collaborazione. Di conseguenza, la scarsa propensione delle amministrazioni comunali a operare in rete conduce inevitabilmente a un sistema di servizi poco integrato con il territorio circostante.

In risposta a queste criticità emerse verso la realizzazione di un sistema a rete, diversi attori sociali hanno evidenziato la necessità di creare gruppi di lavoro costanti nel tempo, per discutere tematiche specifiche e di carattere gestionale, almeno in una prima fase di incontri. In aggiunta, creare momenti formativi per il personale amministrativo appartenente a organizzazioni diverse potrebbe favorire uno scambio costante di idee, la costruzione di legami di fiducia e la condivisione di piste future di lavoro.

In generale, se a livello provinciale è chiaro che sarebbe auspicabile che gli organi istituzionali si attivassero per favorire un cambiamento organizzativo e culturale radicato nel tempo, a livello nazionale il discorso verte principalmente sul ruolo che potrebbe ricoprire il PNRR nel futuro delle residenze. Diversi esperti hanno evidenziato come questo piano non abbia ancora colto le peculiarità delle strutture e il loro ruolo all'interno di ogni singolo territorio. È accordo comune come tale piano preveda una disparità notevole di finanziamenti tra interventi domiciliari e rinnovo delle strutture, con una scarsa allocazione delle risorse su queste ultime, consolidando quindi una loro ulteriore sanitarizzazione.

## 4.2 La prospettiva centrata sui bisogni dell'anziano

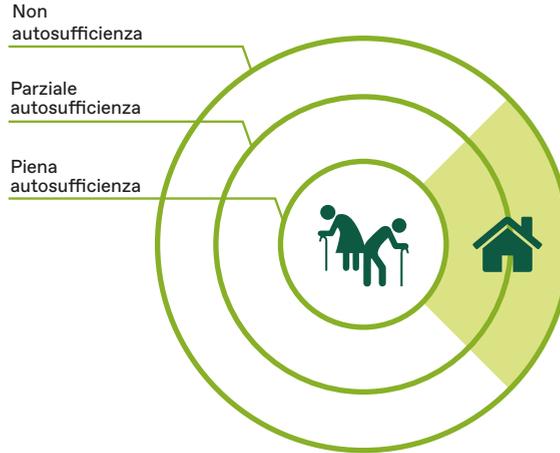
↳ Cambiamenti della popolazione e delle esigenze degli anziani

La prospettiva presentata in precedenza ha posto il focus sul ruolo delle strutture residenziali e, in generale, di tutti i servizi dedicati alla popolazione anziana fragile, avendo come obiettivo la valorizzazione di tutta la filiera di servizi. Di seguito, invece, viene presentata una prospettiva che pone al centro del sistema l'anziano e i suoi bisogni. Tale prospettiva non deve essere intesa in contrapposizione con la precedente, anzi, andrebbe integrata a essa. Infatti, laddove il cambiamento può essere proposto con nuovi modelli residenziali flessibili e non standardizzati, in grado di superare la dicotomia residenza-domiciliarità, non bisogna dimenticare chi è il principale destinatario di questi cambiamenti e come i suoi bisogni possano essere diversificati.

Come sottolineato dai diversi attori sociali sul territorio e da esperti del settore, le necessità della persona anziana sono in continua evoluzione: non tanto nella tipologia dei bisogni, nota da tempo, quanto nella declinazione di questi ultimi rispetto al futuro che ci attende. Entro il prossimo ventennio, per esempio, è noto dalle proiezioni demografiche come la popolazione anziana crescerà numericamente e avrà bisogni sempre più specifici in concomitanza con l'allungamento della vita. Si tratta principalmente di bisogni legati a un naturale decadimento fisico e cognitivo in netto aumento; la presenza di comorbidità (per esempio, demenze e patologie croniche) associate anche a un quadro clinico instabile (problemi cardiovascolari, respiratori). Tutto ciò richiederà strutture specializzate e organizzate per accogliere persone con bisogni complessi, nonché personale qualificato con profili diversi e pronto a un'assistenza costante. A questa evoluzione di bisogni si associa, sempre come proiezione demografica, un prossimo cambiamento della società. Le famiglie di oggi, infatti, non sono le stesse dello scorso ventennio e non lo saranno nel prossimo. Sempre più anziani saranno a rischio isolamento e solitudine perché avranno meno figli nelle condizioni di poter offrire un lavoro di cura, essendo spesso anche lontani per questioni lavorative. Questo porterà, inevitabilmente, a un impoverimento della rete di supporto dei futuri anziani e, di conseguenza, a una necessaria presenza di una filiera di servizi preparata nel far fronte a tali bisogni, non solo di carattere sanitario, ma sociale.

Alla luce dei futuri cambiamenti della società viene illustrata graficamente una prospettiva centrata sulla popolazione anziana (fig. 41).

**Figura 41. Sintesi prospettiva centrata sui bisogni dell'anziano**



Fonte: elaborazione degli autori.

↳ **Servizi alla persona autosufficiente**

Nel dettaglio, al centro è presente la persona anziana che vive all'interno di un determinato contesto e si serve di una serie di servizi presenti attorno a esso, decisamente variabili in funzione del contesto territoriale di riferimento (per esempio, un piccolo paese isolato dai grandi centri o un contesto urbano). I cerchi concentrici attorno all'anziano rappresentano, in questo caso, i vari livelli di autonomia che esso presenta. A un primo livello troviamo l'anziano con totale autonomia; per totale autonomia si può intendere una persona anziana in grado di assolvere potenzialmente tutti i bisogni primari. Ciò, tuttavia, non esclude la necessità di offrire una filiera di servizi che lo accompagni e lo sostenga. Come evidenziato da diversi attori sociali, l'anziano, in concomitanza a un senso di isolamento e solitudine, rischia di trascurare alcuni aspetti della quotidianità, ancora di più in seguito alla pandemia, che ha generato sentimenti di paura a relazionarsi all'esterno. Tale aspetto trova conferma anche in diverse situazioni di persone senza fissa dimora, una realtà sempre più presente negli ultimi anni. La presenza di operatori sul territorio (come le antenne territoriali, richiamate precedentemente) impegnate a sostenere l'anziano nell'assolvimento dei bisogni primari è, quindi, un aspetto importante da non sottovalutare. Nella prima categoria di bisogni, quelli da curare e prevenire troviamo l'igiene personale e della casa, spesso un aspetto che rischia di essere trascurato, soprattutto da anziani che vivono soli e in luoghi distaccati dai centri abitati. In alcuni casi, queste attività incontrano degli ostacoli perché l'individuo in carico necessita di un supporto alla mobilità per assolvere le principali funzioni, così come anche per fare la spesa o ritirare farmaci. Altro bisogno primario da non trascurare è la cura verso un'alimentazione sana e variegata.

Ai bisogni primari si associa trasversalmente una cura della socialità e delle relazioni che l'anziano può intraprendere con gli operatori e i coetanei. Non si può dare per scontato che l'erogazione di un servizio (per esempio, predisporre un centro anziani) risolva da solo l'isolamento delle persone e il loro bisogno di socialità, anche perché capita spesso che gli anziani non mostrino i loro bisogni per paura o vergogna. È necessario coltivare queste competenze con l'intervento di operatori formati su questi aspetti. In questo modo si potrebbero aiutare gli anziani ad attivarsi, a creare relazioni significative.

Stesso discorso vale per tutte le dinamiche di condivisione degli spazi di vita, come gli *housing* sociali o, a detta degli intervistati, «case di vita». Non è sufficiente definire così dei condomini o miniappartamenti e aspettarsi che le persone anziane accettino di vivere e condividere spazi con altre persone. Serve un accompagnamento costante nell'organizzazione della vita quotidiana di un anziano. In altre parole, gli operatori devono svolgere una funzione di mediatori, essere in grado di creare dinamiche di gruppo tra anziani e favorire la relazione. Solo in questo modo un servizio può essere definito arricchente per coloro che mostrano alti livelli di autosufficienza, anche in un'ottica di accompagnare persone anziane fragili nel loro percorso di inevitabile, con il passare del tempo, avvicinamento alla non autosufficienza.

Al secondo livello, invece, si trova l'anziano in condizioni di parziale autosufficienza, ossia quella persona che necessita di un sostegno concreto nello svolgimento di funzioni primarie non più assolvibili in autonomia. Seguendo la logica dei cerchi concentrici, tutti i bisogni accennati nel livello precedente possono intrecciarsi con questo livello successivo. In questo caso, però, rientrano anche una serie di servizi che permettano all'anziano di continuare a vivere a casa nonostante le prime difficoltà, oppure essere ancora in grado di avvicinarsi alla comunità nelle relazioni con altre persone. Affinché i servizi siano i più efficaci possibili e calibrati in maniera adeguata, è necessario conoscere in maniera approfondita la situazione della persona da prendere in carico.

Di conseguenza, al terzo livello troviamo le persone che, per il raggiungimento di un'età avanzata oppure per il verificarsi di eventi critici legati alla salute, necessitano di un'assistenza specializzata in quanto non più autosufficienti. Questo è, per esempio, il caso di presenze di comorbidità psichiche e/o quadri clinici instabili. In tali circostanze, i servizi necessitano di un alto livello di specializzazione e di un'elevata preparazione professionale degli operatori.

In generale, questa prospettiva centrata sull'anziano vuole sottolineare come l'autosufficienza e la non autosufficienza non debbano essere intese come condizioni nette: non si può pensare che una persona sia o autosufficiente o non autosufficiente. Si tratta piuttosto di un *continuum* in cui l'anziano può presentare diversi livelli di autonomia e diversi bisogni.

↳ Servizi alla persona parzialmente autosufficiente

↳ Servizi alla persona non autosufficiente

La rappresentazione grafica vuole evidenziare un aspetto rilevante nell'individuazione di modelli alternativi rispetto all'attuale, valido per tutta la filiera di servizi. Una struttura residenziale, come illustrato nella precedente prospettiva, dovrebbe avvicinarsi alla persona anziana in qualsiasi fase della vita e in funzione di qualsiasi bisogno. In questo caso, non si intende l'idea di una struttura in cui siano presenti tutti i servizi possibili, ma una struttura in stretta connessione con i servizi presenti nella comunità (si veda quanto già qui argomentato in riferimento alla rete territoriale dei servizi).

Come abbiamo già visto, la necessità di una rete territoriale non riguarda solo le strutture residenziali, ma qualsiasi servizio dedicato alla popolazione anziana fragile. I gruppi appartamento, i centri diurni, i centri ricreativi per anziani, le università della terza età, gli *housing* sociali, sono tutti esempi di servizi che non dovrebbero essere rigidamente associati a un tipo di anziano, ma dovrebbero creare una sinergia tra loro, volta a fornire all'anziano un ampio ventaglio di possibilità nel territorio in cui vive, in quanto non si deve evitare l'isolamento dell'anziano in modo «trasversale a tutti i contesti», usando le parole di un intervistato.

Inoltre, per evitare che tentativi di coinvolgimento dell'anziano nel territorio si disperdano facilmente, è necessario investire sulla comunicazione efficace di qualsiasi nuovo servizio. Le persone, infatti, devono essere nella condizione di poter conoscere agevolmente tutte le possibilità che hanno a disposizione quando si presenta un bisogno. L'importanza della comunicazione vale per l'anziano stesso così come per le loro famiglie che, come spiegato in precedenza, spesso sono disorientate e hanno necessità di comprendere come e a chi rivolgersi quando sopraggiunge una problematica di qualsiasi tipo. In aggiunta e conclusione, la comunicazione con le famiglie deve essere ricca anche durante l'erogazione di un servizio e non solo sulla base di eventi formativi e informativi a loro dedicati. È necessario superare l'idea che il familiare sia un ostacolo e iniziare a considerare i *caregiver* come una potenziale risorsa. Per esempio, un comitato delle famiglie per coordinare e facilitare la comunicazione con le figure professionali che si occupano dei loro parenti potrebbe rappresentare un primo esempio di avvicinamento positivo.

## 4.3 Conclusioni

La ricerca è stata realizzata in una fase in cui tutto il comparto della residenzialità è chiamato a riflettere sulla sua riorganizzazione, a rivedere l'attuale modello di offerta, a migliorare la qualità dei servizi e ad accogliere un'utenza che ha bisogni sempre più complessi. La pandemia da Covid-19 ha evidenziato alcuni limiti storici presenti nel settore, ha certamente accentuato delle difficoltà organizzative, a partire dal trasferimento del personale che operava all'interno delle strutture, i cui gestori fanno parte prevalentemente del privato sociale e profit, verso il comparto pubblico. La pandemia ha messo in forte risalto, inoltre, la difficoltà delle strutture a gestire emergenze di tale natura, in quanto non attrezzate con la strumentazione necessaria e prive di personale sanitario specializzato a gestire un piano assistenziale e di cure di grande portata e complessità. In aggiunta a questo periodo storico ed emergenziale, la ricerca è stata realizzata in una fase in cui è maturato un interesse per il superamento dei metodi organizzativi attuali, essendo stati giudicati poco adatti a rispondere alle necessità di maggiore cura relazionale e alla complessità dei servizi richiesti dai bisogni dei pazienti. Superamento che richiede importanti risorse economiche per essere affrontato fino in fondo e che solo parzialmente potrà trovare sponda nel PNRR: infatti, le risorse stanziare nel comparto sono ritenute, dagli operatori, inadeguate per realizzare un piano di riorganizzazione.

Il settore sarà chiamato, d'ora in poi, a misurarsi sul come garantire la sicurezza delle persone accolte e la qualità del prendersi cura in ambienti che non devono essere eccessivamente medicalizzati, chiusi e impenetrabili. In relazione al contesto descritto, occorre ribadire che un superamento delle RSA è praticamente impossibile, ma certamente si pone la necessità di mettere in campo delle scelte e strategie innovative, con uno sguardo proiettato sul futuro. L'interrogativo alle quali sono chiamate a rispondere si può sintetizzare con la domanda: quali strutture e per quale popolazione?

La rilevanza e complessità del problema la si ritrova nel fatto che sono state istituite due commissioni ministeriali: una presieduta da Mons. V. Paglia, il cui compito è produrre linee di indirizzo generali per la riforma della assistenza sanitaria e socio sanitaria dedicata alla popolazione anziana; l'altra, presieduta da Livia Turco, ex ministra della Salute e delle Politiche Sociali, incaricata a delineare la riforma della non autosufficienza. Le novità più rilevanti delle proposte finora emerse dai lavori delle commissioni sono le norme per la promozione della dignità delle persone anziane e per la presa in carico delle persone non autosufficienti, finalizzate a promuovere le condizioni di vita e di assistenza delle persone anziane e riordinare, semplificare, potenziare e integrare maggiormente, anche in via progressiva, la presa in carico delle

↳ Commissioni ministeriali per riforma dell'assistenza e della non autosufficienza

persone in condizioni di non autosufficienza (come affermato nel report della commissione Paglia consegnato al Ministro della Salute). In aggiunta, la definizione di nuovi LEPS (Livelli Essenziali delle Prestazioni in ambito Sociale, presenti nella legge di bilancio 2022), gli indirizzi offerti al Parlamento per la legge delega per la riforma della non autosufficienza (predisposti dalla commissione presieduta da Turco). Inoltre, l'indirizzo emerso dalla commissione presieduta da Mons. Paglia è che tutti gli erogatori di servizi sia pubblici che privati (convenzionati o meno) devono essere vincolati a offrire l'intero *continuum* secondo proporzioni rigorosamente commisurate alla epidemiologia delle disabilità, della non autosufficienza e delle fragilità. In altri termini, chi offre un posto in residenza deve assicurarne un numero congruo in assistenza domiciliare, nei centri diurni, in telemedicina e così via. Questo indirizzo orienta a guardare le strutture come centri servizi, in grado di assicurare una continuità assistenziale, in stretta sinergia con gli ospedali. Seppur, come già accennato, nel PNRR non vi sia una specifica attenzione al comparto e non vi siano degli stanziamenti sufficienti per realizzare quelle innovazioni organizzative necessarie, vengono comunque avanzati dei cambiamenti con una riorganizzazione del settore, in stretto collegamento con il sistema territoriale dei servizi e in relazione alla nascita di quelle strutture chiamate di prossimità come:

1. Casa di comunità;
2. Ospedali di comunità;
3. Centrale operativa.

Pertanto, questo documento, e in particolare quanto è emerso da questa attività, si può certamente inserire all'interno di questo processo riformatore che è in fase di avvio: esso può, quindi, contribuire a ridisegnare la *mission* di un comparto all'interno di un territorio che dimostra di avere le risorse per gestire un processo di questa natura. La ricerca ha messo in luce le realtà e le risorse presenti e disponibili a mettersi in gioco, possibili strategie operative per supportare gli enti nella loro programmazione, gli *asset* sui quali investire per provare a indirizzare un sistema territoriale che possa rispondere adeguatamente ai bisogni presenti e futuri, in particolare per le persone che vivono in una condizione di non autosufficienza. Molti referenti e responsabili delle strutture hanno dimostrato un interesse e una disponibilità ad avviare processi di cambiamento, a promuovere delle nuove progettualità e sperimentazioni, se supportati adeguatamente dal territorio e dalle istituzioni locali e regionali. Emerge una disponibilità al cambiamento che sarebbe opportuno sostenere. La ricerca ha messo in luce le potenzialità presenti in molte strutture coinvolte, senza tralasciare le criticità o i fattori che potrebbero ostacolare processi di riorganizzazione e di rinnovamento. L'analisi ha coinvolto, inoltre, l'intero territorio e un numero elevato di soggetti confrontandosi con costanza con i rappresentanti del tavolo di

comunità, un elemento caratterizzante che ha contribuito a rendere ancora più partecipata la ricerca stessa. È stato compiuto il massimo sforzo affinché i vari passaggi e strumenti che sono stati adottati in questo lavoro fossero condivisi con le figure del comparto preposte all'individuazione delle strategie e dei cambiamenti da attuare.

Gli strumenti di cui ci si è avvalsi hanno consentito di metter in luce i nodi e le criticità sui quali è bene intervenire per non ostacolare i processi di trasformazione, che si rendono necessari soprattutto per preservare la realtà delle piccole strutture che caratterizza in modo particolare il territorio cuneese. Le interviste, i *focus group* e i diversi seminari di approfondimento hanno consentito di realizzare un confronto ampio con un vasto numero di persone che operano nel mondo dei servizi e che rivestono ruoli sul piano istituzionale e nel territorio, dai quali sono emerse, in maniera più evidente, le possibili piste di lavoro sulle quali meriterebbe concentrarsi nel prossimo futuro. Tali percorsi possono offrire nuovi modelli di residenzialità per poter meglio rispondere alla domanda che verrà, per garantire una sostenibilità, nonché, per promuovere una cultura dell'operare in rete, creando le condizioni affinché le strutture stesse possano avvalersi di un'infrastruttura, organizzata e riconosciuta, che possa offrire alle stesse servizi e supporti di varia natura. Un'infrastruttura che diverrebbe una risorsa per tutto il territorio, e in particolare per un comparto che acquisirebbe, attraverso la stessa, maggiore capacità, anche sul piano manageriale, così come riconoscimento e peso politico.

Nel riepilogare per punti gli aspetti essenziali che sarebbe necessario sostenere in un immediato futuro al fine di favorire processi di riorganizzazione e cambiamento, si riporta quanto è emerso dai partecipanti alla ricerca:

- rivedere i criteri autorizzativi e di accreditamento, potenziando gli elementi qualitativi;
- istituire veri punti di ascolto territoriali che possano predisporre progetti di presa in carico;
- avere a disposizione un ventaglio di opportunità e servizi per costruire un progetto di presa in carico, che garantisca gradualità, adeguatezza, efficacia;
- creare centri di residenzialità leggera;
- creare centri innovativi di gestione per i soggetti con patologie dementigene;
- potenziare i servizi che garantiscono il diritto di rimanere nella propria abitazione fin quando è possibile, così come quello di trovare una residenzialità personalizzata e diversificata;
- prevedere modelli flessibili, accompagnati da adeguata normativa, che sappiano adattarsi alle nuove esigenze in modo rapido ed efficace, come per esempio, minialloggi, camere singole, a prezzi accessibili e con personale adeguato;
- favorire la socialità attraverso un modello abitativo dove l'anziano si possa ancora sentire utile, mantenendo la propria au-

↳ Spunti di riflessione da approfondire e migliorare

tonomia nell'ambito abitativo, potendo però anche usufruire di grandi spazi comuni dove intraprendere attività ricreative e socializzanti, così come la possibilità di incontrare la famiglia e di condividere il pasto con i propri cari.

Questi punti rappresentano linee di indirizzo certamente utili per una riprogrammazione, per promuovere una coprogettazione partecipata con i diversi attori presenti sugli ambiti territoriali dove sono insediate le strutture, per ridisegnare un sistema locale dei servizi, con l'obiettivo di rispondere adeguatamente ai bisogni e di accompagnare le persone in relazione alle autonomie possedute.

Sono piste di lavoro possibili, che possono certamente offrire alle singole strutture un orientamento verso il quale dirigersi, consapevoli che tale via è percorribile solo se nel cammino le singole strutture non verranno lasciate sole.



## Bibliografia

Annear M., Keeling S., Wilkinson T., Cushman G., Gidlow B., & Hopkins H. (2014) Environmental influences on healthy and active ageing: A systematic review. *Ageing & Society*, 34(4), 590-622.

Commissione LEA (2019) Prestazioni Residenziali e Semiresidenziali, Roma, Ministero della Salute.

European Commission and Social Protection Committee (2021) Long-term care report. Trends, challenges and opportunities in an ageing society. Volume 2 Publications Office of the European Union.

European Commission and Social Protection Committee (SPC) (2014) Adequate Social Protection for Long-term Care Needs in an Ageing Society, Publications Office of the European Union, Luxembourg.

European Commission and Social Protection Committee (2021) Long-term care report. Trends, challenges and opportunities in an ageing society. Volume 1 Publications Office of the European Union.

Predazzi M. (2013) Arco di vita e habitat in Europa. Realtà, tendenze e ipotesi progettuali. Milano: Fondazione Housing Sociale.

Gori C., Trabucchi M. (2020) Domiciliarità: serve una nuova progettualità, Articolo da «Il taccuino sul nuovo mondo» vol. 5, I luoghi della cura.

ISS (2022) Caratteristiche dei pazienti deceduti positivi all'infezione da SARS-CoV-2 in Italia, in «Report Covid-19», 10 gennaio 2022.

Istat (2018) I presidi residenziali socio assistenziali e socio sanitari, in «Report», Roma, Istat, 23 maggio 2018.

Istat (2020) Rapporto annuale 2020. La situazione del Paese, Roma, Istat.

Istat (2021) Previsioni della popolazione residente e delle famiglie. Base 1/1/2020, in «Report», Roma, Istat.

Istat (2021) Rapporto annuale 2021. La situazione del Paese, Roma, Istat.

Mak T.N., Caldeira S. (2014) The Role of Nutrition in Active and Healthy Ageing: For prevention and treatment of age-related diseases: evidence so far, Luxembourg (Luxembourg): Publications Office of the European Union.

Merom D., Stanaway F., Gebel K., Sweeting J., Tiedemann A., Mumu S., & Ding D. (2021) Supporting active ageing before retirement: a systematic review and meta-analysis of workplace physical activity interventions targeting older employees, *BMJ open*, 11(6).

Ministero della Salute (2019) *Annuario Statistico del Servizio Sanitario Nazionale - Assetto organizzativo, attività e fattori produttivi del SSN*, Roma, Ministero della Salute.

NNA (2021) *Costruire il futuro dell'assistenza agli anziani non autosufficienti. Una Proposta per il Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza, I luoghi della cura.*

OCSE (2020) *Accessibilità dei servizi di assistenza a lungo termine tra gli anziani nell'area OCSE e UE, Focus, Parigi, OCSE.*

OMS (2002) *Active Ageing. A policy framework*, Ginevra, Svizzera, WHO.

OMS (2015) *World report in ageing and health*, Ginevra, Svizzera, WHO.

OMS (2017) *Global strategy and action plan on ageing and health*, Ginevra, Svizzera, WHO.

OMS e International Longevity Centre (2000) *A life course approach to health*, Ginevra, Svizzera, WHO.

Regione Piemonte (2022) *Strutture residenziali per anziani non autosufficienti (posti letto RSA esclusi posti letto Alzheimer). Situazione posti letto accreditabili al 3 marzo 2022*, Torino, Regione Piemonte.

OMS (2015) *World report on ageing and health*, Ginevra, Svizzera, WHO.



## La Fondazione CRC

La Fondazione CRC è un ente non profit, privato e autonomo, che persegue scopi di utilità sociale e di promozione dello sviluppo economico, attraverso erogazioni di contributi a favore di soggetti pubblici e privati non profit e tramite progetti promossi direttamente, in partenariato con soggetti del territorio, nei settori dello sviluppo locale e dell'innovazione, dell'arte e della cultura, del welfare, dell'educazione, della salute pubblica e dell'attività sportiva. La Fondazione opera in provincia di Cuneo, prevalentemente nelle zone di principale operatività relative alle aree dell'Albese, del Braidese, del Cuneese e del Monregalese.

### Presidente

Ezio Raviola

### Consiglio di Amministrazione

Ezio Raviola, Presidente  
 Francesco Cappello, Vice Presidente anziano  
 Enrico Collidà, Vice Presidente  
 Claudia Martin  
 Davide Merlini  
 Paolo Merlo  
 Giuliano Viglione

### Consiglio Generale

Daniela Bosia • Annalisa Bove • Carlo Giorgio Comino • Piera Costa  
 Mariano Costamagna • Michele Antonio Fino • Marco Formica  
 Patrizia Franco • Giorgio Garelli • Massimo Gula • Graziano Lingua  
 Laura Marino • Michelangelo Matteo Pellegrino • Cristina Pilone  
 Maurizio Risso • Vittorio Sabbatini • Mario Sasso • Mirco Spinardi  
 Giuliana Turco • Domenico Visca

### Collegio Sindacale

Maria Gabriella Rossotti, Presidente  
 Lorenzo Durando  
 Nicola Filippi

## I Quaderni della Fondazione CRC

1. **Il bilancio dell'Unione Europea 2007**  
L'accesso ai finanziamenti comunitari per il territorio (2007)
2. **Percezione e notorietà della Fondazione Cassa di Risparmio di Cuneo (2007)**
3. **"Senectus Ipsa Morbus"**  
Ricerca sui servizi socio assistenziali per gli anziani nell'area di Cuneo, Mondovì ed Alba/Bra (2008)
4. **L'Università in provincia di Cuneo**  
Gli studenti residenti in provincia iscritti nelle sedi locali e nella sede di Torino (2008)
5. **Cluster produttivi e traiettorie di sviluppo nei territori del cuneese (2009)**
6. **Il Politecnico di Torino in provincia di Cuneo**  
Dai dati statistici alle opinioni degli studenti (2009)
7. **Il settore delle utilities in provincia di Cuneo**  
Analisi e prospettive (2009)
8. **Università e sviluppo del territorio**  
Laureati cuneesi della facoltà di Scienze Politiche e mercato del lavoro (2010)
9. **L'arte della Fondazione**  
Valutazione dei progetti di conservazione e valorizzazione del patrimonio artistico e architettonico finanziati dalla Fondazione CRC (2010)
10. **Un patrimonio valorizzato**  
Descrizione dei 100 maggiori interventi di restauro architettonico e artistico finanziati dalla Fondazione CRC (2011)
11. **La ricerca della Fondazione**  
Valutazione di tre anni di Bando Ricerca della Fondazione CRC (2011)
12. **L'innovazione sociale in provincia di Cuneo**  
Servizi, salute, istruzione, casa (2011)
13. **Il valore della cultura**  
Per una valutazione multidimensionale dei progetti e delle attività culturali (2011)
14. **L'impatto economico delle università decentrate: il caso di Cuneo (2012)**
15. **Capitale umano e società della conoscenza: i laureati nelle imprese cuneesi (2012)**
16. **Innovazione in Comune**  
Percorsi innovativi nei sette maggiori Comuni della provincia di Cuneo (2013)
17. **Disagio psicologico**  
Diffusione, fattori di rischio, prevenzione e cura (2013)
18. **Il mondo a scuola**  
Alunni stranieri e istituzioni formative in provincia di Cuneo (2013)
19. **Terre alte in movimento**  
Progetti di innovazione della montagna cuneese (2013)

- 20. Facciamo cose**  
Progetti di giovani per la provincia di Cuneo (2013)
- 21. Granda e Green**  
*Green economy* in provincia di Cuneo (2014)
- 22. Langhe e Roero**  
Tradizione e innovazione (2014)
- 23. Quelli che lasciano**  
La dispersione scolastica in provincia di Cuneo (2014)
- 24. Alla prova della crisi**  
L'innovazione sociale in provincia di Cuneo (2015)
- 25. Sviluppo locale**  
Politiche e progetti in provincia di Cuneo (2015)
- 26. Prevenire e promuovere**  
Politiche e progetti per la salute in provincia di Cuneo (2015)
- 27. Startup in Granda**  
Imprenditoria innovativa in provincia di Cuneo (2015)
- 28. Pedalare per lo sviluppo**  
Il cicloturismo in provincia di Cuneo (2016)
- 29. Imparare a lavorare**  
I tirocini in provincia di Cuneo (2017)
- 30. Formarsi in Granda**  
La formazione professionale in provincia di Cuneo (2017)
- 31. Imprese di valore**  
Le cooperative sociali in provincia di Cuneo (2017)
- 32. Granda e Smart**  
Esperienze smart in provincia di Cuneo (2017)
- 33. Impresa possibile**  
Welfare aziendale in provincia di Cuneo (2018)
- 34. Patrimoni naturali per lo sviluppo**  
I parchi della provincia di Cuneo (2018)
- 35. Coltivare innovazione**  
Prospettive per l'agroalimentare in provincia di Cuneo (2018)
- 36. Alternanza scuola lavoro**  
I giudizi di chi la fa (2019)
- 37. Rigenerare spazi dismessi**  
Nuove prospettive per la comunità (2019)
- 38. Lavoro migrante in agricoltura**  
I distretti della frutta e del vino nel cuneese (2020)
- 39. Il dono del 5x1000**  
Sussidiarietà fiscale e Terzo settore (2020)
- 40. Granda e Global**  
Internazionalizzazione del sistema produttivo cuneese (2021)
- 41. Alta formazione e imprese**  
Per un ecosistema dell'innovazione in provincia di Cuneo (2021)
- 42. Turismo Outdoor**  
I risvolti e le opportunità locali di un fenomeno (inter)nazionale (2021)