



DIREZIONE GENERALE SANITÀ E POLITICHE SOCIALI
SERVIZIO DELL'INTEGRAZIONE SOCIO SANITARIA
E DELLE POLITICHE PER LA NON AUTOSUFFICIENZA



AGENZIA SANITARIA E SOCIALE REGIONALE

AREA INNOVAZIONE SOCIALE

Linee

PER LO SVILUPPO DI ATTIVITA'

VOLTE A CONTRASTARE LA SOLITUDINE

E L'ISOLAMENTO *DELLE PERSONE ANZIANE*

INDICE

INTRODUZIONE

1. IL PROBLEMA

- 1.1 L'invecchiamento della popolazione
- 1.2 Anziani e qualità di vita
- 1.3 Welfare: le politiche sociali

2. GLI ANZIANI A RISCHIO DI ISOLAMENTO: FATTORI DI RISCHIO E PRINCIPALI AREE PROBLEMATICHE NELLA REALTA' REGIONALE

- 2.1 L'indagine Passi d'argento
- 2.2 Rarefazione della rete familiare e rete sociale
- 2.3 La perdita dell'autosufficienza: ricevere e assicurare le cure
- 2.4 Mobilità ed accesso
- 2.5 Povertà e basso reddito
- 2.6 Sicurezza
 - 2.6.1 Sicurezza e terremoto
- 2.7 Inadeguate condizioni abitative
- 2.8 La salute
- 2.9 Differenze di genere
- 2.10 Gli anziani a maggior rischio di isolamento

3. CONTRASTARE LA SOLITUDINE E L'ISOLAMENTO

- 3.1 Alcune considerazioni di ordine generale
 - 3.1.1 Il volontariato: una risorsa potenzialmente illimitata
 - 3.1.2 Le esperienze dal basso
 - 3.1.3 La solidarietà tra vicini
 - 3.1.4 Guardare l'esistente e partire da quello che si ha
 - 3.1.5 L'integrazione tra i servizi e il lavoro di rete
- 3.2 Lettura ed analisi dei progetti
 - 3.2.1 La lettura dei progetti attraverso gli indicatori

4. IMPLEMENTAZIONE DI PROGETTI: ESEMPI DI BUONE PRATICHE DI CONTRASTO DELL'ISOLAMENTO

5. SISTEMI DI SORVEGLIANZA INTEGRATA TRA NUCLEI DI CURE PRIMARIE, COMUNI E SOGGETTI DELLA SOCIETA' CIVILE

CONTRIBUTI

Allegati

- 1. *Scheda di rilevazione Sud-Est (PR)*
- 2. *Metodi e strumenti di mappatura della fragilità negli anziani*
- 3. *“Il meglio dell'Auser”*

INTRODUZIONE

Il presente documento è realizzato nell'ambito del Piano regionale per la prevenzione (DGR 2071/10), un'opportunità per una più ampia diffusione sul tema del contrasto dell'isolamento dell'anziano, riflessione già avviata nell'ambito degli indirizzi attuativi per lo sviluppo del Fondo regionale per la non autosufficienza, approvati con Delibera di G.R. n.1206/07 (Fondo regionale per la non autosufficienza. Indirizzi attuativi della DGR 509/07), ed in particolare dell'allegato 4 "Linee per la definizione di programmi di sostegno delle reti sociali e di prevenzione dei soggetti fragili". I contenuti del documento, costituiscono infatti una sintesi delle buone pratiche delle esperienze realizzate con le delibere sopra citate, e si pongono l'obiettivo di diffondere le iniziative di contrasto all'isolamento dell'anziano dando anche indicazioni pratiche per l'implementazione delle attività. Nel documento, in ogni caso, sono state riportate solo una parte delle numerose esperienze realizzate (o in corso di realizzazione), cercando di fornire utili spunti di interventi di contrasto all'isolamento.

Il documento, curato da un gruppo di lavoro costituito da referenti regionali e dell'agenzia sociale e sanitaria regionale nonché da referenti territoriali dei progetti realizzati, provenienti da diversi territori ed afferenti alle aree sanitarie e sociali delle AUSL e dei Comuni, contiene, oltre ad una parte generale di contesto, elementi relativi al "know-how", rispetto alla replicabilità delle esperienze stesse.

Il documento contiene, infine, un allegato (all.3 "Il meglio dell'Auser") con alcuni progetti significativi dell'Auser, che insieme ad altre associazioni di volontariato ha garantito una presenza pressochè costante nei progetti di contrasto alla solitudine ed isolamento delle persone anziane.

1. IL PROBLEMA

1.1 l'invecchiamento della popolazione

L'invecchiamento della popolazione è una delle più profonde trasformazioni sociali ed economiche che interessano i paesi sviluppati e nel prossimo futuro interesserà anche i paesi in via di sviluppo. Alcune regioni, e l'Emilia-Romagna tra queste, sono maggiormente interessate dai mutamenti connessi all'invecchiamento della popolazione.

Le principali caratteristiche di questo processo sono:

- il progressivo aumento dei grandi vecchi (ultraottantenni),
- la progressiva femminilizzazione della popolazione anziana (più di 2/3 dell'universo anziani è composto da donne),
- le modifiche e la relativa fragilità delle strutture familiari (aumento delle famiglie unipersonali per circa i 2/3 composte da persone con età superiore a 60 anni, aumento significativo instabilità unioni familiari, riduzione tasso nuzialità, aumento del celibato e nubilato nella fascia 30-49 anni, diminuzione della convivenza tra più generazioni).

Le persone residenti in Emilia-Romagna al 1° gennaio 2012 con età eguale o superiore a 65 anni risultano essere oltre un milione, pari al 22,5% del totale della popolazione regionale. I grandi anziani (80 anni e oltre) sono, circa 321.000, pari al 7% della popolazione. La componente femminile risulta prevalente e costituisce il 57,5% dei residenti di 65 anni e oltre e sale a circa il 65% tra i grandi anziani (80 anni e oltre) con conseguenze destinate a ripercuotersi sulla definizione delle politiche regionali rivolte agli anziani.

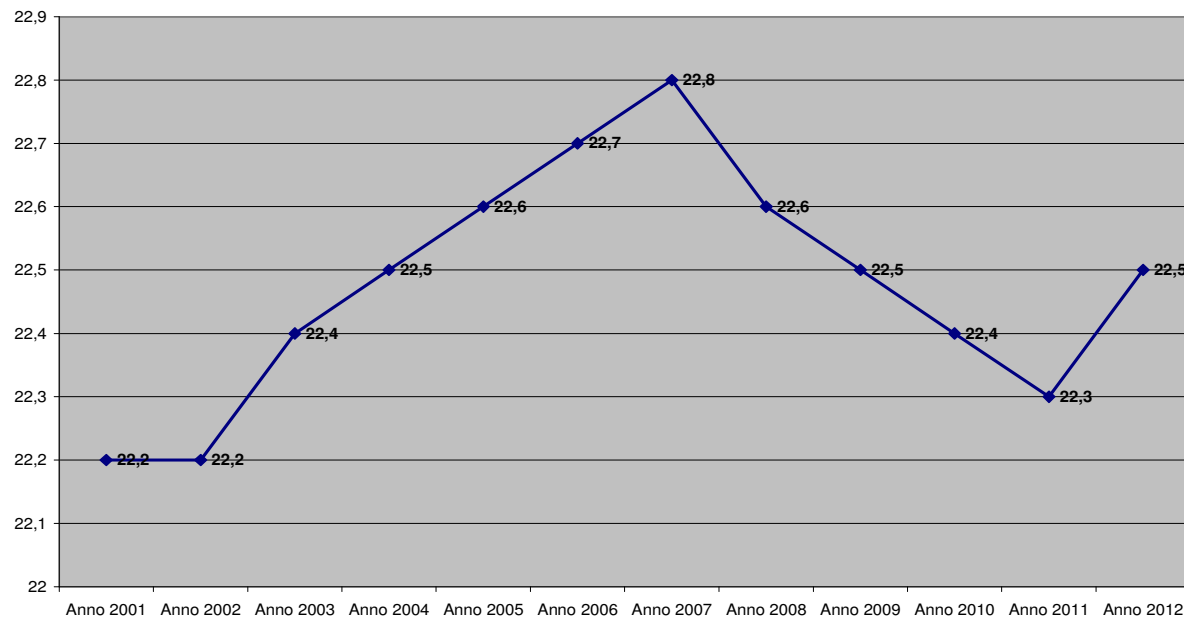
Tabella 1 Popolazione residente in Emilia-Romagna per provincia di residenza e grandi classi di età al 1/1/2012

Provincia di residenza	0-14 anni	15-39 anni	40-64 anni	65 anni e oltre	TOTALE
Piacenza	36.970	80.092	104.435	69.805	291.302
Parma	58.679	128.377	158.425	99.802	445.283
Reggio Emilia	81.439	159.979	186.735	105.861	534.014
Modena	100.860	204.251	252.139	147.914	705.164
Bologna	129.364	270.756	362.857	235.954	998.931
Ferrara	39.850	91.075	136.113	92.648	359.686
Ravenna	51.026	106.048	143.396	93.994	394.464
Forlì-Cesena	53.700	113.489	142.018	89.125	398.332
Rimini	46.162	96.016	120.545	69.347	332.070
Emilia-Romagna	598.050	1.250.083	1.606.663	1.004.450	4.459.246

Fonte: RER – Rilevazione sulla popolazione – Servizio controllo strategico e statistica

Negli ultimi dodici anni (dal 2001 al 2012), l'incidenza della popolazione anziana è inizialmente aumentata, passando dal 22,2% del 2001 al 22,8 del 2007, anno in cui il trend si è invertito, fino a giungere al 22,3% del 2011 e risalire all'attuale 22,5%. Negli ultimi anni i ritmi di crescita della popolazione anziana sono risultati inferiori a quelli della popolazione giovanile, se questa tendenza dovesse continuare si giungerebbe ad una sostanziale stabilità del peso degli anziani.

% Popolazione >=65aa dal 2001 al 2012



Le previsioni demografiche indicano nel periodo 2010-2030 una crescita complessiva della popolazione anziana (65 e oltre) . In particolare, l'incremento sarà concentrato sui grandi anziani e circa un terzo degli anziani residenti in regione, nel prossimo ventennio, avrà più di 80 anni.

L'entità di tale aumento sarà molto differenziata all'interno del territorio poiché, in funzione del naturale ricambio generazionale, i territori caratterizzati oggi da un elevato grado di invecchiamento tenderanno a ringiovanire e la crescita della quota di anziani sarà invece maggiore nei territori che si caratterizzano oggi per strutture più giovani.

Tabella 2 Popolazione 65 anni e oltre – previsioni demografiche

Ipotesi	valori assoluti			% su pop. totale			var.ass.
	2010	2020	2030	2010	2020	2030	2010-2030
alta	985.692	1.073.551	1.257.607	22,4	22,3	23,9	271.915
centrale	985.692	1.060.109	1.209.272	22,4	22,6	24,3	223.580
bassa	985.692	1.046.716	1.161.681	22,4	22,8	25,0	175.989

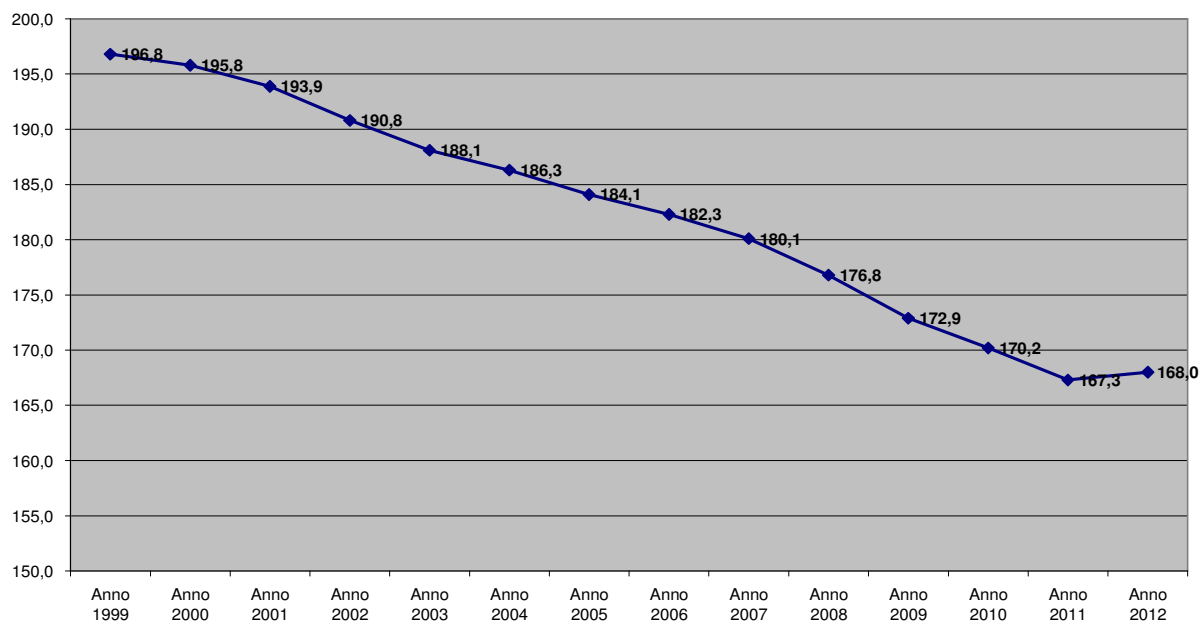
Tabella 3 Popolazione 80 anni e oltre – previsioni demografiche

Ipotesi	valori assoluti			% su pop. totale			var.ass.
	2010	2020	2030	2010	2020	2030	2010-2030
alta	306.123	369.728	421.041	6,96	7,70	8,00	114.918
centrale	306.123	362.849	394.418	6,96	7,72	7,94	88.295
bassa	306.123	356.211	369.765	6,96	7,77	7,97	63.642

Fonte: RER – Servizio controllo strategico e statistica

Negli ultimi anni, tuttavia, va segnalata una ripresa della natalità in regione che, accompagnata da una consistente dinamica del saldo migratorio interno ed estero, ha invertito la tendenza dell'indice di vecchiaia (numero di persone di età superiore ai 64 anni su 100 persone di età inferiore a 15 anni). L'indice diminuisce per effetto degli incrementi che hanno caratterizzato la popolazione in età giovanile, più marcati rispetto agli aumenti della popolazione in età senile. Il valore dell'indice passa da 196,8 anziani su 100 giovani nel 1999 a circa 168 anziani su 100 giovani nel 2012.

Figura 1 Andamento dell'indice di vecchiaia in Emilia-Romagna dal 1° gennaio 1999 al 1° gennaio 2012



Fonte: RER – Rilevazione sulla popolazione - Servizio controllo strategico e statistica

Da una comparazione tra i valori dei principali indicatori demografici calcolati per l'Emilia-Romagna, per l'Italia e per l'Europa, risulta che la nostra si configura come una Regione complessivamente anziana, con indice di vecchiaia e percentuale di persone con 65 anni e più, superiori sia al dato nazionale sia a quello europeo, anche se il trend mostra una tendenza al ringiovanimento.

L'Indice di vecchiaia in Regione risulta essere più alto rispetto sia a quello europeo che a quello italiano.

Tabella 4 Confronto Emilia-Romagna, Italia e UE27*

	RER	Italia	UE27
Indice di vecchiaia (1)	168,0	144,5	111,3
% Pop. 65 anni e oltre	22,5	20,3	17,4
% Pop. 75 anni e più	11,7	10,1	8,2
% Pop. 80 anni e più	7,2	6,0	4,7
% Pop. Fino a 14 anni	13,4	14,0	15,6
Indice di dipendenza totale (2)	56,1	52,3	49,3

(1) popolazione in età superiore ai 64 anni per 100 residenti in età 0-14 anni.

(2) popolazione in età 0-14 anni e in età superiore ai 64 anni per 100 residenti in età 15-64anni.

* per E-R 1° gennaio 2012, per Italia 1° gennaio 2011, per EU27 1° gennaio 2010

Fonte: Eurostat (dato UE27 provvisorio)

A livello territoriale, si rileva una grande variabilità dell'indice di vecchiaia, sia tra i confini provinciali sia trasversalmente ad essi. Classificando i Comuni in base alla zona altimetrica, nel passaggio dalla zona montana alla pianura, l'indice di vecchiaia passa da 241,5 a 168 con un valore intermedio di 173,4 per la zona collinare.

L'indice di dipendenza (56,1) risulta più alto della media italiana e di quella europea. Per indice di dipendenza si intende il rapporto, in percentuale, tra il numero di persone con età superiore ai 64 anni più il numero di persone con età 0-14 e il numero di persone con età 15-64. Il valore elevato è il risultato di dinamiche differenziate nelle componenti dell'indice: da un lato l'aumento della popolazione anziana e giovanile e dall'altro una contrazione della popolazione in età lavorativa (15-64 anni), che nel 1999 costituiva circa il 67% della popolazione residente e nel 2012 il 64,1%.

La conoscenza della condizione demografica e della sua evoluzione è un dato necessario per la lettura delle dinamiche sociali.

1.2 Anziani e qualità della vita

E' necessario favorire il superamento della tradizionale sequenza dei periodi di vita come fasi distinte, segnata nelle sue rigide scansioni dal modello fordista di produzione ed organizzazione del lavoro. Si tratta di promuovere iniziative per l'educazione alla vecchiaia e di valorizzazione della cittadinanza attiva e solidale, nelle quali coinvolgere i cittadini in generale nelle loro diverse età. In particolare i senior non sono solo portatori di bisogni, ma anche di capacità, energie e risorse personali che chiedono di essere impiegate ed impiegarle significa renderli attivi per se stessi e per le comunità in cui vivono sviluppando attività e relazioni sociali e di valorizzazione dei beni comuni. In sostanza va lanciata una sfida che si proponga di sconfiggere un'idea della vecchiaia configurata come una malattia che considera i senior tutti uguali, incapaci di aprirsi al nuovo ed in questo senso considerati un peso, un costo, un'emergenza.

Un ruolo centrale nella valutazione della qualità della vita spetta anche al rapporto con il territorio in cui si vive, sia in relazione alle sue reali caratteristiche e dotazioni che alla percezione che se ne ha. La ricerca "invecchiare in salute" realizzata dal Censis nel 2004 in diverse regioni italiane tra cui l'Emilia Romagna ha fornito alcune indicazioni importanti riguardo la multidimensionalità della condizione di vita degli anziani a partire dalla autovalutazione e dai comportamenti degli stessi. Gli intervistati dell'Emilia Romagna hanno rivelato, a tale proposito, un ottimo rapporto con il loro ambiente: l'89% considera il proprio comune "la comunità alla quale sente di appartenere" e il 97% lo definisce un luogo in cui si vive bene. La dotazione di servizi presenti sul territorio e la reale fruibilità sono fattori strettamente connessi alla buona qualità della vita di un anziano; ma è altrettanto importante capire quali sono i problemi relativi alla zona di residenza percepiti come i più gravi dagli anziani. Sull'autopercezione degli anziani emerge una situazione piuttosto positiva, in cui gli anziani non si sentono tali e mostrano quindi di avere un atteggiamento positivo ed ottimista rispetto alla vita. La sensazione di felicità degli anziani a cosa è legata? Quali sono le cose ritenute più importanti da fare per avere una vita serena nella terza età? Il fattore individuato come il più importante è stato il tenere la mente in

allenamento; il 38,7% ritiene importante coltivare i propri interessi, quali la lettura, oppure il recarsi al cinema o a teatro. Altrettanto importante risulta la cura del proprio stile di vita (21,9%), mentre dedicare tempo agli altri è considerato dal 19,4% degli anziani un modo per vivere meglio la terza età. Un gran numero di anziani si sente ancora giovane e ritiene importante tenersi in attività per restare giovani, sottolineando così l'ottimismo e la voglia di fare.

1.3 Welfare: le politiche sociali

Il positivo allungamento dell'età media, comune a molti paesi industrializzati, pone necessariamente il problema delle sue ripercussioni sociali sia dal punto di vista finanziario sia dal punto di vista della disponibilità dei servizi sanitari e socio-sanitari. Oltre agli aspetti quantitativi, è necessario porre adeguata attenzione ai mutamenti qualitativi (si pensi al progressivo aumento dei "grandi anziani", al fatto che quasi i 2/3 degli anziani sono donne e che la maggior parte degli anziani vive sola) e alle modificazioni degli assetti familiari; aspetti che richiedono la valorizzazione del governo del sistema da parte delle autonomie regionali e locali e un profondo ripensamento non soltanto delle modalità di produzione, offerta e fruizione dei servizi alla persona, ma anche dell'organizzazione complessiva delle comunità, nel tentativo di garantire un migliore equilibrio fra compiti di indirizzo e controllo strategico delle istituzioni, ruolo dei servizi pubblici e funzioni del terzo settore.

In questo quadro, la realizzazione di sistemi di finanziamento e di produzione/distribuzione dell'assistenza continuativa alle persone non autosufficienti, soprattutto anziane, rappresenta il problema fondamentale per qualsiasi sistema socio-sanitario. Qualora su questo tema si raggiungessero risultati simili a quelli conseguiti negli anni '60 nei servizi rivolti all'infanzia, si innescherebbe un nuovo circolo virtuoso fra politiche sociali e sviluppo economico, fondato su una elevata partecipazione al mercato del lavoro.

La Regione Emilia-Romagna, che presenta già oggi una elevata proporzione di popolazione anziana, di oltre due punti percentuali superiore alla media nazionale (22,5% contro 20,3% di persone di oltre 65 anni), avverte particolarmente l'esigenza di continuare a garantire l'accesso ai servizi socio-sanitari residenziali, semiresidenziali, domiciliari alle persone non autosufficienti e la necessità di sviluppare iniziative di sostegno e di consulenza all'attività di cura a domicilio, assicurando al tempo stesso la sostenibilità economica del suo sistema di welfare. L'istituzione del fondo regionale per la non autosufficienza (avviato con DGR 509/07 e 1206/07) rappresenta la risposta principale a tali preoccupazioni. L'obiettivo posto in seno al fondo è stato quello di realizzare un sistema di finanziamento e di produzione dell'assistenza sanitaria e sociosanitaria che sia al tempo stesso equo nell'accesso ai servizi, efficiente ed economicamente sostenibile nel tempo. L'avvio del Fondo regionale per la non autosufficienza ha posto anche le basi per lo sviluppo di politiche di prevenzione della non-autosufficienza, e tra questa l'avvio di programmi di contrasto all'isolamento e alla solitudine.

Le indicazioni regionali, nella fase di avvio del fondo, hanno infatti inteso estendere gli interventi a favore delle persone non autosufficienti, principalmente anziani, e dei loro caregiver, intervenendo su una più ampia fascia di popolazione, ovvero quella che si trova in condizione di isolamento o a rischio di isolamento, che può costituire un fattore rischio verso la condizione di non autosufficienza. Nell'ambito dei programmi finanziati dal Fondo regionale per la non autosufficienza sono stati previsti infatti anche interventi a favore delle persone a rischio di non autosufficienza e fragili.

Per far fronte all'invecchiamento della popolazione, l'OMS ha delineato una cornice strategica, indicata con il nome di **Active Ageing**, con lo scopo di creare e rafforzare le condizioni per un "invecchiamento attivo", le cui basi sarebbero da porre ben prima dell'età anziana. "**Salute, Partecipazione e Sicurezza** delle persone anziane" sono i tre pilastri dell'Active Ageing. L'obiettivo è favorire il passaggio da politiche basate sui bisogni delle persone più anziane, considerate come soggetti passivi, a politiche che riconoscono a ogni persona il diritto e la responsabilità di avere un ruolo attivo e partecipare alla vita della comunità in ogni fase della vita, inclusa l'età anziana. Con il FRNA ed il Piano Sociale e sanitario, in Emilia-Romagna il tema dell' **invecchiamento attivo** è stato concretamente affrontato, con attenzione ai fattori che determinano tale processo e con la prospettiva di creare opportunità per rimanere in attività più a lungo, e tra queste, programmi volti a contrastare la solitudine e l'isolamento e a promuovere forme di aggregazione e socializzazione. A partire dal 2008, nella gran parte degli ambiti territoriali regionali sono stati realizzati programmi per il rafforzamento delle reti sociali, di vicinato, delle opportunità di aggregazione e di relazione per il sostegno delle situazioni di fragilità e di contrasto all'isolamento, così come indicato nell'allegato 4 della DGR 1206/07, "*Linee per la definizione di programmi di sostegno delle reti sociali e di prevenzione per i soggetti fragili*". Con tali linee ai territori veniva indicato che a partire dal 2008, nell'ambito della programmazione dei "Piani distrettuali per la salute e il benessere sociale" dovevano essere inclusi tali progetti prevedendo risorse pari ad almeno il 2% dell'assegnazione complessiva regionale del FRNA su base distrettuale. Nel presente documento, verranno illustrate alcune di tali esperienze, che a livello regionale rappresentano delle buone pratiche da diffondere ed incentivare.

2. GLI ANZIANI A RISCHIO DI ISOLAMENTO: FATTORI DI RISCHIO E PRINCIPALI AREE PROBLEMATICHE NELLA REALTA' REGIONALE

Disegnare un modello di contrasto all'isolamento sociale delle persone anziane comporta una definizione e ricerca in termini di individuazione dei fattori di rischio, del target (quale anziano?), nonché delle strategie da mettere in campo.

Relativamente al primo quesito, bisogna innanzitutto osservare che la fragilità non può essere individuata solo attraverso l'analisi di macro elementi (reddito, situazione anagrafica, ecc), ma è importante analizzare il tessuto entro il quale tali elementi convivono, e ciò in accordo con un approccio integrato al problema. Insieme alla multifattorialità e contestualità del problema è importante tener conto della forte eterogeneità rispetto alle caratteristiche dei soggetti a maggior rischio. L'anziano tout-court non è una categoria di per sé a rischio, piuttosto differenti fattori possono interessare diverse fasce della popolazione senior e non. Nell'ambito di tale eterogeneità emergono nuove potenziali forme di "fragilità", il cui comune denominatore non è l'età cronologica, ma la vulnerabilità sociale (tra questi ad esempio i caregiver degli anziani bisognosi) e culturale (si pensi ad esempio all'anziano che evita di uscire dal proprio domicilio perché non accetta di poter camminare esternamente se non aiutandosi con ausili quali deambulatori o altri ausili) (Nel paragrafo 2.10 il quarto punto delle principali aree di disagio emersa da Passi D'Argento è proprio: anziani con limitata autonomia nella mobilità). Nell'analisi di valutazione del problema, non è possibile dunque tracciare specifici profili, piuttosto individuare aree di principale disagio, tenendo conto della forte eterogeneità e delle differenze individuali (ivi incluse le differenze di genere), nonché il peso o rischio che le principali aree problematiche possono, di volta in volta, assumere.

2.1 L'INDAGINE PASSI D'ARGENTO (ANNO 2009)

Secondo i dati della più recente indagine PASSI d'Argento la popolazione regionale ultra 64enne è costituita da:

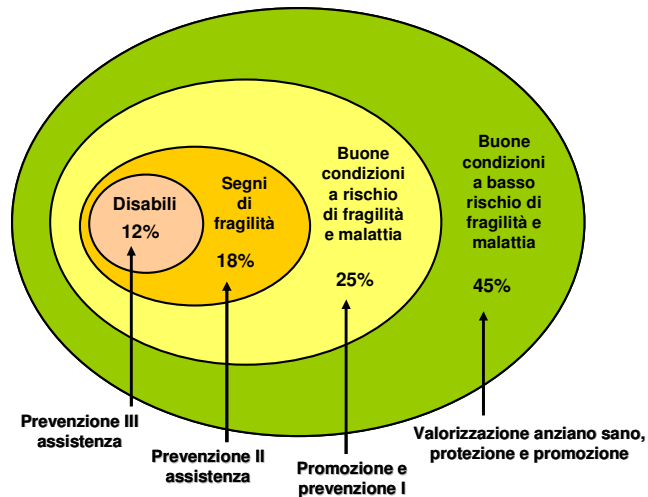
- 45% di persone in **buona salute e a basso rischio di malattia**. Tra gli ultra 74enni la percentuale di persone in buona salute scende al 28%.
- 25% di persone in **buona salute ma a rischio di malattia e fragilità**, senza rilevanti differenze per classi d'età (28% tra i 65-74enni e 23% tra gli ultra 74enni).
- 18% di persone con **segni di fragilità**. Questo gruppo è più rappresentato tra gli ultra 74enni (31% contro 6% dei 65-74enni). Le persone con segni di fragilità possono essere divise in due gruppi: con bassi segni di fragilità (10%) e con marcati segni di fragilità (8%), questi ultimi sono stimati essere 77 mila.
- 12% di **persone con disabilità**, con rilevanti differenze per classi d'età (4% tra i 65-74enni e 18% tra gli ultra 74enni). All'interno di questo gruppo si distinguono i parzialmente disabili (10%) e i totalmente disabili (2%).

L'identificazione di questi quattro gruppi di popolazione¹ è stato ritenuto essenziale per definire le priorità di intervento, per programmare le attività e valutare le strategie messe in atto dai servizi del settore sociale e sanitario e dall'intera società civile.

¹ **Definizioni dei quattro gruppi della popolazione ultra 64enne:**

- **in buona salute e a basso rischio di malattia:** persone che sono indipendenti in tutte le attività di base della vita quotidiana (ADL), hanno bisogno di aiuto al massimo per un'attività strumentale (IADL) e presentano al massimo una "condizione di rischio" (problemi di masticazione, vista o udito oppure insufficiente attività fisica, abitudine al fumo, consumo di alcol fuori pasto, scarso consumo di frutta e verdura oppure sintomi di depressione o rischio isolamento sociale);
- **in buona salute ma a rischio di malattia e fragilità:** persone che sono indipendenti in tutte le ADL, hanno bisogno di aiuto al massimo in una IADL e presentano almeno due delle "condizioni di rischio";
- **con segni di fragilità:** persone che sono indipendenti in tutte le attività ADL e hanno bisogno di aiuto in almeno due IADL; all'interno di questo sottogruppo si distinguono le persone con più marcati segni di fragilità che presentano almeno una delle seguenti condizioni: percezione dello stato di salute "male o molto male", o 10 o più giorni in cattiva salute per motivi fisici/psicologici e 5 giorni con limitazioni negli ultimi 30 giorni, o fin dall'inizio l'intervista è effettuata con l'aiuto del *proxy* o grande peggioramento dello stato di salute rispetto l'anno precedente o perdita di appetito e peso (4,5 kg o 5% o più) nell'ultimo anno;
- **con disabilità:** persone che hanno bisogno di aiuto in una o più ADL; sono a loro volta suddivise in due gruppi: parzialmente disabili (bisogno di aiuto in 1-5 ADL) e totalmente disabili (bisogno di aiuto in tutte e 6 le ADL).

Interventi socio-sanitari per sottogruppo di popolazione



2.2 RAREFAZIONE DELLA RETE FAMILIARE E RETE SOCIALE

Negli ultimi decenni le strutture familiari sono profondamente mutate: semplificazione, diminuzione del numero di componenti per famiglia, minore compresenza di più generazioni all'interno del nucleo (47% delle famiglie con una sola generazione, 50% con due generazioni, 2,8% con tre o più generazioni), varietà accentuata dei modelli familiari. In questo contesto è opportuno richiamare il progressivo invecchiamento delle reti di parentela ed un ruolo sempre più attivo da protagonisti degli anziani nelle reti di parentela: gli anziani non sono solo fruitori ma anche fornitori del sostegno e dell'aiuto. L'indagine "Passi d'argento" ha infatti messo in evidenza che più della metà (52%) degli ultra 64enni intervistati rappresenta ancora una risorsa per la famiglia, i conoscenti o l'intera collettività.

I rapporti di comunicazione, scambio e sostegno che passano attraverso le reti sociali rivestono un ruolo fondamentale per la conservazione di adeguati livelli di benessere degli individui, sostenendo i membri delle famiglie nelle difficoltà quotidiane e di fronte agli imprevisti, consentendo loro di ampliare orizzonti ed opportunità, di ridurre l'incertezza e ottenere solidarietà e compagnia. In Emilia-Romagna comunque un'ampia fascia di popolazione ultrasettantacinquenne vive in nuclei monopersonali, con aumento di tale condizione nelle aree collinari e montane. La condizione anagrafica però non può essere assunta come riferimento unico né principale.

Risulta rilevante la "prossimità residenziale", ossia la residenza di un familiare in un raggio non troppo distante. Questo favorisce il mantenimento di una relazione forte, spesso quotidiana. Questa opportunità assume un valore diverso a secondo del contesto nel quale si vive: le piccole comunità rappresentano una condizione di evidente maggior favore rispetto ai contesti fortemente urbanizzati. Da ultimo vale la pena di sottolineare alcune altre condizioni di **vulnerabilità relazionale**: l'essere celibi o nubili, separati o divorziati, vedovi. La rarefazione delle reti familiari e sociali rappresenta, al di là della condizione anagrafica "formale", una vera condizione di rischio e fragilità rispetto all'isolamento.

2.3 LA PERDITA DELL'AUTOSUFFICIENZA: RICEVERE E ASSICURARE LE CURE

Una condizione di particolare vulnerabilità è rappresentata dalla condizione di non autosufficienza. Il perdere l'autonomia, non solo nelle attività di base della vita quotidiana, ma anche delle attività strumentali, rappresenta una condizione di particolare rischio di isolamento. In particolare la condizione di severa o totale non autosufficienza, legata ad una grave malattia che richiede una costante assistenza o alle fasi della demenza che comportano gravi disturbi comportamentali e/o cognitivi rappresenta una condizione di forte rischio di isolamento, non soltanto per la persona anziana non autosufficiente, ma anche per i familiari che se ne prendono cura.

Da sottolineare il rischio di solitudine dei caregiver, molto spesso donne e sempre più spesso anziane. In questo quadro è da approfondire anche la condizione delle assistenti familiari straniere, che spesso vivono in condizioni di isolamento sociale e relazionale, amplificato dalle difficoltà linguistiche e dalla lontananza dal proprio nucleo familiare.

2.4 MOBILITA' ED ACCESSO

La dotazione dei servizi presenti su un territorio e la reale fruibilità sono fattori strettamente connessi alla buona qualità della vita delle persone. Poter fruire di un rapporto con il territorio in cui si vive, significa sentirsi parte di una comunità. Al contrario l'impossibilità a fruire dei servizi, costituisce una limitazione anche in termini di autonomia, ed una discriminante dei rischi connessi all'esclusione sociale. Garantire il diritto alla mobilità da un lato richiede la qualificazione del trasporto pubblico e dall'altro la promozione di soluzioni innovative e flessibili. Per l'accompagnamento di un anziano in condizioni di parziale autonomia motoria non si intende necessariamente la mera messa a disposizione di un mezzo, ma può includere servizi extra, così ad esempio nei periodi invernali caratterizzati da ampie nevicate, può essere necessario accompagnare l'anziano già dall'uscio di casa (anche facendo varchi tra la neve), per evitare che la persona scivoli. L'uso integrato di diversi sistemi di accompagnamento e l'utilizzo di nuove forme di accompagnamento "a domanda", anche in collaborazione con associazioni e volontariato, possono rappresentare azioni concrete per assicurare il diritto alla mobilità.

2.5 POVERTÀ E BASSO REDDITO

La povertà rappresenta senza dubbio il primo ed importante fattore di rischio, prima ancora dell'età. La situazione reddituale, infatti, favorisce indirettamente un progressivo allontanamento dalla vita sociale (negli ultimi anni ad esempio sono nettamente diminuite le iscrizioni ai corsi delle università della terza età). L'impatto diviene ancor più drammatico, quando ad una condizione di basso livello economico si aggiunge una condizione di non-autosufficienza o comunque problemi di salute con necessità di cure ed assistenza. Allo stesso modo negli "anziani giovani", ovvero in coloro che si trovano in un'età ancora non pensionabile, ma tuttavia senza un'occupazione, si possono verificare cambiamenti drastici della qualità della vita, a causa di problemi economici e per l'impossibilità di fruire degli interventi sociali previsti per gli anziani, con conseguente isolamento ed esclusione sociale. In aggiunta ad un concetto di povertà "oggettiva", si aggiunge, inoltre, quello di povertà soggettiva "percepita" (molti tentativi di suicidio associati ad una percezione di povertà). Il concetto di povertà, necessita dunque di un maggior approfondimento ed allargamento del significato. La percezione di povertà dipende, infatti, anche dai modelli di riferimento e da come vivono le persone intorno. Se ad esempio si è in relazione con persone di fasce di reddito più alto, scatta una maggiore percezione di povertà. Tra povertà ed esclusione c'è un intreccio molto complesso, ma sono due concetti distinti: la povertà è un fattore che può favorire ma non coincide con l'esclusione. Ad esempio nonostante la maggior ricchezza che caratterizza le regioni del nord Italia rispetto al sud, in queste ultime l'esclusione sociale è un problema molto meno presente. Non è detto quindi che la povertà si accompagni all'isolamento, ma la povertà determina molto il modo di vivere e quindi può contribuire ad aumentare di molto il rischio di isolamento, soprattutto in particolari contesti.

2.6 SICUREZZA

Il tema va affrontato da due punti di vista, quello della *sicurezza come rischio effettivo* e quello della *sicurezza percepita*. Dai risultati della seconda indagine di vittimizzazione ISTAT del 2002, è emerso infatti, che gli anziani sono il gruppo a minore rischio di vittimizzazione (rischio effettivo) e ciò sia relativamente ai reati contro la proprietà (scippi, borseggi, furti, ecc), che ai reati violenti (rapine, aggressioni, minacce). La stessa indagine ha messo in evidenza che rispetto alla "sicurezza percepita" gli anziani risultano essere il gruppo a maggiore percezione di insicurezza. Una recente indagine regionale (anno 2011), "Politiche e problemi della sicurezza in Emilia-Romagna" ha mostrato che fra i vari strati della popolazione esistono differenti livelli di rischio di vittimizzazione e che la vulnerabilità non necessariamente è un fattore determinante di questo rischio. Si è visto infatti che il tasso di vittimizzazione degli anziani è solitamente inferiore a quello dei giovani e degli adulti occupati. Anche per la sicurezza è fondamentale la presa in carico individuale, per svolgere un ruolo di filtro e di aiuto uscendo dalla logica dell'emergenza.

2.6.1. Sicurezza e Terremoto

Il sisma che ha colpito, nel 2012, una vasta area del territorio regionale ha portato in evidenza il tema della sicurezza collegato agli eventi naturali in grado di rimettere in discussione apparenti solidità sia fisiche sia psicologiche. Mettersi in salvo durante una scossa, vedere crollare edifici, perdere persone care o conoscenti: ritrovarsi, in sostanza, a dover ricostruire su basi nuove un pezzo importante della propria vita, crea nuove forme di vulnerabilità dove non erano previste e accentua la fragilità dove (come nel caso degli anziani e dei disabili) era già presente. L'esperienza vissuta obbliga tutti a ripensare al concetto stesso di sicurezza garantendola prima di tutto a livello fisico di stabilità degli edifici.

E' necessario, inoltre, diffondere informazioni precise sui comportamenti corretti, prevedendo modalità specifiche di tutela della popolazione fragile per evitare che eventi di questo tipo concorrano ad accelerare il decadimento verso la non autosufficienza. Un elemento in più da consolidare come dato permanente nella rete di tutela individuale a contrasto dell'isolamento.

2.7 INADEGuate CONDIZIONI ABITATIVE

L'anziano che vive solo è quello forse più a rischio di esclusione, ma non debbono essere trascurate le reti informali che possono sostituire le reti formali. La condizione abitativa sicuramente favorisce la costruzione ed il mantenimento di reti sociali, in particolare il carattere di stanzialità dell'anziano è un fattore che non deve essere trascurato. Il concetto di inadeguate condizioni abitative deve essere esteso sia all'ubicazione dell'abitazione rispetto al contesto ambientale (l'abitare in case isolate o in piccole frazioni, spesso spopolate delle zone montane determina un forte rischio di isolamento), sia alle condizioni strutturali e logistiche dell'abitazione. La presenza di barriere architettoniche esterne limita sicuramente la possibilità di relazione con l'ambiente sociale e da un punto di vista assistenziale la presenza di barriere architettoniche, soprattutto interne, costituisce un fattore di rischio rispetto alla perdita di autosufficienza e può anche essere un fattore determinante nella scelta di istituzionalizzazione laddove ostacoli l'organizzazione di un efficace programma di assistenza domiciliare.

2.8 LA SALUTE

Spesso i problemi di salute trascinano con sé le altre problematiche favorendo il rischio di esclusione sociale. In particolare le persone anziane non autosufficienti e bisognose di cura sono anche quelle con più problemi economici. Se la percezione di fragilità da parte dell'anziano è enfatizzata dalle cattive condizioni di salute, ciò è altrettanto vero per il caregiver. In questo contesto le azioni di contrasto all'isolamento e la promozione di una vecchiaia attiva hanno un particolare effetto anche sul piano della salute: il mantenimento di un atteggiamento improntato a stili di vita consoni a stimoli affettivi ed intellettuali sono in grado di ridurre l'aggravarsi della disabilità e mantenere le persone in condizioni di salute migliori rispetto a chi vive in situazioni di esclusione.

2.9 LE DIFFERENZE DI GENERE

In merito alla variabile sesso, emergono due linee generali in lieve contrasto tra loro:

- ◆ le donne sono a minor rischio, poiché sanno meglio autogestirsi e mantengono una partecipazione più attiva rispetto agli uomini, che vivono in modo più drammatico il momento del pensionamento, mentre la donna si mette maggiormente a disposizione degli altri (es: volontariato).
- ◆ Le donne percepiscono redditi più bassi con conseguente rischio di povertà, che è uno dei fattori di rischio di isolamento sociale.

E' necessario partire dall'età adulta: si è anziani anche a seguito di come si è stati adulti. Il lavoro non retribuito di attività domestica e di cura svolto dalla donna è assimilabile in termini di ore al lavoro retribuito. Ciò porta delle ripercussioni nell'età anziana, specialmente dal punto di vista del reddito della donna. Nell'età anziana continua l'attività domestica e di cura da parte della donna e si rileva una prevalenza di vedove: questi due elementi portano un forte rischio di isolamento domestico delle donne, mentre per gli uomini tale rischio è maggiormente legato alla perdita del ruolo lavorativo conseguente al pensionamento. Fino ai 65/70 anni la popolazione è distribuita, mentre emerge una differenza di presenza femminile fino al 15% in più, in particolare tra gli ultra 75enni: in questa fascia d'età circa il 60% delle donne vivono sole o in un nucleo familiare composto da soli anziani. Da diverse ricerche fatte in Italia, emerge che le donne fanno un maggior uso di psicofarmaci, anche a causa dello stress da sovraccarico di lavoro, che è una condizione che continua anche nell'età anziana.

2.10 GLI ANZIANI A RISCHIO DI ISOLAMENTO

La fragilità non può essere dedotta attraverso l'analisi di macro-elementi, ma è necessaria un'analisi del tessuto territoriale in cui è inserito il cittadino. La frammentazione della problematica in mere categorie di soggetti, deve essere sostituita da una visione della persona quale cittadino portatore di diversi bisogni durante tutto l'arco della vita, e ciò anche in un'ottica di *prevenzione primaria* nella lotta all'isolamento ed esclusione sociale. Dall'indagine **Passi d'Argento** è emerso che il 10% delle persone intervistate è risultato a rischio di isolamento sociale. L'isolamento sociale è più diffuso nella fascia d'età 75 e oltre, nelle donne e nelle persone con molte difficoltà economiche. Tra gli ultra 64enni in buona salute e a basso rischio di malattia solo l'1% è a rischio di isolamento sociale. Negli altri sottogruppi questa percentuale sale in maniera statisticamente significativa: 19% nelle persone in buona salute ma a rischio di malattia, 10% nei fragili e ben 33% nei disabili. L'isolamento sociale risulta infine più diffuso nei comuni di montagna e nei capoluoghi. Partendo da queste premesse, è possibile individuare *delle principali aree di disagio*, che rendono l'anziano maggiormente vulnerabile al rischio di isolamento:

- | | |
|---|--|
| ◆ Persone prive di reti familiari, sociali | ◆ Anziani con limitata autonomia nella mobilità |
| ◆ Persone che vivono da sole, o in coppie di soli anziani, >80 e/o bisognose di assistenza continuativa | ◆ Caregivers anziani (soprattutto donne) |
| ◆ Persone a basso reddito | ◆ Anziani che vivono in zone isolate (montagna, collina, rurali) |

3. CONTRASTARE LA SOLITUDINE E L'ISOLAMENTO DELLA POPOLAZIONE ANZIANA

3.1 Alcune considerazioni di ordine generale

Di seguito vengono riportate alcune considerazioni in merito a fattori di ordine generale da tenere in considerazione nello sviluppo di progetti volti a contrastare l'isolamento degli anziani, e che hanno contribuito all'individuazione degli indicatori di cui si dirà più avanti.

3.1.1 Il volontariato: una risorsa potenzialmente illimitata

Il volontariato rappresenta un motore importante per la realizzazione di progetti a favore degli anziani a rischio di isolamento, rappresentando un osservatorio privilegiato nell'intercettare i bisogni, ed il suo ruolo è fondamentale nella promozione della cittadinanza attiva e nella prevenzione dei rischi di solitudine delle persone anziane, rivitalizzando le competenze, le capacità, le relazioni amicali, lo scambio di esperienze di vita. Questo importante capitale sociale, fondamentale per la coesione sociale intra ed intergenerazionale è fattore essenziale per il miglioramento della qualità della vita nel territorio. Per questo deve essere sostenuto, ma soprattutto collegato con le istituzioni e le reti locali. E' questa la condizione necessaria per determinare consapevolezza diffusa ed innovazione nelle politiche sociali. Progettare interventi ed azioni non per, ma con le persone, afferma una concezione globale e non frammentata delle problematiche dei cittadini ed indica un nuovo ruolo per i servizi sociali. Per far fronte alla crescente complessità e diversificazione delle domande, non è più percorribile rispondere con una dilatazione quantitativa e qualitativa delle prestazioni e dei servizi professionali specialistici. Ma occorre che i servizi pubblici assumano sempre più il ruolo di attivatori di processi che mettono in gioco le risorse personali e le reti associative presenti sul territorio, nel quadro di progetti sostenibili ed integrati. In questo senso il volontariato **non rappresenta una risorsa umana a buon mercato** e non si va a sostituire all'erogazione di servizi da parte dell'ente pubblico, ma rappresenta il modo in cui il servizio pubblico si avvicina all'utente finale in un'ottica di solidarietà reciproca e di rapporto educativo tra pari. Apparentemente potrebbe essere la soluzione ideale immediata a molte situazioni di isolamento, ma il volontariato ha bisogno di un'organizzazione attenta e dovrebbe rispondere a criteri di formazione permanente che a volte si tende a trascurare.

3.1.2. Le esperienze dal basso

Sempre nella stessa ottica di protagonismo e cittadinanza attiva è necessario sottolineare come in molti progetti sia importante il concetto di **auto-organizzazione** e le conseguenti strategie di **empowerment**. Chi meglio degli anziani può conoscere i bisogni e le necessità degli anziani? Probabilmente nessuno, ma è vero che anche le richieste e le iniziative dal basso vanno interpretate e canalizzate e, idealmente, messe in rete con altre. Paradossalmente anche l'auto-organizzazione ha bisogno dell'attenzione delle istituzioni e di una crescita culturale di tutte le parti della società civile: risiede forse nell'educazione permanente una delle chiavi per la trasferibilità di progetti e buone pratiche?

3.1.3 La solidarietà tra vicini

Volendo dare dei suggerimenti per l'adozione di strategie che favoriscano la lotta all'isolamento degli anziani e che coinvolgano tutti i livelli della società, si potrebbe partire da una serie di azioni che favoriscano la solidarietà tra vicini di casa, e la presa in carico da parte dei cittadini residenti in una data zona o di un dato stabile degli anziani che vivono in condizione di solitudine e di non totale autosufficienza. Alcune esperienze interessanti, semplici e sostenibili in tal senso, sono state realizzate in alcuni paesi europei, ad esempio "La festa dei vicini" in cui in un dato giorno si organizzano nei territori dei comuni aderenti all'iniziativa delle feste in tutti i condomini e in tutte le situazioni di vicinato. Anche in questo caso però, seppur apparentemente semplici, tali iniziative hanno bisogno di una certa organizzazione e di un livello di cultura della solidarietà che va interiorizzato col tempo e con il favorire iniziative ad hoc.

3.1.4 Guardare l'esistente e partire da quello che si ha

Per il gruppo di lavoro il percorso ha previsto come punto di partenza essenziale il set di risorse tangibili e intangibili concretamente e potenzialmente presenti nella comunità². Ci si è dunque posti il problema della trasferibilità delle esperienze in contesti territoriali e sociali diversi, soprattutto in un periodo in cui il welfare è minacciato dalla crisi economica che ha colpito l'Europa ed in modo significativo l'Italia. L'argomento sebbene piuttosto spinoso suggerisce che in realtà non esiste un territorio senza risorse: certo la mancanza di strumenti culturali impedirebbe di vedere ad esempio in un edificio abbandonato, un potenziale centro di aggregazione sociale, ma il consiglio che è partito da tutti i presenti è quello di cominciare una mappatura di tutte le risorse che sono a disposizione su un dato territorio e partire da quelle. Questo sia in termini di patrimonio immobiliare e di risorse inutilizzate che in quello di risorse umane e associative che restano la base per l'avvio di qualunque strategia di contrasto all'isolamento delle persone fragili, tra cui gli anziani a rischio di non autosufficienza.

3.1.5 L'integrazione dei vari servizi e il lavoro di rete

E quello della mappatura è stato indicato come un nodo chiave per l'avvio di azioni concrete: spesso in molti territori, più che mancanza totale di servizi e di iniziative, quello che si riscontra è la mancanza di comunicazione tra le varie forze sociali che vi operano. È fondamentale una conoscenza molto precisa del territorio in cui si opera e soprattutto vanno incluse, contattate e messe in rete tutte le risorse positive e attive della società all'interno di un dato territorio. Questo per poter sfruttare tutte le sinergie possibili ed avviare il lavoro di educazione permanente nei confronti di cittadini, associazioni ed istituzioni. Da una prima fase di conoscenza descrittiva delle risorse del territorio si dovrebbe poi passare ad una fase operativa di incontri e confronto tra le varie realtà per arrivare ad una fase successiva di progettazione comune tra tutte le forze attive della società, inclusi gli stessi cittadini.

² "Lo sviluppo non dipende tanto dal trovare combinazioni ottime di risorse e fattori produttivi dati, quanto dal richiamare e dall'arruolare per lo sviluppo risorse e capacità nascoste o mal utilizzate"
Hirshman, 1958

4. IMPLEMENTAZIONE DI PROGETTI: ESEMPI DI BUONE PRATICHE

4.1 La lettura dei progetti attraverso indicatori

Al fine di poter decidere quali esperienze, tra le numerose realizzate, potessero caratterizzarsi sia rispetto agli obiettivi da raggiungere che rispetto alla loro replicabilità e sostenibilità, si è seguito un percorso di "identikit" attraverso l'individuazione di indicatori specifici. In relazione alla diversa rilevanza e quindi maggiore o minore importanza, per ognuno di essi si è attribuito un range di valori minimi e massimi, definendo così 3 categorie di indicatori: **Prioritari, Necessari e Ulteriori**

A) PRIORITARI (VALORE 0-15)

I seguenti indicatori costituiscono le caratteristiche principali che un progetto deve possedere per poter essere considerata una buona pratica, pertanto un valore elevato

- **Trasversalità del progetto rispetto agli obiettivi di benessere:** capacità del progetto di agire su diversi ambiti del benessere (ad esempio il progetto promuove la socializzazione ed al contempo incentiva la cura della persona, ecc)
- **Attivatore di empowerment e auto organizzazione:** capacità del progetto di attivare nuove risorse della comunità, promuovendo il protagonismo e la partecipazione in attività di contrasto all'isolamento dell'anziano (comprese attività promosse da anziani attivi)
- **Sostenibilità economica, intesa come:**
 - capacità del progetto di garantire un buon rapporto tra i costi sostenuti ed il numero di utenti coinvolti
 - capacità di intercettare anche fonti di finanziamento alternative a risorse pubbliche

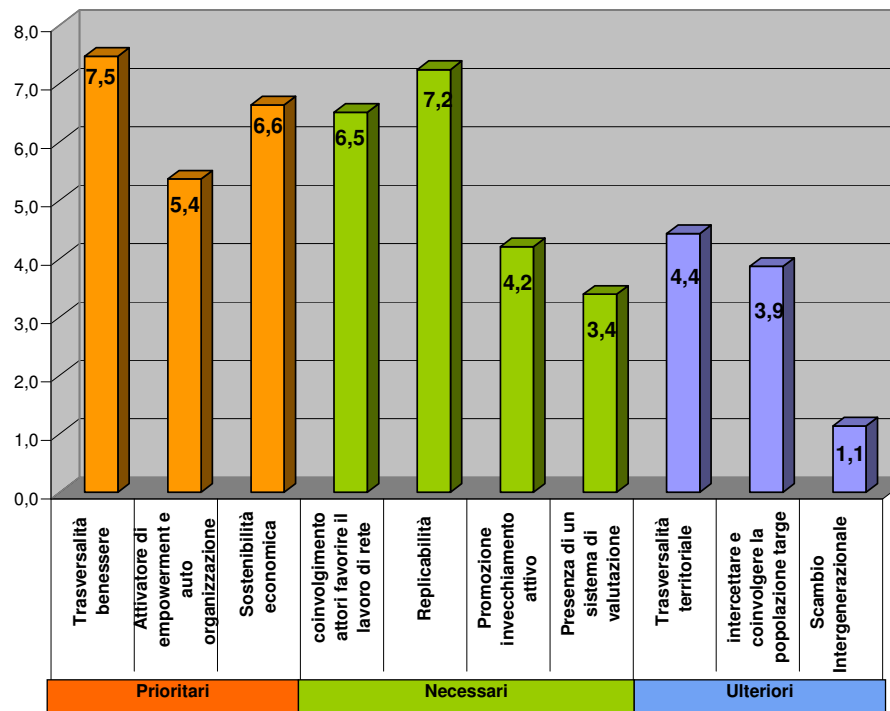
B) NECESSARI (VALORE 0-10)

I seguenti indicatori costituiscono le caratteristiche necessarie che un progetto deve possedere per poter essere considerata una buona pratica.

- **Attori coinvolti:** capacità del progetto di **coinvolgere diversi attori istituzionali e non** (MMG, AUSL, Provincia, Comune e Distretto), privati, realtà del terzo settore (associazioni di volontariato, associazioni di promozione sociale e cooperative sociali), sindacati e altre realtà significative del territorio (es. parrocchie).
Capacità del progetto di **favorire il lavoro di rete tra i soggetti coinvolti**
- **Replicabilità:** possibilità del progetto di essere riprodotto facilmente in altre realtà.
- **Promozione invecchiamento attivo:** capacità del progetto di favorire negli anziani stili di vita sani e attivi anche a livello sociale, a beneficio della comunità.
- **Presenza di un sistema di valutazione** (anche semplice) che consenta di valutare l'andamento del progetto

C) ULTERIORI (VALORE 0-5)

- **Trasversalità del progetto da un punto di vista del territorio:** capacità del progetto di essere realizzato nelle diverse tipologie di contesto territoriale (montagna, collina, città, ecc)
- **Capacità di intercettare e coinvolgere la popolazione target:** capacità del progetto di perseguire il principio di equità di accesso alle attività proposte.
- **Scambio Intergenerazionale :** capacità del progetto di promuovere la solidarietà e gli scambi tra generazioni.



Il grafico mostra come le buone pratiche si siano distinte principalmente per il fattore di **trasversalità**, sia rispetto agli obiettivi di **benessere** (criterio prioritario) , che rispetto al contesto **territoriale** (criterio ulteriore), nonché per il forte grado di **replicabilità** (criterio necessario), che è appunto caratteristica necessaria ad una buona pratica .

Rispetto agli ambiti di isolamento, sono stati invece individuate le seguenti dimensioni:

- ◆ Isolamento dell'anziano a livello territoriale
- ◆ Isolamento dell'anziano a livello sociale – relazionale
- ◆ Isolamento dell'anziano a livello psicologico - culturale
- ◆ Isolamento dell'anziano a livello dell'accessibilità ai servizi socio-sanitari

Per quanto concerne tali dimensioni, la maggiorparte dei progetti esaminati (85%) ha interessato almeno due delle dimensioni individuate. Il contrasto **all'isolamento socio-relazionale** è presente nell'83% dei progetti, seguito dall'isolamento territoriale (presente nel 53% dei progetti) mentre le altre due dimensioni hanno interessato, entrambe, oltre il 40% dei progetti. Risulta evidente che pressoché tutte le buone pratiche riguardano più di un tipo di isolamento. E' possibile pertanto affermare che diverse forme di isolamento possono essere affrontate attraverso un singolo progetto. Il fatto che solo alcuni progetti si siano focalizzati su specifiche dimensioni potrebbe essere dovuto al fatto che appropiarsi il tema dell'isolamento significa affrontare il fenomeno a partire dal contesto generale per giungere poi verso il particolare, cioè verso un target più specifico.

Nella pagina seguente una rappresentazione geografica (distrettuale) della distribuzione delle varie tipologie di combinazioni, quindi della trasversalità rispetto alla dimensione dell'isolamento affrontata dai progetti.

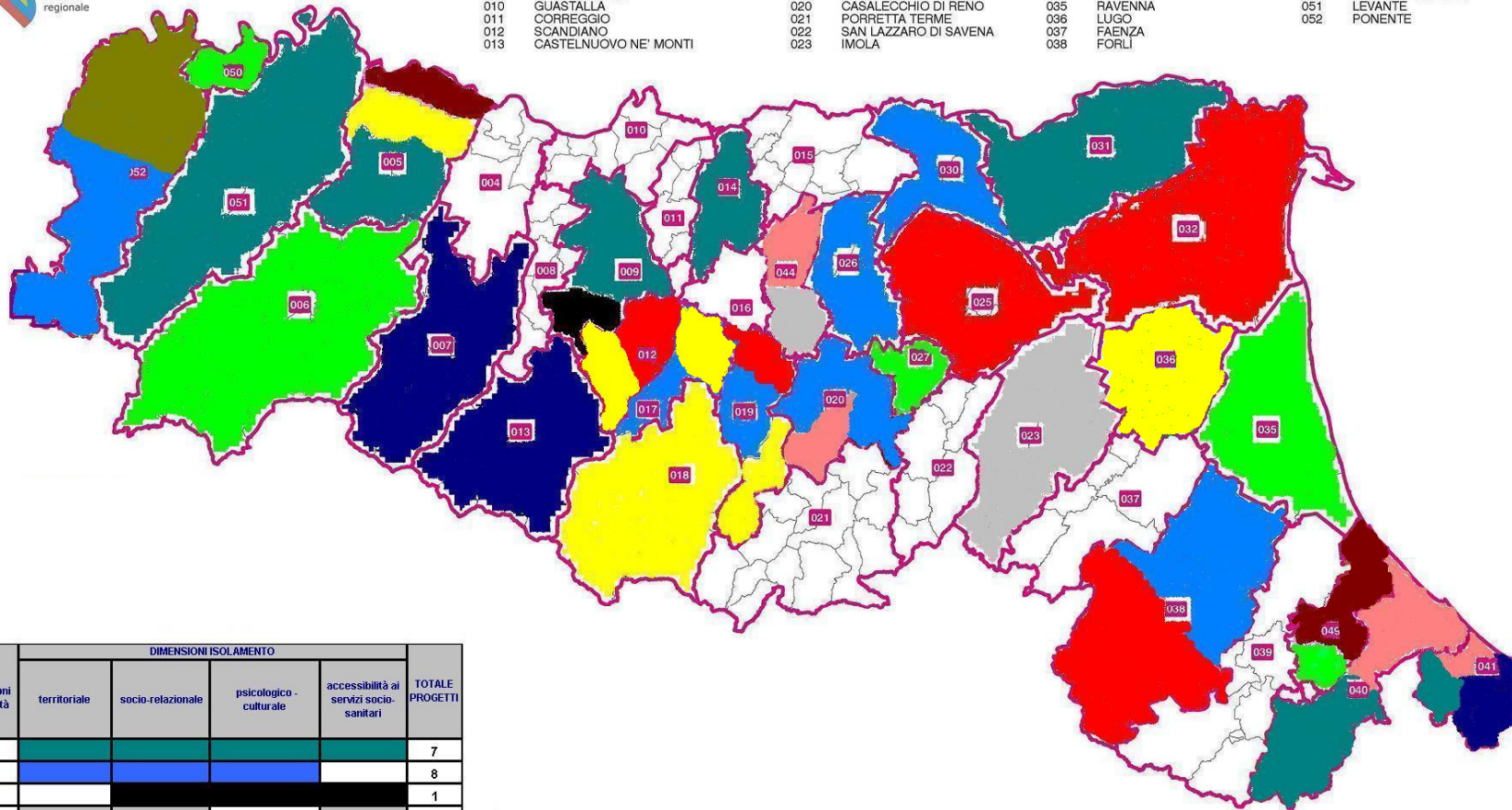
Localizzazione distrettuale delle dimensioni dell'isolamento affrontate dai progetti (*)

Regione Emilia-Romagna
Direzione generale Sanità e Politiche sociali



DISTRETTI SANITARI - edizione Gennaio 2012
L.R. 19/94 e L.R. 29/04

004	PARMA	014	CARPI	025	PIANURA EST	039	CESENA - VALLE DEL SAVIO
005	FIDENZA	015	MIRANDOLA	026	PIANURA OVEST	040	RIMINI
006	VALLI TARO E CENO	016	MODENA	027	CITTÀ DI BOLOGNA	041	RICCIONE
007	SUD-EST	017	SASSUOLO	030	OVEST	044	CASTELFRANCO EMILIA
008	MONTECCHIO EMILIA	018	PAVULLO NEL FRIGNANO	031	CENTRO-NORD	049	RUBICONE
009	REGGIO EMILIA	019	VIGNOLA	032	SUD-EST	050	CITTÀ DI PIACENZA
010	GUASTALLA	020	CASALECCHIO DI RENO	035	RAVENNA	051	LEVANTE
011	CORREGGIO	021	PORRETTA TERME	036	LUGO	052	PONENTE
012	SCANDIANO	022	SAN LAZZARO DI SAVENA	037	FAENZA		
013	CASTELNUOVO NE' MONTI	023	IMOLA	038	FORLÌ		



N° Combinazioni trasversalità	DIMENSIONI ISOLAMENTO				TOTALE PROGETTI
	territoriale	socio-relazionale	psicologico - culturale	accessibilità ai servizi socio- sanitari	
1°					7
2°					8
3°					1
4°					1
5°					6
6°					2
7°					3
8°					5
9°					2
10°					5
11°					3

Elaborazione a cura di:


Archivio cartografico
della Regione Emilia-Romagna

(*) Viene rappresentata la sola dimensione distrettuale e non quella comunale, pertanto nei distretti con più colorazioni, la posizione dei colori non coincide con le aree comunali.

4.2 ESEMPI DI PROGETTI

Contrasto dell'isolamento territoriale, socio-relazionale, psicologico-culturale e dell'accesso ai servizi socio-sanitari

Nell'ambito dei progetti presi in considerazione, sono 7 quelli che interessano tutte le quattro dimensioni.

Distretto	Prov.	Titolo progetto
Levante	PC	Progetto fragilità del distretto
Fidenza	PR	La valorizzazione della terza età
Fidenza	PR	Socializzazione terza età
Reggio Emilia	RE	Sguardi plurali
Carpi	MO	Portierato sociale
Centro-Nord	FE	Giuseppina
Rimini - Riccione	RN	Progetto Nucleo Anziani Fragili(*)

(*) Del progetto si parlerà nel capitolo "Sistemi di sorveglianza integrati tra Comuni, nuclei di cure primarie e la società civile"

PROGETTO FRAGILITA' DISTRETTO DI LEVANTE (PC)

Gli obiettivi e le azioni del progetto

Obiettivi:

- contrastare il crescente fenomeno di vulnerabilità sociale garantendo una risposta integrata ai bisogni primari attraverso una cultura della solidarietà e del coordinamento delle politiche e degli interventi;
- pianificare e realizzare interventi integrati con il concorso del volontariato e del privato sociale di presa in carico di soggetti fragili e vulnerabili a rischio di marginalità
- accompagnare alla fruizione appropriata delle opportunità di aiuto messe in campo (misure di sostegno al reddito, agevolazioni abitative, fornitura di generi di prima necessità, supporto nelle relazioni sociali)

Azioni programmate:

- attivazione e potenziamento del servizio di visitatore domiciliare nelle aree di montagna
- sperimentazione dell'operatore di comunità nelle piccole frazioni isolate del territorio
- criteri per la concessione dell'assegno di cura di comunità
- attivazione di un servizio infermieristico di montagna
- attivazione del servizio di accompagnamento per anziani fragili e senza mezzi
- interventi di sostegno al reddito
- interventi di socializzazione (partecipazione a soggiorni di vacanza)
- facilitazione all'accesso di servizi quali prelievi, servizio sociale, medico di base

Aspetti Innovativi

Istituzione della figura del Visitatore sociale

Promotori e Partner

I 24 Comuni del Distretto di Levante, Azienda USL (Distretto di Levante) Cooperative Sociali "Aurora-Domus", "Coopselios" e "Unicoop"

Utenti

- età superiore agli 80 anni
- basso reddito (pensione minima o pensione sociale)
- condizione abitativa disagiata: situazione di isolamento territoriale
- condizione familiare di solitudine
- salute precaria
- residenza nei Comuni di montagna
- Utenti < 80 anni ma con limitata autonomia e i capacità di svolgimento degli atti di vita quotidiana

Il progetto si distingue perchè:

- Facilmente replicabile
- coinvolgere attori per favorire il lavoro di rete
- intercettare e coinvolgere la popolazione target

FIDENZA (PR)

SOCIALIZZAZIONE TERZA ETA'

Il progetto è stato rivolto a tutti gli anziani residenti nel comune di Roccabianca. Gli anziani soli sono stati contattati attraverso la collaborazione tra l'anagrafe comunale e il Dipartimento Cure primarie. Gli eventi organizzati si configurano come attività di socializzazione volti a fornire momenti di aggregazione degli anziani nel territorio. Il Servizio Anziani del Comune in stretta collaborazione con il Volontariato Auser e il Circolo Anziani organizza eventi, momenti culturali che evocano ricordi comuni di tempi passati invitando tutti gli anziani del paese. Per consentire la più ampia partecipazione, viene offerto a tutti gli anziani che hanno difficoltà a spostarsi, l'accompagnamento da parte di operatori e volontari.

Gli obiettivi e le azioni del progetto

1. Ridurre le distanze tra servizi e fruitori degli stessi, in particolar modo se anziani.
2. Aumentare l'accessibilità dei servizi della rete e la loro fruibilità secondo percorsi sempre più personalizzati
3. Rendere l'anziano protagonista di narrazioni che vengono documentate per favorire la memoria e il ricordo di eventi del passato
4. Favorire o consolidare rapporti che possono mantenersi anche al di fuori delle iniziative stesse
5. Facilitare le occasioni di incontro tra anziani a rischio di solitudine con coetanei maggiormente attivi.
6. Creare momenti di incontro tra generazioni diverse

Promotori

Comune di Roccabianca, Servizio Assistenza Anziani (SAA)

Partner

Cooperativa Aurora, Auser, Circolo anziani

Aspetti Innovativi

- La presenza di operatori e dell'Assistente Sociale permette di incrementare la conoscenza reciproca tra servizi e anziani/famiglie, permettendo di delineare in anticipo le strategie di risposta individualizzate o di Comunità

Il progetto si distingue perchè:

- Facilmente replicabile
- Interessa più aree di benessere
- Attivatore di empowerment e auto organizzazione

VALORIZZAZIONE TERZA ETA'

L'Unione Civica Terre del Po è un Ente costituito da due Comuni di piccole dimensioni, Polesine e Zibello, entrambi legati dal punto di vista naturalistico e storico al fiume Po, da sempre elemento di richiamo turistico e fonte di vita per i paesi rivieraschi. I singoli Comuni (prima) e l'Unione Civica (poi) hanno attivato, anche attraverso iniziative di tipo associativo e con l'apporto delle Associazioni del terzo Settore, servizi volti alla tutela delle persona ed alla loro valorizzazione. In considerazione dell'alto indice di invecchiamento l'Unione ha puntato molto sui servizi di sostegno alla popolazione anziana con un'attenzione particolare alla socializzazione e alla mobilità.

Gli obiettivi e le azioni del progetto

1. mantenimento delle capacità e delle autonomie residue dell'anziano fragile al domicilio e prevenzione dei disagi derivanti da una condizione di solitudine ed emarginazione;
2. miglioramento della mobilità della popolazione anziana intesa sia come possibilità di spostamento fisico all'interno e all'esterno del territorio di residenza sia come interscambio e contatto sociale;
3. riduzione delle situazioni di fragilità sommerse

Azioni previste:

prendere contatto e instaurare relazioni con l'utenza di riferimento, realizzare interventi di sostegno in favore del singolo anziano:

- effettuare commissioni
- servizio di accompagnamento dell'anziano all'esterno del domicilio e coinvolgimento dello stesso in attività quotidiane di tipo pratico e relazionale
- interventi di monitoraggio di situazioni di fragilità
- interventi di socializzazione

Occuparsi dell'accompagnamento di gruppi di anziani per finalità tipo

- ricreativo, sociale e socio-sanitario

Promotori

Unione terre del Po, Servizio Assistenza Anziani (SAA)

Partner

Auser, Circolo anziani

Aspetti Innovativi

Sviluppare servizi a bassa soglia prima che il bisogno raggiunga il livello di alta complessità, facendo perno sulla valorizzazione delle risorse individuali di ogni anziano quale risorsa fondamentale per il più alto livello di autonomia

Il progetto si distingue perchè:

- Facilmente replicabile
- Interessa più aree di benessere
- Attivatore di empowerment e auto organizzazione
- Favorisce il lavoro di rete

REGGIO EMILIA

SGUARDI PLURALI –INTERVENTI INTEGRATI, CONTINUUM DI CURA TRA AUTONOMIA E NON-AUTOSUFFICIENZA: GLI ANZIANI VULNERABILI E FRAGILI

interventi comunitari e di presa in carico leggera per anziani

È sempre più ampia e invisibile la fascia di anziani che sono collocabili nell'area della 'vulnerabilità, connotata da lento e graduale scivolamento in situazioni di povertà, disagio, isolamento. Anziani che si vergognano a considerarsi 'bisognosi' e pertanto sfuggono ai servizi e alla società civile (l'esperienza dimostra infatti che, quasi sempre, gli anziani e le loro famiglie si rivolgono ai servizi di assistenza solo quando la situazione precipita verso la non autosufficienza, soprattutto in presenza di un evento critico improvviso).

Il coinvolgimento della società civile (organizzata e non) può consentire una **intercettazione di tali anziani**, mediante azioni progettuali non connotabili come servizi di assistenza, ma che risultano appetibili per anziani poiché vicine alla **vita normale**. La modalità con cui questa conoscenza avviene passa attraverso la valorizzazione dei legami sul territorio quali 'sensori' e 'antenne' raccordati con i servizi in un luogo comune – **il Tavolo di quartiere** – o in azioni sinergiche tra operatori dei servizi e società civile.

Attori coinvolti nei tavoli di quartiere: gestori di servizi, circoscrizioni, volontariato, centri sociali, sindacati, AUSL, parrocchie, congregazioni di suore, Caritas, commercianti e artigiani, famiglie, referenti di condomini (circa 18-20 persone a tavolo). **Periodicità incontri dei tavoli:** 1 volta al mese

Le diverse tipologie di azioni e conseguenti obiettivi, si sviluppano su tre versanti

A) Lo sfondo socio-culturale: interventi di promozione di una cultura di accoglienza e sostegno agli anziani e di contrasto all'esclusione sociale: animazione territoriale, sensibilizzazione della comunità locale sui problemi dell'anziano, sostegno al ruolo sociale dell'anziano e attivazione di socialità.

B) l'integrazione territorio-servizi-famiglia-anziani: interventi orientati a: creare connessioni tra caregiver, professionali e non sul territorio; ricollocare il centro diurno (e più in generale i servizi domiciliari) all'interno della comunità locale; sostenere i care giver familiari.

C) La persona anziana: azioni di: aggancio e presa in carico leggera, sostegno all'autonomia, socializzazione, promozione dell'autogoverno dei problemi, generazione di senso di sicurezza e protezione.

Il sistema di azioni creato con il lavoro di attivazione comunitaria e di progettazione partecipata nei tavoli di quartiere nel corso degli anni si è connotato per la sua efficacia nella capacità di:

- **attivare la responsabilità e la competenza dei diversi quartieri e delle comunità locali mediante un processo di riflessività e di progettazione partecipata;**
- **intercettare gli anziani prima della insorgenza di un evento critico;**
- **generare un sistema di azioni in grado di interpersi tra la vita ordinaria degli anziani e delle loro famiglie e gli eventi critici, mediante un continuum di cura che dall'animazione comunitaria procede verso attività di presa in carico leggera.**

Nella pagina seguente **ALCUNI ESEMPI** DI PROGETTI RIFERITI AI PUNTI A), B) E C)

Il progetto si distingue perchè:

- Interessa più aree di benessere
- Attivatore di empowerment e auto organizzazione
- Favorisce il lavoro di rete

Gruppo A: animazione territoriale, sensibilizzazione della comunità locale per creare sensibilità intorno ai problemi dell'anziano, sostenere il ruolo sociale dell'anziano e generare socialità

- ❑ **Laboratori tematici** : ad es. attività di coltivazione orti comunali da parte di anziani insieme agli anziani del CD
- ❑ **Corso di ginnastica** per anziani del quartiere presso il CD, parrocchie o altri spazi
- ❑ **Accoglienza di anziani del quartiere** presso gli spazi del CD per emergenza caldo. Ciò permetterebbe di rinforzare la percezione del CD come servizio collocato in una comunità locale

Gruppo B: Interventi orientati a creare connessioni tra caregiver professionali e non sul territorio

- ❑ **Un Calendario per sensibilizzare ed informare:** realizzazione di un calendario del CD con l'aiuto di volontari ed anziani, che con storie e parole valorizzano gli ospiti del CD e al contempo fornisce informazioni sul CD e sulle opportunità
- ❑ **Festa di quartiere presso il CD:** festa organizzata dagli anziani del CD e volontari coinvolgendo il quartiere
- ❑ **Risposte** a problemi specifici come pretesto per creare relazione (ad es piccole manutenzioni offerte da volontari artigiani in pensione)
- ❑ **Incontri di educazione socio-sanitaria** rivolti ad anziani e famiglie e realizzati presso il Cd, centri sociali, parrocchie
- ❑ **Socializzazione con badanti:** promozione incontri socializzazione tra anziani del quartiere con badanti e anziani del CD
- ❑ **Rete di associazioni di volontariato** per consegna farmaci, spesa, monitoraggio situazione di casa

Gruppo C: aggancio e presa in carico leggera, sostegno all'autonomia, socializzazione, promozione dell'autogoverno dei problemi, generazione di senso di sicurezza e protezione

- ❑ **Allestimento telefono amico**
- ❑ **Aiuto programmazione decoder digitale**
- ❑ **Locanda della memoria** (volontari formati come biografi intervistano anziani e ne restituiscono biografia di vita)
- ❑ **Prevenzione incidenti domestici:** incontri formativi presso parrocchie, centri sociali, domicilio
- ❑ **Prestazioni sanitarie leggere** (pressione, iniezioni, ecc) da parte di volontari ex infermieri in pensione
- ❑ **Portierato sociale** valorizzare persone del quartiere che già svolgono funzioni di raccordo e piccoli servizi agli anziani
- ❑ **Mappatura**, mediante presenza sul campo, degli anziani nei centri storici, aree rurali, isolate ecc al fine di fornire elementi utili ai tavoli di quartiere

SGUARDI PLURALI , PROMOTORI E PARTNER

Promotori: Comune di Reggio Emilia, Farmacie Comunali Riunite, ASP - Reggio Emilia Terza Età AUSL distretto di Reggio Emilia

Partner: ACER, Associazione AIMA, Anteas (CISL), Auser, AVO, Emmaus, Casa protetta di Gavassa, Centri di ascolto Caritas, Centro d'incontro Reggio est, centri sociali: Foscatò, Gli orti, Orologio, Rosta nuova, Spallanzani, Stranieri, Tricolore, Venezia, Centro Sportivo Italiano, Circolo Insieme, Consiglio dei ragazzi circoscrizioni, Coopselios, Croce Rossa, Croce verde, Fattoria didattica, Infermieri volontari, medici di medicina Generale, Parrocchie di: Pieve M., Buon Pastore, Sesso, S. Alberto, S. Croce, S. Giuseppe, S. Luigi, S. Paolo, S. Pietro, S. Stefano, Sid, SPI CGIL, UISP, Suore Verbo Incarnato, Volontari Spesa sociale Coop, Volontario ginnastica dolce, Centro Madreperla

SGUARDI PLURALI , ASPETTI INNOVATIVI

- L'intercettazione di nuovi bisogni invisibili ai servizi e non altrimenti intercettabili;
- Il coinvolgimento della comunità locale in termini di assunzione di responsabilità sui bisogni degli anziani del proprio territorio;
- La realizzazione di un welfare leggero di comunità;
- L'aumento di coesione tra soggetti di territorio che diversamente agirebbero su target consueti e comunque ognuno per conto proprio;
- Il monitoraggio continuo del territorio con una rilevazione di eventuali nuovi fenomeni di disagio in tempo quasi reale;
- La realizzazione di una stretta sinergia tra servizi e società civile;
- L'implementazione di uno stile partecipativo e progettuale dell'azione a beneficio di anziani

SGUARDI PLURALI , PRINCIPALI RISULTATI

- La società civile si è immediatamente ingaggiata, in quattro anni il sistema progettuale prodotto (tavoli di quartiere e relative azioni progettuali) sono ormai parte del sistema dei servizi reggiani per gli anziani;
- Gli anziani sono contattati non a partire dai loro bisogni assistenziali, ma in quanto cittadini;
- La città si è arricchita del valore aggiunto dei dispositivi dei tavoli di quartiere come luoghi di confronto, monitoraggio, analisi e approfondimento, progettazione e verifica;
- 1200 anziani non conosciuti ai servizi sono contattati in diverse forme;
- Costi contenuti dell'intera operazione, se si considerano i risultati ottenuti

Il progetto ha previsto la creazione di un presidio socio-assistenziale presso 2 complessi di edilizia residenziale pubblica del Comune di Carpi, abitati in prevalenza da anziani soli e in condizioni di fragilità. E' un servizio con sede nel condominio e con un operatore professionale, dotato di telefono e auto, a disposizione 6 giorni la settimana. L'obiettivo è quello del mantenimento al domicilio di anziani e disabili garantendo interventi di assistenza domiciliare, controllo, socializzazione, supporto alla vita quotidiana ed interventi di prevenzione. Spesso gli anziani o le persone con limitata autonomia rischiano, se restano soli troppo a lungo, di peggiorare la loro condizione e in condomini dove tutti o quasi sono anziani, è difficile che qualcuno possa farsi carico del 'mutuo soccorso'. Il Portierato socio assistenziale è una presenza di ascolto, aiuto e intervento, soprattutto in un'ottica di prevenzione.

L'operatore che presente nel condominio è una figura professionale, formata per rapportarsi con le persone anziane, per organizzare momenti di socializzazione, ascoltare, promuovere il buon vicinato ed attivare, nel caso ve ne sia bisogno, l'intervento di altri servizi, di professionisti e del volontariato di quartiere. Questo lavoro di socializzazione e di aiuto è anche utilizzato, e questo è uno degli obiettivi del progetto, per elaborare nuove proposte e nuove soluzioni per affrontare la fragilità.

Il servizio è stato affidato in gestione attraverso una specifica convenzione all'Azienda Servizi alla Persona (ASP) dell'Unione delle Terre d'argine. In base a tale accordo, ASP mette a disposizione arredi per la sede del nuovo servizio e una persona per 36 ore settimanali. Il Comune si fa carico di dare la disponibilità dell'appartamento sede del progetto.

Obiettivi e attività

Mantenimento al domicilio, attraverso

- Supporto vita quotidiana
- Presidio e monitoraggio continuativo di situazioni di fragilità
- Promozione delle relazioni di vicinato e di supporto reciproco

Per diffondere l'iniziativa

- Incontro di presentazione ai condomini
- Rapporti con amministratori di condominio
- Promozione degli interventi da parte delle Assistenti Sociali responsabili dei casi presso le famiglie
- I presidi, una volta conosciuti all'interno delle realtà condominiali, si sono "autopromossi" tramite il passaparola delle famiglie e degli utenti

Comune di Carpi
Asp Unione Terre D'argine
Azienda Usl Mo – Distretto 1

Coop Soc. Domus Assistenza
Sindacati
Amministratori condomini

Il progetto si distingue perchè:

- Facilmente replicabile
- Interessa più aree di benessere
- Attivatore di empowerment e auto organizzazione
- Favorisce il lavoro di rete
- Promuove l'invecchiamento attivo

PROGETTO GIUSEPPINA CENTRO NORD (FE)

Dopo un'attenta e capillare analisi realizzata dal Comune di Ferrara in collaborazione con le associazioni ARCI "Camelot" ed ACLI "L'Isola", è stato inviata a tutti gli ultrasettantacinquenni residenti nel territorio di Ferrara, una lettera in cui si presentava il progetto, finalità e tipologie d'attività, inoltre s'allegava una scheda in cui si chiedeva ai destinatari d'indicare i propri dati anagrafici ed i bisogni che ritenevano prioritari tra quelli indicati: accompagnamento, consegna spesa, consegna farmaci a domicilio. A seguito della compilazione del questionario, si chiedeva di consegnare la scheda presso le sedi delle circoscrizioni. Le informazioni raccolte sono state trasferite, da parte del comune e delle associazioni coinvolti e, successivamente, consegnate ai referenti del progetto e-Care di Ferrara. Questi, a loro volta, hanno inserito le informazioni nella banca dati realizzata per la gestione degli anziani seguiti in Teleassistenza. I dati raccolti sono stati anche incrociati con quelli già in possesso dal servizio sopraccitato, al fine d'implementare un database unico sulla popolazione anziana fragile e unificare le schede degli anziani seguiti sia in Teleassistenza che nel progetto Giuseppina. La banca dati realizzata ed il software di gestione hanno, fin dal principio, avuto la funzione di raccogliere informazioni e bisogni e condividerli con i soggetti che si occupano d'erogare i servizi per rispondere alle richieste provenienti dagli anziani. L'adesione al progetto ora avviene attraverso il numero verde gratuito, offrendo anche l'opportunità di inserimento nella rete della teleassistenza – E-Care e comporta una comunicazione diretta al Servizio Sociale per valutare se la persona è già inserita in piani assistenziali e per seguire periodicamente l'evoluzione della situazione. Il Progetto, in risposta ai bisogni individuati e secondo le risorse offerte dal territorio, **propone 4 tipi di intervento di sostegno**, finalizzati alla permanenza al domicilio degli anziani fragili:

- Accompagnamento sociale**
- Ginnastica a domicilio**
- Consegna della spesa a domicilio**
- Consegna del farmaco a domicilio.**

Il progetto si distingue perchè:

- Interessa più aree di benessere
- Favorisce il lavoro di rete

Questi ultimi due interventi vengono svolti a titolo gratuito dai negozianti o, nel caso dei farmaci, rientrano in un accordo già vigente fra Farmacie (pubbliche e private) e associazioni di volontariato. La **ginnastica** a domicilio ha preso il via attraverso la costituzione di 21 gruppi per vicinanza di abitazione formati da 1 a 4 anziani ciascuno. Ogni gruppo riceve la visita di educatori (diplomati ISEF o laureati in scienze motorie), specializzati nel settore terza età per un'ora alla settimana in un periodo continuativo di 4mesi. L'attività è erogata dall'UISP di Ferrara che provvede a tutte le azioni progettuali. La parte più consistente del progetto "Giuseppina" riguarda l'**accompagnamento sociale**: svolto da associazioni di volontariato coordinate dal centro H (Coop Integrazione Lavoro) attraverso la prenotazione telefonica raccolta dal numero verde (800 072110). Il Progetto, ormai consolidato rappresenta una valida risposta di aiuto per gli anziani fragili per favorire la loro permanenza a domicilio. Altro obiettivo importante è la **creazione ed il sostegno a reti di vicinato** che si concretizzano nell'organizzazione di forme di accompagnamento e, in modo speciale, nella costituzione dei piccoli gruppi che svolgono la **ginnastica a domicilio** radunandosi nella casa di uno degli utenti. Il rapporto col territorio attraverso circoscrizioni e associazioni fornisce un aggiornamento delle analisi dei bisogni promuovendo nuove attività in risposta agli stessi. Fra le possibilità del futuro emergono azioni più finalizzate al contrasto alla solitudine ed alla povertà vera e propria, attraverso una vitalizzazione delle reti informali di vicinato.

GIUSEPPINA , PROMOTORI E PARTNER

Promotori: Comune di Ferrara, AUSL , ASP "Centro Servizi alla Persona

Partner: Cooperativa sociale "L'Isola", Cooperativa sociale "Camelot", Auser, Anteas , Ferrara Assistenza Onlus, Avulss, Cup 2.000, Coop. Integrazione Lavoro, UISP, Associazione badanti Nadiya

Stakeholders:

Sindacati pensionati: SPI CGIL, FNP CISL, UILP, Associazioni di volontariato in ambito comunale e circoscrizionale, Associazioni dei medici di medicina generale, ANCESCAO, Parrocchie, Associazioni dei commercianti, Associazioni delle farmacie comunali e private, Forzee dell'ordine

GIUSEPPINA , ASPETTI INNOVATIVI

- Coordinamento fra Assessorati: Salute e Interventi Sociali, Decentramento e Partecipazione, Attività Produttive
- Coordinamento territoriale di associazioni di volontariato.
- Messa in rete di risorse del privato sociale
- Gestione di banche dati specifiche
- Gestione di call center dedicati
- Rafforzamento dell'attenzione del Servizio Sociale ai temi della fragilità
- Integrazione tra sociale e sanitario attraverso i medici di medicina generale – Dipartimento delle cure primarie Azienda USL
- Correlazione con la teleassistenza e l'E- Care

GIUSEPPINA, PRINCIPALI RISULTATI

- Miglioramento della rete sociale a sostegno degli anziani fragili
- Offerta di nuove opportunità da inserire nei piani assistenziali individualizzati
- Responsabilizzazione dei caregivers nella ricerca di soluzioni di bassa soglia in risposta a bisogni individuati.
- Potenziamento della qualità delle risposte offerte dalle associazioni di volontariato in modo non isolato ma inserito in un coordinamento condiviso
- Creazione di posti di lavoro in cooperative sociali

Contrasto dell'isolamento territoriale, socio-relazionale e psicologico-culturale

Nell'ambito dei progetti presi in considerazione, sono 10 quelli che interessano queste tre dimensioni. I progetti si caratterizzano principalmente per l'aspetto socializzante, in particolare nel distretto di Vignola, di cui si riporta anche il progetto "Bigodini e dintorni" anche se non facente parte del gruppo (interessa infatti le prime due dimensioni dell'isolamento).

Distretto	Prov.	Titolo progetto
Ponente	PC	La comunità incontra gli anziani (3 progetti in diversi Comuni)
Vignola	MO	Ago filo e dintorni
Vignola	MO	Bigodini e dintorni
Sassuolo	MO	Sostegno reti sociali e prevenzione fragili(**)
Casalecchio	BO	Centro socio-ricreativo
Casalecchio	BO	Casa Masi T
Pianura Ovest	BO	Punto di incontro. Centro socializzazione per anziani fragili
Ovest	FE	Una giornata al verde
Forli'	FO	Promozione di sani stili di vita e supporto a domicilio a favore di persone anziane

(**) Progetto che ha riguardato principalmente la mappatura, le azioni al momento della presentazione del progetto erano ancora in fase di progettazione. Si rimanda all'allegato sui metodi di mappatura

PONENTE (PC) LA COMUNITA' INCONTRA GLI ANZIANI- Comuni di Gragnano Trebbiense, Gossolengo, Rivergaro, Agazzano e Gazzola

Il progetto si inserisce nel Macroprogetto "Sostegno all'autonomia e prevenzione di stati di solitudine di soggetti fragili", ed è stato realizzato nei Comuni della subarea distrettuale bassa Val Trebbia Val Luretta, ognuno come promotore e con azioni specifiche di area

Il progetto è stato rivolto :

Anziani con rete familiare/amicale fragile che vivono nei territori comunali, in frazioni e case sparse :

La prima fase del progetto ha riguardato un'analisi del bisogno delle persone anziane, dalla quale è emerso che:

- 1) gli anziani soli hanno difficoltà ad accedere e ad usufruire dei Servizi Sociali, Sanitari e di servizi per soddisfare le necessità primarie in modo adeguato;
- 2) gli anziani soli hanno bisogno di aumentare e migliorare le relazioni interpersonali attraverso contesti aggregativi

Gli obiettivi e le azioni del progetto

1. favorire il mantenimento degli anziani nel proprio contesto di vita, migliorando la modalità di cura e di vita a domicilio;
2. incrementare la presa in carico al Servizio di Assistenza Domiciliare degli anziani soli nelle case sparse e nelle frazioni, al fine di migliorare la fruibilità della Rete dei Servizi Socio-Assistenziali e di prima necessità in presenza di difficoltà nella cura della persona, di problemi logistici e di comunicazione;
3. mantenere forme di intervento domiciliare individuale al fine di prevenirne l'isolamento e la solitudine: compagnia, ascolto, lettura del giornale, frequenza a funzioni religiose, visita cimiteriale, aiuto nelle relazioni esterne di buon vicinato e amicali, attivazione interventi domiciliari quali la spesa, la consegna dei farmaci, gli accompagnamenti, il disbrigo di pratiche, interventi riguardanti le condizioni climatiche
4. awio e mantenimento della frequentazione di un Centro Aggregativo Comunale per anziani quale forma di sostegno alla solitudine e scambio delle relazioni interpersonali, per ascolto, attività di animazione, musica, canto, danze, giochi da tavolo, proiezioni . L'Accesso al Centro Aggregativo, gratuito, è favorito anche dalla predisposizione di un Servizio di accompagnamento dedicato, anch'esso gratuito, in particolare per chi vive nelle frazioni e case sparse,.
6. incrementare le adesioni all'iniziativa mensile gratuita "Pomeriggio al Cinema" per anziani che desiderano partecipare a questo momento ricreativo-culturale, volto allo scambio di relazioni anche con coetanei dei paesi limitrofi.
7. Servizio di accompagnamento al mercato rivolto ad anziani residenti nelle frazioni (sprovvisti di esercizi commerciali) per garantire l'accesso al mercato per l'approvvigionamento di derrate alimentari, medicinali ecc., nonché l'accesso ai poliambulatori per i prelievi ematici e il ritiro dei referti.

Per diffondere le iniziative:

- Incontri diretti con gli anziani e/o i loro familiari;
- divulgazione delle iniziative attraverso locandina a domicilio ed esposta nelle bacheche pubbliche, nei negozi, negli ambulatori, nelle Chiese ecc.
- contatto telefonico direttamente agli anziani e/o familiari
- pubblicazione delle iniziative sui quotidiani locali e sul sito internet del Comune

Promotori e Partner

Comuni di Gragnano Trebbiense, Gossolengo, Rivergaro, Agazzano, Gazzola
Cooperativa sociale, Auser, Volontari Servizio Civile Nazionale, sindacati pensionati, parrocchie

Aspetti Innovativi

- scambi intergenerazionali grazie ai volontari del servizio civile
- impiego dello stesso personale socio-sanitario già operante nell'ambito degli interventi dei Servizi alla Domiciliarità

Il progetto si distingue perchè:

ha capacità di coinvolgere attori e favorire il lavoro di rete

Attivatore di empowerment e auto organizzazione

VIGNOLA (MO)

AGO FILO E DINTORNI

Le iniziative sono una occasione di incontro, a cadenza settimanale o quindicinale, e coinvolgono le anziane più sole e in condizioni di fragilità e di isolamento territoriale, sulla base di un interesse comune (cucito, lavoro a maglia, uncinetto, ...).

Con questo progetto si è creato uno spazio di incontro dove si sono favorite le relazioni tra anziane e volontarie e quindi l'ampliamento di legami significativi, attraverso la creazione di un ambiente accogliente e informale.

L'esperienza ha le seguenti finalità:

- valorizzare la storia personale, gli interessi e i saperi delle persone anziane
- promuovere ruoli attivi e partecipi degli anziani, anche attraverso iniziative visibili nel paese in cui vivono (le anziane hanno collaborato alla realizzazione di iniziative promosse dal Comune e dalla Scuola Primaria e hanno allestito la bancarella dei manufatti presso la sagra del paese)
- rafforzare i legami che si sono instaurati nel corso degli anni tra le anziane e, laddove possibile, favorirne il loro proseguimento in momenti diversi dallo Spazio di Incontro/Laboratorio.
- nei progetti specifici dove c'è il coinvolgimento della Scuola un ulteriore obiettivo è quello di creare opportunità di incontro e scambio tra le generazioni.

Aspetti innovativi del progetto:

- nel coinvolgere attivamente le persone anziane parzialmente non autosufficienti che risiedono presso le proprie abitazioni in condizioni di solitudine e "ritiro sociale";
- nel graduale distacco dell'educatrice che ha avviato il progetto, che mantiene un ruolo di riferimento sia per gli aspetti organizzativi dell'attività che per la cura dei rapporti con i volontari e le anziane coinvolte
- nell'assunzione della conduzione degli incontri in autonomia da parte delle volontarie che curano sia l'accoglienza che la gestione dell'attività;
- nella programmazione di nuovi sviluppi dello Spazio di Incontro attraverso la costruzione di specifici progetti ad esempio con la Scuola.

PROMOTORI e PARTNER

Unione Terre di Castelli, Amministrazioni comunali coinvolte e Assessorati alle Politiche Sociali

Associazione Auser , Volontari singoli iscritti all'Albo dei Volontari singoli di Unione Terre di Castelli, Istituti Scolastici Comprensivi locali, Circolo ricreativo anziani Ancescao

BIGODINI E DINTORNI

L'iniziativa offre reali occasioni di incontro, a cadenza quindicinale, che coinvolge le anziane più sole e in condizioni di fragilità e di esclusione. L'attività che accomuna le partecipanti, sia volontarie che anziane, è la cura di (messa in piega dei capelli, cura delle mani, ..). Con questa iniziativa sociale si è creato uno spazio di incontro dove si è favorito l'ampliamento di legami significativi, attraverso la creazione di un ambiente accogliente e informale.

L'esperienza risponde ai bisogni di:

- cura e igiene;
- contatto e relazione;
- sicurezza e protezione;
- apertura verso il mondo esterno.

Aspetti innovativi del progetto:

- nel coinvolgere persone anziane parzialmente autosufficienti che risiedono presso le proprie abitazioni in condizioni di ritiro sociale
- nell'assunzione da parte delle volontarie coinvolte della conduzione degli incontri in autonomia, curando sia l'accoglienza che la gestione dell'attività;
- nel graduale distacco dell'educatrice che ha avviato il progetto, mantenendo così un ruolo di riferimento sia nell'organizzazione dell'attività sia per i volontari e le anziane coinvolte.

Sono previsti incontri periodici con le volontarie coinvolte nella gestione dell'iniziativa, con la finalità di:

- raccogliere le riflessioni, le proposte, le difficoltà che vengono dal gruppo di volontari
- valorizzare il loro operato, i punti di forza, le risorse messe in campo
- individuare insieme possibili sviluppi dell'iniziativa e modalità per superare difficoltà ed eventuali problemi.

PROMOTORI e PARTNER

Unione Terre di Castelli, Amministrazioni comunali coinvolte e Assessorati alle Politiche Sociali, Associazione Volontari Ospedalieri, Associazione Auser

Entrambi i progetti si distinguono perchè:

- elevata trasversalità da un punto di vista del benessere: cognitivo, relazionale e cura della persona
- Forte grado di replicabilità

CASALECCHIO (BO)

CASA MASI

Il progetto è rivolto ad utenti anziani parzialmente non autosufficienti o a rischio di isolamento individuati dall'assistente sociale

Il progetto prevede due filoni di attività:

1. servizi di accompagnamento alla spesa e al cimitero, di anziani a rischio di isolamento, che sono utenti del servizio di assistenza domiciliare, tramite l'impiego di volontari;
2. attività di tipo motorio a favore degli anziani inseriti presso il Centro diurno Villa Magri di Casalecchio, effettuate da volontari in possesso di idonea formazione.

Aspetti innovativi del progetto:

Il coinvolgimento di una polisportiva in attività rivolte ad anziani, in sinergia con i servizi sociali territoriali.

L'accompagnamento al cimitero permette di porre attenzione alla sfera emotiva e psicologica dell'utente anziano che attribuisce a questo "rituale" un grande valore affettivo.

PROMOTORI e PARTNER

ASC InSieme Polisportiva MASI di Casalecchio di Reno

L'opportunità del servizio viene comunicata all'utente tramite lo sportello sociale e l'assistente sociale. Ulteriori pubblicizzazioni a cura della Polisportiva.

Il progetto si distingue perchè:

- Trasversalità del benessere
- Forte grado di replicabilità

CENTRO SOCIO-RICREATIVO

Il progetto è rivolto ad anziani parzialmente non autosufficienti o a rischio di isolamento

Gli obiettivi e le azioni del progetto

Il progetto prevede incontri, durante i quali vengono realizzate attività di tipo ricreativo e manuale volte a stimolare le capacità intellettive e le abilità manuali di anziani parzialmente non autosufficienti o a rischio di isolamento. Gli incontri sono tenuti da operatori del servizio di assistenza domiciliare e si svolgono in quei comuni in cui non è presente un centro diurno (Montevoglio e Monte San Pietro) presso locali alternativi idoneamente attrezzati.

Aspetti innovativi del progetto:

Fornitura di un servizio socio ricreativo anche ad utenti residenti in comuni privi di centri diurni mettendo in rete attori e risorse del territorio.

L'opportunità del servizio viene comunicata all'utente tramite lo sportello sociale e l'assistente sociale.

PROMOTORI e PARTNER

ASC InSieme, Auser, Arci Monte san Pietro

Il progetto si distingue perchè:

- Forte grado di Trasversalità da un punto di vista del benessere: cognitivo, relazionale e cura della persona
- Promozione invecchiamento attivo

PIANURA OVEST (BO) PUNTO DI INCONTRO

Il Punto d'incontro, che ha luogo nei locali parrocchiali, offre ad anziani con diverso grado di autosufficienza un ambiente accogliente ed un servizio diurno di prevenzione e riabilitazione di capacità compromesse, nonché attività di socializzazione e di cura assistenziale guidate da personale qualificato. In uno spazio gradevole, in pieno centro a S.G. in Persiceto, il personale incaricato propone situazioni di intrattenimento, azioni di sostegno personale, relazioni mirate a riattivare la memoria degli anziani ed anche occasioni di incontro e di svago per famigliari e badanti: animazione; giochi di gruppo; ginnastica dolce; feste e visite guidate; attività di auto-mutuo aiuto a favore dei famigliari degli anziani.

Finalità del Punto d'Incontro:

- offrire un sostegno sociale all'anziano e alla sua famiglia, anche al fine di favorire momenti d'incontro e socializzazione fra anziani e familiari al fine di migliorare le loro capacità relazionali.
- potenziare, mantenere e/o compensare abilità e competenze relative alla sfera dell'autonomia, dell'identità, dell'orientamento spazio-temporale, della relazione interpersonale e della socializzazione;
- attivare strategie per l'integrazione nel contesto sociale;
- promuovere attività di auto mutuo aiuto a favore dei familiari degli anziani

Utenti

Gli utenti eleggibili sono gli anziani fragili e – in un numero limitato – persone con disturbi cognitivi. Il centro è in collegamento con la rete distrettuale dei servizi per la popolazione anziana. Attraverso gli sportelli sociali comunali viene promossa l'informazione al cittadino circa le opportunità offerte dall'Associazione "Punti d'incontro". Per la formalizzazione del contratto di accesso al Punto d'incontro è richiesta l'adesione all'Associazione.

Aspetti innovativi

L'esperienza si caratterizza per la forte sinergia tra diversi enti del territorio, che mettono insieme forze e risorse per dare risposta ad un bisogno crescente delle famiglie, applicando in modo concreto ed autentico il principio di sussidiarietà; l'iniziativa inoltre è innovativa per la possibilità di una partecipazione di volontari, di famigliari e delle badanti ad integrazione del lavoro degli operatori. In tal modo la struttura si connota come un vero "Punto d'Incontro" tra i bisogni e le risorse degli anziani, delle famiglie, delle assistenti familiari, praticando azioni di sostegno e supporto reciproco sul piano personale e sociale, mirate a promuovere relazioni d'aiuto che valorizzano il capitale sociale della comunità.

PROMOTORI e PARTNER

Comune di San Giovanni in Persiceto, AUSL/Distretto Pianura Ovest, Associazione Punti d'incontro, Parrocchia di S.Giovanni Persiceto, Fondazione del Monte di Bologna e Ravenna, Cooperativa Sociale G.Fanin

Il progetto si distingue perché presenta spiccate caratteristiche relative a:

- Trasversalità del benessere e territoriale
- Attivatore di empowerment e auto organizzazione
- Coinvolgimento attori favorire il lavoro di rete
- Replicabilità
- Promozione invecchiamento attivo
- Intercettare e coinvolgere la popolazione target

OVEST (FE) UNA GIORNATA AL VERDE

L'attività, nata come progetto volto al contrasto delle ondate di calore estive, ha ottenuto un forte riscontro sulla socializzazione tanto che gli stessi partecipanti ne hanno richiesto il proseguimento con un nuovo e più ampio significato volto al contrasto dell'isolamento degli anziani fragili.

Obiettivi principali:

Promuovere attività di aggregazione e socializzazione fornendo un supporto sociale nel mantenimento dell'indipendenza e nelle relazioni, attraverso la creazione di una rete di rapporti interpersonali volti al miglioramento della vita sociale.

Utenti: Anziani in stato di fragilità sociale privi di rete familiare e/o interpersonale in condizioni di particolare isolamento in carico ai Servizi Sociali.

Nello specifico è stata data priorità ad anziani:

- che vivono soli;
- con disagio economico;
- in assenza di figli o altre figure di riferimento.

Azioni: Le persone coinvolte nel progetto vengono accompagnate ogni giovedì mattina dalle 09.00 alle 12.00 presso gli spazi del laboratorio protetto "GRUPPO VERDE", dove vengono svolte varie attività di socializzazione.

Gli aspetti più innovativi

Stimolazione all'aggregazione degli anziani soli esclusi da qualsiasi forma di socializzazione.

PROMOTORI e PARTNER

Servizi Sociali del Comune di Cento, volontariato singolo

Il progetto si distingue perchè:

- Forte grado di replicabilità

FORLÌ' PROMOZIONE DI SANI STILI DI VITA E SUPPORTO A DOMICILIO

Obiettivi principali:

favorire la permanenza a domicilio dell'anziano il più a lungo possibile con una buona qualità di vita;
prevenire situazioni di fragilità/non autosufficienza promuovendo le relazioni sociali e la vita attiva, al fine di evitare situazioni di isolamento e abbandono

Azioni programmate:

- Attività di supporto alle persone sole a domicilio compagnia telefonica (filo d'argento) e a domicilio, spesa a domicilio, accompagnamento presso i presidi sanitari, a fare la spesa, a fare una passeggiata, consegna farmaci.
- Attività di socializzazione presso le sedi di circoscrizione, gestione di centri di aggregazione anziani.
- Attività svolte anche presso le Strutture per anziani volte a migliorare la socializzazione, l'aggregazione e la stimolazione cognitiva degli anziani.
- Attività volte a stimolare un apprendimento continuo e a mantenere attivi il corpo e la mente, mantenere un ruolo attivo nella società, conservare le funzioni che consentono di rimanere partecipi e di stimolare una progettualità, quali: conferenze su tematiche di educazione sanitaria, prevenzione delle malattie e degli infortuni domestici, promozione di sani stili di vita, cultura generale, corsi di manualità, socializzazione, scambi culturali, concorsi letterari, gite al mare e in montagna;
- Programma di promozione di sani stili di vita coinvolgendo persone a rischio di patologie in attività motorie, educazione alla salute, all'alimentazione ecc.

Gli aspetti più innovativi riguardano la promozione di stili di vita sani nelle persone anziane, attraverso il mantenimento della vita attiva, il sostegno delle reti sociali e relazionali, la valorizzazione di interessi culturali e di apprendimento, l'educazione alla salute E alla sana alimentazione e l'attività motoria

PROMOTORI e PARTNER

Comuni di: Forlì, Bertinoro, Civitella di Romagna, Forlimpopoli, Galeata, Meldola, Modigliana e S.Sofia; "AUSER Volontariato di Forlì- Onlus", Associazione Cardiologica Forlivese A.Usl di Forlì, Fondazione Cassa dei Risparmi di Forlì, Associazione diabetici forlivesi, Associazioni Anziani (Centri sociali), Istituzioni scolastiche

Il progetto si distingue perchè:

- Trasversalità del benessere
- Attivatore di empowerment ed autorganizzazione
- Capacità nel favorire il lavoro di rete
- Forte replicabilità

Contrasto all'isolamento socio-relazionale, psicologico-culturale e dell'accesso ai servizi socio-sanitari

REGGIO EMILIA – TELEFONO AMICO

Utenti: Persone anziane (oltre i 65 anni), anagraficamente sole, individuate da elenco anagrafico.
Persone anziane e non che contattino o si rivolgano direttamente alla sede del Telefono amico.

Obiettivi principali:

L'obiettivo è togliere il più possibile gli anziani dalla solitudine in cui vivono, tramite telefonate, feste, gite, incontri con altre persone, ecc.; mettere al centro di una rete sociale, culturale, dei servizi, persone sole che non hanno mezzi e strumenti per soddisfare i propri bisogni in autonomia; dare loro ascolto; incentivare il volontariato del territorio verso una maggiore solidarietà fra le persone.

Azioni:

È attivata una linea telefonica e che risponde 2 ore al giorno per 6 giorni alla settimana; inoltre è aperta una sede fisica del servizio.

Le azioni realizzate tutte da personale volontario sono:

- telefonate periodiche alle persone più anziane e sole per sentire come stanno e raccogliere eventuali loro bisogni;
- telefonate alle persone anziane, il giorno del loro compleanno per fare loro gli auguri;
- Servizio di URP per gli anziani, per dare loro indicazioni sui servizi, sulle procedure da seguire e sugli uffici a cui rivolgersi;
- Feste rivolte agli anziani (15 agosto, 8 dicembre);
- Accompagnamento degli anziani soli per visite mediche, spesa, piccole commissioni, pratiche negli uffici pubblici, altre esigenze particolari ;
- "Filos": incontri finalizzati a stare in compagnia.

Gli aspetti più innovativi

- Mettere al centro di una rete sociale, culturale, dei servizi, persone sole che non hanno mezzi e strumenti per soddisfare i propri bisogni in autonomia.
- L'attività è mossa dal volontariato per cercare di coinvolgere il più possibile la cittadinanza.
- Dare ascolto a chi è solo;
- Dare voce a chi non ne ha, diffondendo tali iniziative fra la cittadinanza, in modo da prevenire situazioni di abbandono che vengono alla ribalta solamente tramite le cronache giornalistiche;
- Incentivare il volontariato del territorio verso una maggiore solidarietà fra le persone

Per diffondere le iniziative:

- Telefonate direttamente agli anziani coinvolgibili;
- Volantinaggio presso i punti di maggiore interesse per gli anziani;
- Contatto diretto con Asp "Opus Civium" che gestisce i servizi per anziani del territorio

PROMOTORI e PARTNER

Auser , Asp Opus Civium, Unione Terra di Mezzo, Comune di Castelnuovo di Sotto, Volontariato del territorio

Il progetto si distingue perchè:

- Elevata trasversalità del benessere
- Forte attivatore di empowerment ed autorganizzazione
- Alta capacità nel favorire il lavoro di rete
- Promozione invecchiamento attivo
- Forte replicabilità

Contrasto dell'isolamento territoriale, socio-relazionale, e dell'accesso ai servizi socio-sanitari

IMOLA (BO) MAPPATURA E SOSTEGNO DEGLI ANZIANI IN CONDIZIONE DI VULNERABILITA' SOCIALE E SOCIO-SANITARIA (**)

Il progetto è stato realizzato in due fasi, una prima fase che ha riguardato la definizione concettuale e mappatura delle persone in situazione di vulnerabilità (intervento A) , ed una seconda fase che ha riguardato gli interventi veri e propri (intervento B).

Intervento A)

Per poter realizzare una mappatura del territorio si è cercato di individuare i soggetti considerati in stato di "vulnerabilità" nel momento temporale dell'attuazione della mappatura ossia maggiormente a rischio di disagio economico, socio-relazionale e sanitario. Sono stati definiti i seguenti indicatori di rischio:

- età anagrafica
- composizione familiare
- assenza di servizi
- ricoveri ospedalieri e condizioni di salute
- persone invalide al 100% e che percepiscono l'indennità di accompagnamento
- condizioni economiche
- condizioni abitative
- reti sociali.

Partendo dagli elenchi anagrafici (anziani ultra80enni soli o con un altro anziano) sono stati individuati n. 6042 soggetti considerati in stato di vulnerabilità di primo stadio. Successivamente si è proceduto verificando quali fra questi 6042 soggetti erano conosciuti dai servizi (tot.1132) ed accantonati dall'elenco dei soggetti fragili poiché l'attenzione voleva essere più per i soggetti non conosciuti dai servizi socio-sanitari al fine di verificare se queste persone non fossero informate rispetto alla gamma di servizi territoriali e se un'opportuna informazione potesse portare ad una presa in carico e dunque ad un'azione di prevenzione. Attraverso ulteriori selezioni, con la collaborazione delle assistenti sociali e dei MMG e del volontariato. Dopo una prima fase di realizzazione della mappatura, è stato effettuato un aggiornamento della stessa sulla base delle varie segnalazioni pervenute dai MMG e dagli operatori socio-sanitari del territorio.

Intervento B):

Diversificazione e flessibilità nell'offerta dei servizi di supporto in situazioni di fragilità;

Offerta di servizi aggiuntivi a sostegno di nuclei con presenza di soggetti deboli;

Aggiornamento e predisposizione piano caldo per la tutela dei soggetti fragili.

Attività di consegna ed assistenza al pasto;

Supporto assistenziale a soggetti gravemente infermi e privi di adeguato supporto parentale, in regime di ricovero ospedaliero;

Attività di animazione al domicilio per il mantenimento delle abilità funzionali e di integrazione sociale;

Mantenimento dell'accoglienza diurna nei centri diurni per anziani per le domeniche di sollievo alle famiglie;

Azioni di contrasto alle ondate di calore (Piano Caldo).

Principali aspetti innovativi

Le linee di intervento predisposte dalla regione per mitigare l'impatto di eventuali ondate di calore, sono state lette ed attuate con la prospettiva di costruire un sistema di interventi ordinario e strutturato a livello di ambito distrettuale; il piano di interventi predisposto e realizzato per un particolare momento dell'anno, può essere utilizzato in un'ottica più ampia per contrastare l'isolamento e la solitudine delle persone fragili. L'insieme delle attività si muove nell'ottica di offrire servizi flessibili e diversificati a sostegno dei nuclei in cui sono presenti anziani e disabili che versano in condizioni di fragilità implementando prestazioni aggiuntive rispetto al tradizionale approccio di tipo assistenziale.

PROMOTORI E PARTNER

AUSL Imola, Associazioni di Volontariato Locali, Cooperazione Sociale

(**) si rimanda al report sugli strumenti di mappatura, per maggiori dettagli del punto A)

Il progetto si distingue perchè:

- Capacità di intercettare la popolazione target

-Forte replicabilità

Contrasto dell'isolamento territoriale e socio-relazionale

Distretto	Prov.	Titolo progetto
Fidenza	PR	Filo d'argento Auser
Scandiano	RE	Stare bene insieme
Pavullo	MO	Attività di sostegno delle reti relazionali e sociali
Vignola	MO	Bigodini e dintorni(***)
Sassuolo	MO	Miglioramento rete dei servizi
Lugo	RA	Contrasto all'isolamento e della solitudine dei soggetti fragili

(***) il progetto è stato illustrato nel paragrafo 6.2

SCANDIANO (RE) STARE BENE INSIEME

Si tratta di una serie di progetti rivolti ad anziani con autonomie relazionali, ma con scarse reti parentali o amicali o residenti in frazioni isolate delle località montane.

Ogni territorio comunale ha svolto iniziative legate alle realtà e caratteristiche proprie della comunità locale , oltre che all'apporto diversificato delle associazioni e del volontariato presenti storicamente sul territorio. A parte le più strutturate iniziative "la finestra sul cortile", Corso di internet , corso di ballo, le iniziative messe in campo sono state giornate organizzate all'interno dei centri sociali di attività occupazionali (produzione di piccoli oggetti per i mercatini locali), tombole, organizzazione di visite a musei , escursioni presso località turistiche , partecipazioni ad eventi /manifestazioni particolari.

Aspetti innovativi

Continuità delle relazioni fra i partecipanti anche al di fuori delle iniziative/attività

Diffusione progetto

Ogni comune in collaborazione con le associazioni/volontariato, ha provveduto alla diffusione attraverso locandine nei punti di maggior affluenza degli anziani (Farmacie, ambulatori medici, centri sociali) e attraverso le pubblicazioni informative dei Comuni stessi.

PROMOTRI E PARTNER

Comuni SAA, AUSER, Centri Sociali Anziani autogestiti, associazionismo e volontariato

Il progetto si distingue perchè:

- Forte replicabilità
- Attivatore di empowerment ed autorganizzazione
- Intercettare e coinvolgere la popolazione target

FIDENZA (PR) FILO D'ARGENTO AUSER

Il progetto Filo d'Argento si propone di attivare servizi completamente gratuiti. E' rivolto agli anziani soli e a rischio di fragilità, per aiutarli nella socializzazione e a vivere dignitosamente nel proprio contesto ambientale, personale.

Obiettivi :

Mantenere quanto più possibile l'anziano in condizione di autonomia all'interno del proprio ambiente familiare e del proprio contesto abitativo e relazionale

Favorire momenti di relazione

Assicurare momenti di sollievo alle famiglie degli anziani

Sostenere emotivamente l'anziano, aiutarlo a sentirsi attivo e vitale per prevenire sentimenti di inutilità e depressione

"Agganciare" il maggior numero di anziani soli proponendo servizi gratuiti

Azioni:

-compagnia e sostegno morale: fornisce un sostegno psicologico, affettivo e dell'umore, esercita con la dovuta discrezione un vero e proprio monitoraggio della situazione abitativa;

-visite ad amici o parenti: i volontari accompagnano l'anziano a visitare amici o parenti con l'auto attrezzata per i disabili del Comune

- Aiuto in piccole commissioni

- uscite di gruppo

- telefonate di compagnia: ogni settimana i volontari telefonano agli anziani che hanno

Attivato il telesoccorso con una duplice funzione: verificare i bisogni e socializzare

PROMOTORI e PARTNER

Comune di Busseto, Auser

Il progetto si distingue perchè:

-Forte replicabilità

- Trasversalità territoriale

-Promozione invecchiamento attivo

SASSUOLO(MO) MIGLIORAMENTO SERVIZI

Il progetto è rivolto a Persone a rischio isolamento e solitudine per ragioni geografiche e anche socio-culturali. In particolare, l'iniziativa è rivolta ad anziani fragili residenti in zone montane e decentrate del Distretto.

I 4 Comuni dell'area montana del Distretto di Sassuolo hanno inteso intensificare il servizio sociale dotandosi di una figura professionale (Assistente Sociale) in grado di svolgere un lavoro capillare sul territorio montano, finalizzato a individuare e prevenire le condizioni di isolamento e solitudine delle persone anziane che, in molti casi, vivono ancora sole ed in località lontane dai centri urbani. L'assistente sociale incaricata ha il compito di coordinare gli interventi –ad ampio raggio- inseriti nell'ambito della domiciliarità, in modo da omogeneizzare le modalità di lavoro tra i 4 Comuni che hanno caratteristiche socio-demografiche e morfologiche simili. L'individuazione di un'unica figura che svolge il coordinamento per i Comuni dell'area montana si è rivelata proficua anche nell'ambito della progettazione locale (Piani di Zona). Anche per l'Ufficio di Piano, infatti, l'unicità del referente per l'area montana in materia di domiciliarità ha rappresentato un vantaggio: l'assidua presenza delle referente unica ai tavoli di lavoro dei piani di zona ha consentito una progettazione degli interventi attenta alle esigenze specifiche del territorio montano.

Aspetti innovativi

Il potenziamento delle attività del Servizio Sociale professionale nell'area montana dei Comuni ha consentito un potenziamento anche delle opportunità di accesso ai servizi da parte di quelle fasce di popolazione (per lo più anziani soli) più difficilmente intercettabili dai servizi di sostegno e di prevenzione e che hanno maggiori difficoltà (anche per ragioni di lontananza geografica) ad accedere ai Servizi.

PROMOTRI E PARTNER

Comuni di Frassinoro, Montefiorino, Palagano, Prignano sul Secchia, Az. USL – Distretto di Sassuolo

Il progetto si distingue perchè:

-Forte replicabilità

- Trasversalità territoriale

-Intercettare e coinvolgere popolazione target

PAVULLO (MO) - Relazione gruppi informali e rete dei servizi

Il programma nasce da una ricerca effettuata in ambito distrettuale che ha messo in evidenza la presenza di diverse iniziative e interventi, però non sempre collegate con la rete dei servizi. Pertanto ciascuna amministrazione Comunale, sulla base di quanto evidenziato sul proprio territorio, ha utilizzato differenti metodi di selezione di individuazione delle persone da coinvolgere. La specificità della zona del Frignano, che racchiude tutte le caratteristiche tipiche di un territorio montano (elevata estensione territoriale, bassa densità abitativa, elevato indice di vecchiaia, etc) ha condotto alla definizione di un programma di ambito distrettuale che contiene al suo interno diverse azioni. Ciò si è reso necessario in quanto ciascuna delle 10 Amministrazioni Comunali appartenente all'ambito distrettuale, presenta caratteristiche differenti. Gli obiettivi fondamentali del programma sono:

- 1) promuovere forme di collaborazione, stabili e durature nel tempo, tra gruppi informali e servizi;
- 2) potenziare le forme di integrazione nelle progettazioni sociali e sociosanitarie in collaborazione con l'Associazionismo.

Ne consegue che le azioni programmate, le relative fasi e tempi e lo stato di realizzazione, sono strettamente connessi alla specificità di ogni singolo intervento avviato. Il principale aspetto innovativo riscontrato riguarda la continuità nel tempo delle forme di collaborazione sia tra gruppi informali e servizi e sia di progettazione congiunta tra l'ambito sociale, sanitario e il terzo settore.

PROMOTRI E PARTNER

Comuni SAA, AUSER, Centri Sociali Anziani autogestiti, Associazionismo e volontariato

Il progetto si distingue perché:

- Attivatore di empowerment ed autorganizzazione
- capacità di coinvolgimento attori e favorire il lavoro di rete

LUGO(RA) Contrasto all'isolamento e della solitudine dei soggetti fragili

Il progetto è rivolto ad anziani senza rete di supporto parentale o amicale in situazione di fragilità (vulnerabilità sociale e sanitaria).

Per diffondere l'iniziativa sono state realizzate le seguenti azioni:

- invio di specifica informativa a tutti gli anziani individuati dalla mappa dei soggetti fragili
- incontri dedicati con i MMG
- incontri con i volontari coinvolti finalizzati al monitoraggio attraverso l'acquisizione delle informazioni scaturite dalle telefonate

Obiettivi ed Azioni:

- Aggiornamento e manutenzione del registro Provinciale delle persone con fragilità
- Mantenimento delle attività dei volontari che, con il supporto delle consulte di quartiere e dei consigli frazionali e in collaborazione con gli operatori della rete dei servizi per anziani, prendono in "affidamento" le persone del loro quartiere/frazione i cui nominativi sono estratti dal registro fragili
- Svolgimento di attività di telefonia sociale (monitoraggio a distanza) e interventi di assistenza leggera e prassi di buon vicinato (visite domiciliari di verifica per i casi critici e di compagnia, accompagnamento per disbrigo pratiche burocratiche, organizzazione di momenti di socializzazione, spesa a domicilio)
- Segnalazione ai servizi di riferimento delle situazioni ad elevato rischio rilevante
- Promozione e attivazione di servizi di supporto al domicilio (interventi mirati di assistenza domiciliare, pasti, spesa, farmaci, telesoccorso, accompagnamento sociale) a favore di utenti fragili che possono trarne reale beneficio.

Aspetti innovativi

azioni proattive e di prevenzione che si sostituiscono ad una strategia di attesa della domanda e ad una troppo frequente risposta di emergenza

PROMOTRI E PARTNER

Promotori: Unione dei Comuni della Bassa Romagna – Comuni del Distretto, A.U.S.L. di Ravenna – Distretto di Lugo

Partner: Associazioni di volontariato (Auser, San Vincenzo), Sindacati, Consigli frazionali di quartiere, Diocesi e Parrocchie

Il progetto si distingue perché:

- Trasversabilità benessere
- Attivatore di empowerment ed autorganizzazione
- Intercettare e coinvolgere la popolazione target
- capacità di coinvolgimento attori e favorire il lavoro di rete

Isolamento territoriale e di accessibilità ai servizi

Distretto	Prov.	Titolo progetto
Ponente	PC	Interventi a sostegno fragilità' e prevenzione isolamento nella comunità montana
Ponente	PC	Servizio socio-sanitario di base presso la casa Albergo

PONENTE (PC) INTERVENTI A SOSTEGNO FRAGILITÀ' E PREVENZIONE ISOLAMENTO NELLA COMUNITÀ MONTANA

Il progetto nasce come risposta al bisogno di garantire un appoggio agli anziani e disabili in stato di fragilità, che vivono in piccole frazioni della montagna e che a seguito dell'isolamento e dell'abbandono dei territori da parte delle famiglie e dei giovani rischiano una ospedalizzazione precoce per depressione e senso di abbandono. L'utente anziano tipo ha un'età superiore ai 65 anni e vive in zone di montagna difficili da raggiungere con mezzi pubblici, non ha rete familiare che possa aiutarlo negli spostamenti per recarsi a presidi medici. L'utente disabile è un adulto che vive in un contesto di isolamento con genitori anziani oppure senza rete familiare, e che ha difficoltà a muoversi e ad accedere a cure e servizi.

Obiettivi e azioni

L'obiettivo principale era rilevare tutti i casi di anziani e disabili isolati sconosciuti ai servizi e capire il loro bisogno.

La prima azione programmata è stato il coinvolgimento dei MMG a cui sono stati sottoposti, da parte delle Assistenti Sociali, gli elenchi degli anziani residenti che i Medici hanno spuntato e segnalato al Servizio i casi che potevano connotarsi come fragili. Successivamente le Assistenti Sociali hanno effettuato le visite domiciliari agli utenti e verificato il bisogno, in seguito sono stati attivati i servizi di:

- accompagnamento per gli utenti che necessitavano di recarsi presso i presidi medici ed ospedalieri,
- sentinella del territorio, per i comuni in cui l'isolamento e la fragilità dei casi riscontrati necessitavano un monitoraggio continuo per evitare il peggioramento delle situazioni sia sanitarie che sociali;
- consegna medicinali per i Comuni più lontani dalla Farmacia
- Per gli anziani soli residenti nel Comune di Cerignale l'amministrazione ha stipulato, con una modica spesa (700€) l'abbonamento giornaliero al quotidiano "Libertà" nei mesi invernali. Il giornale viene consegnato dal postino che funge da sentinella per il territorio venendo quotidianamente a contatto con gli anziani.

Nelle zone più isolate sono stati attivati dei volontari con il compito di monitorare gli anziani soli e relazionare alle Assistenti Sociali in caso di cambiamenti o di necessità sanitarie o sociali, in alcuni casi queste "sentinelle" sono state utilizzate anche per la consegna dei medicinali. Mediante il progetto sperimentale di accompagnamento sociale l'intero territorio degli otto comuni è presidiato e monitorato e criticità quali l'isolamento, la mancanza di reti parentali, sono sopperite dalla rete di servizi messi in atto.

Aspetti innovativi

Il principale aspetto innovativo è la sinergia dei servizi e del volontariato creata intorno alle persone.

Promotori e Partner: Ufficio di Piano, Ufficio Associato per la Gestione dei Servizi Socio Assistenziali, AUSER, Associazione Alpini Sezione di Mezzano Scotti, Cooperativa Coopselios, Direzione del quotidiano "Libertà"

Il progetto si distingue perchè:

- Capacità di intercettare la popolazione target
- Trasversalità territoriale

PONENTE (PC) SERVIZIO SOCIO SANITARIO DI BASE PRESSO LA CASA ALBERGO "JACOPO DA PECORARA"

La casa albergo "Jacopo da Pecora" è una struttura pubblica situata nel centro di Pecorara, un piccolo borgo in zona montana sorta con l'intento di accogliere durante i mesi invernali gli anziani o gli adulti in difficoltà residenti in frazioni isolate e permettere loro la tutela adeguata e consentire la loro permanenza all'interno del contesto socio-culturale di appartenenza .

Obiettivi e azioni

- Potenziare l'offerta , migliorando il grado di tutela dei residenti mediante attività assistenziali di base strutturate;
- Ampliare l'accesso a utenza nuova;
- Valorizzazione di una risorsa ritenuta fondamentale per tutto il territorio dell'Alta Valtidone
- Costituire un polo di riferimento per i servizi assistenziali dell'area territoriale

Gli utenti che richiedono l'accesso alla Comunità Alloggio sono individuati in collaborazione con l'assistente sociale comunale e riguardano anziani e adulti fragili parzialmente autosufficienti soli e bisognosi di cure. Viene richiesta la collaborazione del SAA del Distretto per la valutazione degli utenti gravati da specifiche patologie o da parziale non autosufficienza . Anche per l'individuazione degli anziani che possono fruire del servizio di accompagnamento sostenuto dai volontari con il mezzo messo a disposizione del Comune di Pecorara viene effettuata specifica valutazione dal servizio sociale comunale

Aspetti innovativi

- Costituire un bacino di risorse sufficiente e utile ad assicurare un servizio di pronta disponibilità, sia diurno, sia notturno per l'utenza fragile .
- Utilizzo della struttura come riferimento primario anche per l'utenza fragile al domicilio, ma potenziale utente della struttura
- Sinergia con l'associazione del volontariato locale

Promotori e Partner:

AUSL, Comune, SAA, Associazione volontari Pecorara gente, cooperativa COOPRA

Il progetto si distingue perchè:

- Capacità di intercettare la popolazione target

Contrasto dell'isolamento, socio-relazionale e psicologico-culturale

Distretto	Prov.	Titolo progetto
Casalecchio	BO	attivamente azioni per il benessere
Rimini	RN	Centro di animazione sociale
Riccione	RN	centro sociale

CASALECCHIO (BO) ATTIVAMENTE AZIONI PER IL BENESSERE

Obiettivi e azioni

Organizzazione di attività di tipo ludico-ricreativo e attività di prevenzione verso l'insorgere di malattie che colpiscono più facilmente le fasce di età del post-pensionamento.

Le attività vanno nella direzione di accorpate in un unico progetto a valenza annuale iniziative che si legano tra loro attraverso un unico filo conduttore del "benessere globale" della persona in tutte le sue espressioni, nella consapevolezza che il benessere fisico è legato strettamente a quello psichico e necessariamente ad uno stato affettivo e relazionale adeguato.

Le iniziative si svolgono in sedi diverse del territorio per dare l'opportunità a tutti di raggiungere più agevolmente il luogo di incontro.

In particolare le attività sono: conferenze, eventi informativi-educativi, corsi di informatica, corsi di ginnastica, gite e visione di spettacoli.

Aspetti innovativi

La creazione di forme aggregative e relazionali, per il mantenimento del benessere psico-fisico dell'anziano pone particolare attenzione all'aspetto della prevenzione per promuovere una condizione di "normalità" superando l'atteggiamento basato sull'emergenza.

Promotori e Partner

Comune di Crespellano, AUSL di Bologna, Associazioni sportive e Associazioni socio-culturali

Diffusione del progetto

Informazione alla cittadinanza delle iniziative proposte attraverso la stampa e divulgazione di un periodico denominato "ATTIVAMENTE" a pubblicazione semestrale e distribuito tramite consegna "porta a porta". Le varie attività sono inoltre comunicate all'utente tramite lo sportello sociale e l'assistente sociale.

RIMINI (RN) CENTRO DI ANIMAZIONE SOCIALE

Obiettivi e azioni

Il centro, aperto un giorno a settimana, prevede le seguenti attività, che si svolgono anche al di fuori del centro:

- Laboratorio della memoria;
- Incontri intergenerazionali con le scuole
- Uscite didattiche e feste
- Laboratori di attività manuali
- Incontri con associazioni del territorio
- Laboratori di educazione motoria
- implementazione coro vocale
- presenza di uno psicologo per colloqui individuali (sia per utenti che per i volontari)

la partecipazione delle persone è garantita anche grazie al raccordo con una cooperativa del territorio per intercettare nuovi anziani soli da accompagnare al centro, ed un progetto integrato di accompagnamento anziani.

Aspetti innovativi

Integrazione delle attività con altri progetti del territorio e grande impulso nel mettere in rete e al servizio di altri le proprie risorse e attività. Inoltre il progetto ha dato modo di riscoprire potenzialità e risorse da parte degli anziani, grazie alle attività di laboratorio ed alla relazione con gli altri.

Promotori e Partner

Auser, scuole del territorio, Centri anziani, Cooperativa il Millepiedi, UISP, Federconsumatori

Diffusione del progetto

Il progetto è rivolto ad anziani fragili con priorità per coloro che sono maggiormente isolati, soli e con scarse risorse economiche. Il progetto ha previsto una forte attività di coinvolgimento della popolazione del territorio con diffusione di stampati con il programma mensile del centro, spazio in una trasmissione diffusa su reti locali, redazione di un giornalino, gazebo informativi, collegamenti con i servizi comunali e aziendali.

RICCIONE (RN) CENTRO SOCIALE – Comune di San Giovanni in Marignano

Obiettivi e azioni

Il centro prevede una serie di attività e prodotti realizzati dagli anziani (cene, corsi di ricamo, piccoli lavoretti di artigianato) che poi vengono venduti al fine di finanziare gite.

Promotori e Partner

Comune di San Giovanni in Marignano, Associazione Casa del lavoratore

Diffusione del progetto

Vengono effettuati periodicamente comunicazioni attraverso quotidiani e materiale predisposto ed edito dall'ente locale per diffondere l'informazione relativa all'attività. Gli operatori comunali contattano anche direttamente la popolazione target residente

3 progetti si distinguono perché:

- Trasversalità del benessere
- Attivatori di empowerment e auto organizzazione
- Replicabilità
- Capacità di promuovere il lavoro di rete

Contrasto dell'isolamento, socio-relazionale e accesso ai servizi socio-sanitari

Distretto	Prov.	Titolo progetto
Piacenza	PC	servizio di quartiere
Valli Taro e Ceno	PR	Indagine e monitoraggio degli anziani fragili. Nucleo delle Cure Primarie di Medesano(****)
Bologna	BO	E-Care a casa non si è più soli
Ravenna	RA	Interventi di domiciliarità leggera
Rubicone	CE	Progetto sovracomunale di innovazione prevenzione soggetti fragili "una rete su cui contare"

SERVIZIO DI QUARTIERE (PC)

Il progetto è partito sperimentalmente in una circoscrizione cittadina per poi essere esteso a tutto il territorio cittadino. Sono destinatari del Servizio le persone anziane\disabili con caratteristiche di fragilità relazionali, fisiche e/o psicologiche prive, anche temporaneamente, di aiuti familiari. Il servizio può essere attivato dall'anziano interessato, da volontari o vicini di casa, dall'operatore stesso quando viene a conoscenza di una situazione di difficoltà, dall'assistente sociale di riferimento, dalle associazioni di volontariato e dallo sportello Comunale "Informasociale".

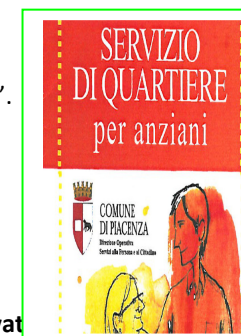
Obiettivi e azioni

Il Servizio di Quartiere è uno degli strumenti messi in campo dall'Ufficio Anziani del Servizio adulti, anziani e disabilità con la finalità di:

1. **individuare e monitorare** con la collaborazione del territorio situazioni di difficoltà e di solitudine delle persone anziane/disabili;
2. fornire alcuni **aiuti per affrontare problemi legati alla quotidianità** a carattere occasionale e/o temporaneo;
3. **facilitare**, attraverso la diffusione delle informazioni sui servizi e le opportunità presenti sul territorio, **l'accesso ai servizi pubblici e privati**

Questo Servizio si configura in modo complementare con il Servizio Sociale di Base (Assistenti Sociali Responsabili del Caso – Presa in carico socioassistenziale attraverso l'impiego ed il monitoraggio dei servizi e della rete) e collabora strettamente con il Progetto Vicinato Solidale e con le associazioni ed i gruppi di volontariato del territorio che anzi sono a pieno titolo da considerarsi parte integrante del progetto Servizio di Quartiere.

Il nucleo centrale del Servizio è costituito da un coordinatore e "operatori di quartiere" che hanno il compito di individuare le persone anziane in situazione di difficoltà, instaurare con loro un rapporto di fiducia individuando di volta in volta la modalità di sostegno più efficace nelle singole situazioni, predisponendo tutte le azioni necessarie per un monitoraggio, in stretta collaborazione con il Servizio Sociale di base e con il volontariato. Il Servizio è gratuito.



Segue

Chiunque desideri informazioni sul servizio o intenda contattarlo deve rivolgersi all'Informasociale che raccoglierà i dati della persona interessata per la trasmissione all'operatore di quartiere che si attiverà per stabilire il primo contatto. Agli anziani già in carico al servizio viene direttamente consegnato il numero di telefono diretto dell'operatore di quartiere, attivo nelle fasce orarie definite. L'Informasociale dunque provvede a:

- **dare informazioni sulle caratteristiche del Servizio di Quartiere;**
- **verificare la residenza e l'età della persona richiedente il servizio;**
- **stabilire il primo contatto fra operatore e anziano\disabile;**
- **verificare la correttezza delle informazioni in possesso delle persone che chiamano perché non riescono a mettersi in contatto con l'operatore (n. di cellulare, orari d'apertura del servizio reperibilità, eventuali assenze).**

Il servizio può essere attivato dall'anziano interessato, da volontari o vicini di casa, dall'operatore stesso quando viene a conoscenza di una situazione di difficoltà, dall'assistente sociale di riferimento. Le persone segnalate vengono sempre contattate e la loro eventuale prima richiesta **viene soddisfatta (salvo si tratti di una prestazione riferibile esclusivamente al servizio di assistenza domiciliare)**. Le Associazioni di Volontariato possono segnalare le situazioni a rischio d'isolamento e/o disagio direttamente al Coordinatore del Servizio. Le persone segnalate dalle Associazioni di Volontariato saranno prese in carico con modalità condivise, prevedendo, ove possibile, che l'inviante si preoccupi anche dell'aggancio della persona al Servizio. Le Assistenti Sociali segnalano le situazioni, contattando il Coordinatore del Servizio, per:

- **una presa in carico da parte del SQ con le proprie specifiche prestazioni (no utenti SAD)**
- **una valutazione d'urgenza per persone conosciute o non conosciute (no utenti SAD)**
- **prestazioni temporanee e/o continuative ad utenti privi di rete familiare e inseriti in casa di riposo**

Le prestazioni specifiche del servizio di quartiere sono:

- a) il monitoraggio con telefonate e visite a domicilio;
- b) valutazioni d'urgenza per persone conosciute o non conosciute dai servizi sociali
- c) interventi con frequenza settimanale per le persone, prive, anche temporaneamente di aiuti familiari per:
 - accompagnamento a visite mediche, per ritiro pensioni, spesa a domicilio, posta, ritiro ricette, consegna farmaci a domicilio, compagnia.

Gli operatori si muovono nel territorio muniti di tesserino di riconoscimento. A seguito di segnalazione l'operatore di quartiere prende contatto con la persona anziana. La fase di "aggancio" ha la durata di circa 1 mese ed è finalizzata anche ad una più compiuta valutazione della situazione. A conclusione di questo periodo di conoscenza ed in base alla valutazione effettuata, potrà essere confermata la presa in carico da parte del servizio di quartiere con le proprie specifiche prestazioni. Se la persona necessita di una presa in carico del servizio sociale, sarà supportata dal Servizio di Quartiere nell'accesso ai servizi socio assistenziali o sociosanitari, qualora l'anziano rifiuti la presa in carico da parte del servizio sociale, il servizio di quartiere segnala il caso all'assistente sociale.

Costruzione delle "antenne" e mappatura degli anziani

Il coordinatore e gli operatori, secondo modalità organizzative concordate con i responsabili dei servizi comunali di quartiere, garantiscono:

- la creazione e la manutenzione di un sistema di "antenne" (anziani già conosciuti, vicini di casa, testimoni privilegiati, associazioni, gruppi di volontariato e circoli) finalizzato ad individuare anziani a rischio di isolamento e privi, anche temporaneamente, di aiuti familiari;
- la costruzione di una mappa degli anziani in situazioni di rischio non in carico ai servizi sociali.

Promotori e partner

Comune di Piacenza, Unicoop, Coopselios, Auser, Caritas, Croce Rossa, Croce Bianca, Parrocchie, SVEP, Università (Sede di Piacenza)

Il progetto si distingue perchè:

- Capacità di intercettare la popolazione target
- Attivatore di empowerment ed autorganizzazione
- coinvolgimento attori nel favorire il lavoro di rete

BOLOGNA E-CARE A CASA NON SI E' PIU' SOLI

Il target del servizio sono gli anziani fragili ultrasettantacinquenni, in situazioni di solitudine (individuale, o di coppia, o di impoverimento delle reti familiari e sociali) associate a fattori di fragilità clinica, sociale o funzionale. I criteri di selezione degli utenti sono stati definiti dal Dipartimento di Sanità Pubblica dell'AUSL di Bologna Servizio Epidemiologico. Le persone definite coinvolgibili hanno più di 75 anni vivono sole ed hanno almeno due gravi patologie. Gli operatori ai vari livelli del sistema socio-sanitario (MMG, assistenti sociali, infermieri, operatori degli sportelli sociali, ecc) sono stati individuati come "segnalatori ufficiali" dei casi da inserire nel servizio, ma sono state accettate anche segnalazioni da parte del terzo settore, dei familiari e anche autocandidature. Queste ultime segnalazioni, prima di essere accolte, sono state sottoposte al vaglio dei Servizi Sociali Territoriali di competenza per un'istruttoria e una decisione sull'appropriatezza dell'inserimento nel servizio. Inoltre, sono stati individuati altri due target specifici di utenti:

- gli anziani segnalati dalle Centrali di continuità assistenziale Ospedale-Territorio (CCOT) a seguito di dimissioni ospedaliere protette;
- i caregiver di utenti seguiti dal Centro Esperto per le Demenze dell'AUSL. E' stato messo a punto un piccolo sottoprogetto specifico con i professionisti del Centro stesso, i quali hanno segnalato i familiari di utenti in carico per essere seguiti e supportati all'interno del servizio e-care.

Il servizio e-Care si è sviluppato negli anni come una rete di cittadini, associazioni, istituzioni, professionisti, in grado di offrire una rete relazionale e di supporto all'anziano fragile. Il progetto punta a favorire al massimo la permanenza dell'anziano al proprio domicilio e prevenire l'insorgere di condizioni di non autosufficienza, migliorare la qualità di vita combattendo l'isolamento sociale, rendere più adeguata la fruizione dei servizi socio-sanitari, e ridurre i ricoveri ospedalieri impropri.

Gli utenti hanno a disposizione innanzitutto un sistema di Contact center, attivo 24 ore 7 gg su 7, a cui possono rivolgersi in qualsiasi momento per richiesta di supporto, segnalazione di problemi di ogni natura, ecc. Oltre a ciò, attraverso un sostegno telefonico periodico e personalizzato (l'anziano viene chiamato dal Contact Center ogni 7 o 10 giorni, a seconda della gravità delle sue condizioni di fragilità), viene effettuato un monitoraggio costante delle fragilità stesse, sia di tipo clinico che sociale, promuovendo comportamenti tesi al miglioramento della condizione di salute e l'aderenza alle indicazioni terapeutiche. Il sistema di monitoraggio, messo a punto da un'équipe multidisciplinare a cui hanno partecipato medici geriatri e altri specialisti, psicologi, assistenti sociali e infermieri, e supportato da un apposito sistema informativo-informatico, permette inoltre l'individuazione e la segnalazione tempestiva di situazioni critiche ai servizi socio-sanitari. A fronte di queste criticità, scatta un'allerta ad un'équipe di infermieri dell'AUSL che contattano l'anziano, ne verificano la situazione ed eventualmente si mettono in contatto con il MMG o con il 118 quando necessario. Il sistema risponde anche alle esigenze di socializzazione degli anziani attraverso una valorizzazione delle risorse sociali del territorio e delle loro attività.

Con un lavoro capillare in ognuno dei territori dei 6 Distretti, ed in stretto accordo con gli Uffici di Piano, sono state realizzate iniziative di promozione del volontariato, anche con corsi di formazione specifici, che hanno portato al coinvolgimento nella Rete di ben 225 Associazioni a livello dei singoli Comuni o Quartieri. Sono state promosse, moltissime iniziative continuative di socializzazione, con il supporto dei Servizi Sociali e del volontariato, finalizzate a rompere l'isolamento, creare nuove occasioni di socializzazione e promuovere anche la costituzione di piccoli gruppi amicali che continuino a vedersi al di là delle iniziative create ad hoc. Si è inoltre creata una rete di stretta collaborazione con i territori e coloro che già agiscono al loro interno (gruppi, associazioni, polisportive, ecc.) in modo da far partecipare gli anziani in carico al servizio e-Care a queste iniziative, spesso con il supporto del volontariato per l'accompagnamento. In sintesi, i servizi offerti dalla Rete possono essere così sintetizzati:

BOLOGNA E-CARE A CASA NON SI E' PIU' SOLI

- supporto relazionale e telecompagnia;
- telemonitoraggio delle condizioni di benessere, qualità della vita e attenzione a sintomi sentinella;
- interventi di sostegno a comportamenti adeguati (compliance rispetto a terapie, dieta, ecc.);
- attivazione di servizi di accompagnamento, realizzati dal volontariato;
- sostegno psicologico al lutto, effettuato da una Associazione di Psicologi e Psichiatri;
- compagnia domestica, consegna spesa a domicilio e disbrigo di altre incombenze quotidiane, sempre in collaborazione col volontariato;
- informazioni in merito ai servizi socio-sanitari di Comuni e Azienda USL;
- prenotazione, rinvio e disdetta visite specialistiche (CUP);
- campagne di sensibilizzazione (emergenza caldo, vaccinazione antinfluenzale, ecc..).
- orientamento alle risorse sociali del territorio (associazionismo, cooperazione e volontariato)
- programmi di intrattenimento e socializzazione dedicati agli anziani, con la collaborazione dei Centri Sociali e dell'Associazionismo del territorio.

Il servizio offre inoltre supporto operativo ed organizzativo alle campagne annuali promosse dall'AUSL e dai Comuni per contrastare gli effetti nocivi delle ondate di calore, attraverso sistemi di monitoraggio ad hoc.

Aspetti innovativi

- La creazione, su di un territorio così vasto, di una Rete di concreta integrazione tra servizi istituzionali (sociali e sanitari), volontariato, associazioni di categoria dei pensionati, altre associazioni, per mettere a fattor comune ed integrare le risorse e le iniziative a sostegno degli anziani fragili e a rischio di isolamento;
- La realizzazione di un "dossier personale" per ciascun assistito con le principali informazioni di carattere sociale e clinico, accessibile e consultabile on line da tutti gli operatori che intervengono sul medesimo soggetto (nel pieno rispetto delle normative sulla privacy), come prefigurazione del futuro Fascicolo Socio-Sanitario Elettronico
- La realizzazione di un Portale dedicato al Terzo Settore, all'Associazionismo e al Volontariato (BoS – Bologna Solidale – www.bognasolidale.it), per promuovere le attività delle associazioni sul territorio, incentivare la visibilità delle iniziative sul sociale, l'aggregazione e una migliore qualità della vita.

Promotori e Partner

CTSS di Bologna, AUSL Bologna, Provincia di Bologna, Comune di Bologna

Uffici di Piano, CUP 2000, AUSER, ANCESCAO, ACLI, ARCI, ASPIC, ANTEAS, AVIUSS, Banca del Tempo Reno, CRI, CNA, CNGEI, CSI, Cooperativa Sociale Dolce, Cooperativa Società Aperta, Opera dell'Immacolata, Istituto Carlo Tincani, Università per la terza età Primo Levi, Associazione Rivivere, UISP, Federfarma, Farmacie Comunali di Bologna (AFM S.p.A), Elp Energia Libera Pensante

Il progetto si distingue perchè:

- Trasversalità del benessere e territoriale
- Attivatore di empowerment ed autorganizzazione
- coinvolgimento attori nel favorire il lavoro di rete

RAVENNA - Interventi di domiciliarità leggera

Obiettivi e azioni

Obiettivo del progetto è garantire ai soggetti individuati interventi mirati all'arricchimento delle relazioni, stimolo alla ripresa di piccole autonomie anche all'esterno della propria abitazione e reinserimento sociale oltre all'aiuto nello svolgimento di semplici pratiche di segretariato sociale e cura dell'ambiente domestico. Le assistenti familiari individuate attraverso il servizio di mediazione al lavoro dell'Azienda Servizi alla Persona vengono formate su argomenti quali la relazione e la comunicazione, la conoscenza dei servizi e delle opportunità del territorio da operatori sociali. Dopo essere state introdotte dai Servizi Territoriali, devono instaurare una relazione positiva con gli anziani e sviluppare le autonomie residue stimolandoli a partecipare a eventi, iniziative volti al recupero di relazioni anche esterne. Per ogni anziano viene elaborato un Piano Individualizzato che stabilisce fasi e tempi di realizzazione di ciascun micro obiettivo.

Accedono Anziani segnalati da:

- mappa delle persone in condizioni di fragilità sanitaria e sociale che combina informazioni desunte da fonti già esistenti e disponibili (ad es i ricoveri ospedalieri, gli accessi al pronto soccorso, le visite specialistiche effettuate, la condizione di solitudine anagrafica ecc.);
- operatori sociali sulla base delle segnalazioni pervenute da vicinato, parrocchie, associazioni di volontariato e reti informali;
- servizi domiciliari specialistici.

Aspetti innovativi

Negli ultimi anni si può attingere alla mappa della fragilità costruita attraverso la consultazione di banche dati ed attraverso la applicazione di modelli statistico/epidemiologici; ciò rappresenta una intercettazione pro attiva della popolazione NON conosciuta ai servizi

Promotori e Partner

Comuni di Ravenna e Russi; Consorzio per i Servizi Sociali, AUSL di Ravenna e Provincia di Ravenna, Centro per l'impiego.

Il progetto si distingue perchè:

- Trasversalità del benessere e territoriale
- coinvolgimento attori nel favorire il lavoro di rete
- intercettare popolazione target
- forte grado di replicabilità

RUBICONE (CE) - "Una rete su cui contare"

Obiettivi e azioni

Implementazione attività e accessi dello sportello di comunità, Formazione ed accompagnamento di tutti i volontari coinvolti all'interno del progetto .Promozione del progetto sul territorio .Mappatura associazioni volontariato sociale del territorio Messa in rete azioni messe in campo dalle associazioni di volontariato. Sensibilizzazione della popolazione residente su ciascun territorio al fine di promuovere un maggior impegno civico e di cittadinanza attiva. Ricognizione delle risorse già presenti su ciascun territorio, nell'ottica di allestire una rete di riferimenti (istituzionali e informali) in grado di sostenere l'anziano in difficoltà. Potenziamenti dei servizi territoriali sociali destinati alla popolazione anziana. Accoglienza e ascolto dei cittadini. Informazione sui servizi sociali comunali. Informazione atta a favorire l'accesso alle prestazioni e ai servizi socio sanitari e raccordo con i servizi competenti. Interventi di supporto alla vita quotidiana: quali, ad esempio, spesa a domicilio, piccole manutenzioni domestiche, compagnia ed ascolto, accompagnamento a visite sanitarie, prenotazione esami di laboratorio, ecc.

Aspetti innovativi

Tale iniziativa si inserisce in un processo di mutamento del Welfare in una dimensione maggiore di Comunità a responsabilità diffusa. La vicinanza dell'ente locale ai cittadini favorisce il dialogo con il volontariato, in una dimensione di cittadinanza attiva e di partecipazione responsabile dei cittadini, al fine di affrontare problemi sociali emergenti, fra i quali il contrasto alla fragilità e all'isolamento di alcune fasce di popolazione.

La messa in rete delle realtà territoriali di volontariato, attraverso uno strumento stabile ed organizzato ha consentito di enfatizzare la possibilità di intercettare e in parte soddisfare i bisogni dei cittadini, con particolare attenzione alle situazioni di disagio e fragilità

Promotori e Partner

Comuni Longiano e di Gambettola. Ausl di cesena, Auser, Croce Verde, Caritas, altre associazioni

Il progetto si distingue perchè:

- Attivatore di empowerment e autorganizzazione
- coinvolgimento attori nel favorire il lavoro di rete
- promozione invecchiamento attivo

Distretto di RIMINI Comune di Verrucchio – Anziani fragili

In generale gli interventi sono stati rivolti alle persone fragili e in tal senso le iniziative sono state principalmente promosse nei luoghi maggiormente frequentati da questo target: distretto socio-sanitario, Cup, centro ricreativo per la terza età. Al fine di dare risposte a tutte le persone fragili, è stato preventivamente realizzato un lavoro di ascolto tramite il quale si è cercato di intercettare il bisogno anche laddove non emergesse una richiesta espressa da parte della persona (es. durante i contatti con la presidenza del centro ricreativo per la terza età, con l'assistente sociale anziani, con i referenti della Caritas, con gli utenti che si presentavano all'ufficio servizi sociali per chiedere sussidi/provvиденze,...).

Obiettivi e azioni

Le iniziative realizzate hanno perseguito lo scopo di contrastare l'isolamento sociale degli anziani fragili tramite varie modalità:

- 1- consolidamento e implementazione di un servizio di accompagnamento strutturato, in collaborazione con centro ricreativo Le Pozzette (es. per accompagnamento a visite/terapie/esami/supermercato, uffici,...)
- 2- realizzazione e consolidamento di servizi a favore della popolazione anziana in condizioni di fragilità: è stato promosso il protagonismo dell'anziano attraverso l'ascolto ed il sostegno delle proposte degli anziani e tramite il supporto al centro ricreativo per la terza età;
- 3- offerta di servizi di promozione della socialità in grado di offrire attività ricreative, soggiorni e vacanze: è stato realizzato un servizio di accompagnamento al mare di anziani fragili (Nonni al mare) con offerta di ulteriori servizi ausiliari;
- 4- collaborazione con l'ASP valle del Marecchia per azioni necessarie a garantire le dimissioni protette dell'anziano attraverso un accompagnamento puntuale sia tramite la distribuzione di farmacie che tramite l'erogazione di ulteriori servizi a favore degli anziani del territorio non inseriti in struttura (es. feste, momenti conviviali volti a favorire il contatto tra anziani fragili inseriti e non in struttura e loro familiari, ecc);
- 5- sostegno alla domiciliarità tramite erogazione di pasti a domicilio.

Aspetti innovativi

Coinvolgimento del volontariato locale, elevato numero di beneficiari e generale sensibilizzazione sul tema della fragilità.

Le iniziative sono state promosse con continuità tramite materiale divulgativo (es, comunicati stampa, volantinaggio) ma anche avvalendosi di strumenti m-governement, tabelloni luminosi, sito web istituzionale e tramite il "tam-tam" del centro sociale Le Pozzette. Ci si è inoltre avvalsi della collaborazione dell'ass. sociale SAA e dei funzionari comunali dei servizi sociali che hanno favorito la circolazione dell'informazione parlandone direttamente agli anziani fragili ed ai loro familiari ogni qualvolta lo valutavano opportuno in sede di richiesta info telefoniche e/o raccolta istanze di contributi di vario genere.

Promotori e Partner

Comune di Verucchio, Cooperativa sociale unitaria pensionati, Centro ricreativo per la terza età "Le pozzette", Asp Valle del Marecchia, Ausl Rimini, SAA

Il progetto si distingue perchè:

- coinvolgimento attori nel favorire il lavoro di rete
- forte grado di replicabilità
- trasversalità territoriale

Contrasto dell'isolamento territoriale

Distretto	Prov.	Titolo progetto
Fidenza	PR	Mobilità sociale
Rubicone	CE	"Una rete tra i borghi"

FIDENZA (PR) - "Mobilità sociale"

Il servizio è rivolto ad anziani segnalati dai servizi, dal medico di medicina generale o dalle reti di vicinato, anziani soli che si rivolgono direttamente al servizio o con rete parentale (o caregiver), ma non in grado di aiutarli negli spostamenti.

Obiettivi e azioni

Dall'analisi del territorio e della sua distribuzione è emerso chiaramente come il problema del raggiungimento dei principali servizi, nonché dei punti di aggregazione, sia estremamente difficoltoso. Parecchi sono infatti gli anziani che ad oggi risiedono in case agricole isolate lontane dal centro abitato e non servite dai mezzi pubblici. Questo fenomeno si configura per la maggior parte al femminile, soprattutto per la mancanza della patente di guida. Capita infatti, che nel momento in cui il compagno venga a mancare o perda la possibilità di utilizzare l'auto, che anche la semplice spesa divenga un ostacolo insormontabile. La difficoltà a raggiungere il paese porta ad un isolamento relazionale che impoverisce la rete amicale e crea le condizioni di solitudine con i rischi che ne conseguono. Nell'ottica quindi di un approccio più "ampio" e generale della condizione di fragilità, la ricostruzione delle reti sociali e relazionali può garantire l'accessibilità e la fruibilità dei servizi offerti dalla rete. Il servizio di mobilità sociale garantisce un ponte tra gli anziani e i luoghi di interesse, l'accompagnamento ai vari servizi oltre che ai centri di aggregazione come i Circoli Anziani. Il servizio è coordinato dall'Assistente Sociale del Comune, al quale si rivolgono gli anziani e/o i loro segnalatori.

Aspetti innovativi

La logica nella quale si colloca il progetto è quella di valorizzare il ruolo delle persone anziane, attraverso il rafforzamento delle reti sociali. La mobilità sociale si identifica come un "intervento leggero" con un grande ritorno in termini di qualità sia per ciò che riguarda il benessere percepito dall'utenza, sia per ciò che riguarda la conoscenza dell'utenza potenziale e la possibilità di indirizzare la programmazione degli interventi.

Promotori e Partner

SAA, Comune di Roccabianca, Ausl, Auser

Il progetto si distingue perchè:

- trasversalità territoriale
- intercettare e coinvolgere la popolazione target

RUBICONE (CE) - "Una rete tra i borghi"

Obiettivi e azioni

Il progetto riguarda parte della popolazione anziana che vive in territori collinari in località e nuclei abitati senza collegamenti pubblici e servizi.

Le attività sono riferite al servizio di accompagnamento per 4 giorni alla settimana per approvvigionamenti a mercati settimanali di comuni limitrofi, per n.2 giorni alla settimana per motivi sanitari e sociali per cittadini singoli o raggruppati, centro sociale pomeridiano 1 gg. alla settimana, gite e uscite per manifestazioni culturali sul territorio, in comuni limitrofi e gite sociali durante l'anno.

L'informazione del progetto è stata effettuata attraverso canali istituzionali, pubblicità, contatti dell'assistente sociale e delle operatrici con gli anziani ed un incontro con la popolazione interessata da parte dell'Assessore di riferimento. Sono stati considerati i soggetti ultra sessantacinquenni e comunque in condizione di difficoltà personale e familiare, a soggetti isolati ed a rischio di potenziale isolamento.

Aspetti innovativi

Coinvolgimento diretto dei soggetti alle scelte effettuate

Promotori e Partner

Comune di Borghi e Distretto Rubicone Costa, Auser e altre Associazioni volontariato

Il progetto si distingue perchè:

- trasversalità territoriale
- promozione invecchiamento attivo

Contrasto dell'isolamento socio-relazionale

Distretto	Prov.	Titolo progetto
Scandiano	RE	Anziani in cammino
Vignola	MO	Mezzogiorno in compagnia
Pianura Est	BO	Mai più soli
Sud-Est	FE	Ginnastica a domicilio
Forlì	FO	Contrasto all'isolamento degli anziani e scambio intergenerazionale

SCANDIANO (RE) - "Anziani in cammino"

I Servizi Sociali comunali hanno individuato all'interno degli anziani seguiti dal SAD gli anziani/e che potevano essere coinvolti nel progetto e consegnato il volantino con la descrizione dell'iniziativa. Le locandine inoltre sono state affisse nei centri sociali e negli ambulatori dei MMG. Inoltre, durante gli incontri di un'altra iniziativa sempre rivolta agli anziani si è data informazione dell'iniziativa.

Obiettivi e azioni

Favorire la socializzazione attraverso la promozione di stili di vita sani, aiutare a recuperare e/o a mantenere le capacità psicomotorie per ridurre al minimo la dipendenza e ed il rischio di isolamento, favorendo l'autonomia.

Il progetto di norma inizia nei mesi di aprile e maggio per concludersi a fine ottobre con pausa nei mesi più caldi considerato che l'attività si fa all'aperto. A conclusione dell'attività può essere prevista anche un'escursione in luoghi al di fuori del territorio comunale o una "pizzata" in compagnia degli esperti in scienze motorie.

Aspetti innovativi

Il progetto coniuga attività e stili di vita sani con le attività di socializzazione per favorire le relazioni tra i partecipanti.

Promotori e Partner

Servizio Assistenza Anziani, Associazioni sportive, AUSER, Comitati anziani.

Il progetto si distingue perchè:

- trasversalità benessere
- coinvolgimento attori nel favorire il lavoro di rete

VIGNOLA (MO) - "Mezzogiorno in compagnia"

L'iniziativa a cadenza mensile è a favore di anziani fragili per età, sofferenza di malattie croniche e condizioni sociali.

Obiettivi e azioni

L'attività consiste nell'offrire un pranzo in un clima sereno e conviviale al fine di diversificare la routine e dare maggiore valore a questo momento, anche in termini qualitativi, in particolare per chi vive da solo. L'esperienza risponde ai bisogni di contatto, relazione e apertura verso il mondo esterno.

Aspetti innovativi

- nel coinvolgere persone anziane parzialmente autosufficienti che risiedono presso le proprie abitazioni in condizioni di "ritiro sociale";
- nell'aver esteso l'attività di preparazione dei pasti, già consolidata nelle programmazioni serali del circolo, anche in momenti infrasettimanali e del pranzo per coinvolgere quegli anziani che per abitudini e ragioni di salute, non sono soliti uscire la sera;
- nell'aver intrapreso un percorso di conoscenza e di fiducia reciproca tra soggetti istituzionali e di volontariato che ha portato l'associazione a considerare di svolgere un'attività a favore degli anziani più fragili (risultato importante in rapporto all'impiego di energie da parte dell'educatore)

Promotori e Partner

Unione Terre di Castelli, Auser.

Il progetto si distingue perchè:

- trasversalità del benessere e territoriale
- forte grado replicabilità
- promozione invecchiamento attivo

PIANURA EST (BO) - "Mai più soli"

In fase iniziale il progetto prevedeva il coinvolgimento di tutta la popolazione ultra75enne, ma vista la vastità del campione, il progetto è stato rivolto ai residenti ultra85enni anagraficamente soli ed alle coppie di ultra85enni (nucleo formato esclusivamente da due anziani ultra85enni). Dall'estrazione anagrafica sono poi stati esclusi gli anziani già in carico al Servizio Sociale comunale, quelli che usufruivano di interventi ADI a carico dell'ASL, i ricoverati in strutture.

Obiettivi e azioni

1. identificazione dei destinatari del monitoraggio tramite estrazione dall'anagrafe
2. comunicazione e primo contatto dei destinatari identificati, tramite lettera dell'assessore ai Servizi Sociali inviata a casa dei destinatari, articolo sul progetto pubblicato sul periodico comunale, pubblicazione del progetto sul sito internet del Comune
3. realizzazione delle visite per somministrazione questionario
4. analisi dei dati emersi dai questionari
5. definizione di eventuali servizi e/o attività da attivare anche attraverso il volontariato in risposta ai bisogni rilevati

Aspetti innovativi

Identificare gli anziani fragili attraverso le banche dati disponibili (AUSL, Anagrafe) non è sufficiente. Le componenti della fragilità non sono infatti monitorabili senza una verifica effettiva delle condizioni della persona. La rilevazione ha permesso di individuare le persone a rischio di fragilità ed i loro bisogni. Inoltre il coinvolgimento del volontariato ha permesso un monitoraggio di tali persone.

Promotori e Partner

Comune di Castenaso, Auser, Centro Sociale Villanova, Gruppo Fotografico "La Rocca", Circolo "La Stalla", Gruppo A.M.A. (Associazione Mano Amica)

Il progetto si distingue perchè:

- trasversalità territoriale
- intercettare e coinvolgere popolazione target

SUD-EST (FE) - "Ginnastica a domicilio"

Obiettivi e azioni

Il progetto "Ginnastica al domicilio" ha come obiettivo la riattivazione psicofisica, cioè il recupero anche parziale delle capacità di autonomia nelle attività quotidiane e l'incremento delle relazioni e attività sociali. Nello specifico:

1. Sollecitazione dell'autonomia attraverso il recupero della fiducia nei propri mezzi, miglioramento della percezione corporea, rilassamento psico-fisico, stimolazione delle capacità coordinative, dei riflessi, della memoria, dell'equilibrio.
2. Favorire la socializzazione, le uscite di casa, i rapporti sociali e culturali.
3. Promuovere uno stile di vita attivo e favorire il mantenimento al proprio domicilio evitando l'istituzionalizzazione.

Aspetti innovativi

Un aspetto di particolare innovazione è stato rappresentato dal coinvolgimento dei giovani volontari del servizio civile che si sono occupati dell'accompagnamento degli anziani che non hanno familiari che li possano accompagnare al centro sociale o nell'abitazione di un altro anziano e intrattenendosi con loro tutto il tempo della seduta venendo a loro volta coinvolti nella ginnastica.

All'interno di questo progetto i ragazzi del servizio civile hanno avuto l'opportunità di:

1. Vivere un'esperienza qualificante nel campo della solidarietà sociale impegnandosi con propri mezzi al sostegno degli altri.
2. Contribuire alla propria formazione civica, sociale, culturale e professionale.
3. Crescita personale e sviluppo educazione alla cittadinanza attiva.

Promotori e Partner

Az. USL di Ferrara, Servizio Sociale Professionale ambito territoriale di Portomaggiore. UISP. Comuni di Argenta. Ostellato e Portomaggiore

Il progetto si distingue perchè:

- trasversalità benessere e territoriale
- intercettare e coinvolgere popolazione target

FORLÌ (FC) - "Contrasto all'isolamento degli anziani e scambio intergenerazionale"

Obiettivi e azioni

L'obiettivo più immediato è quello di contrastare l'isolamento delle persone anziane, attraverso la compagnia e la socializzazione, ma il progetto persegue anche altre finalità, in quanto educa i ragazzi alla solidarietà e alla valorizzazione delle persone anziane e tende a ricostruire gli importanti legami sociali tra persone appartenenti a generazioni distanti. Le azioni: gruppi di 3-4 ragazzi/e, adeguatamente formati e coordinati da un capo-gruppo, effettuano visite a domicilio di circa un'ora ciascuna e con cadenza mensile. Le visite seguono un percorso di continuità ed abitudine all'incontro finalizzato ad aprire un dialogo e un rapporto di fiducia reciproci, portando compagnia e conforto.

Aspetti innovativi

Il coinvolgimento di giovani e anziani in un percorso di scambio intergenerazionale, attraverso la conoscenza, l'aiuto, lo scambio di saperi e conoscenze, il mutuo soccorso, l'instaurazione di rapporti di fiducia e la costituzione di reti sociali.

Promotori e Partner Associazione "Centro d'ascolto e prima accoglienza Buon Pastore" Onlus, Comune di Forlì, Diocesi di Forlì-Bertinoro, Parrocchie.

Il progetto si distingue perchè:

- trasversalità territoriale
- intercettare e coinvolgere popolazione target
- scambio intergenerazionale

Contrasto dell'isolamento relativo all'accesso ai servizi socio-sanitari

Distretto	Prov.	Titolo progetto
Castel Nuovo	RE	Attività organizzate dai Comuni e rivolte a gruppi di anziani
Sud-Est	PR	Gestione anticipata della fragilità(*)
Riccione	RN	Informazioni anziani

(*) si rimanda al capitolo sui sistemi di sorveglianza

CASTELNOVO MONTI (RE) - "Attività organizzate dai Comuni"

Si tratta di convenzioni stipulate per la realizzazione di iniziative di socializzazione nei confronti di anziani dei singoli territori comunali e di accompagnamenti programmati di anziani soli a visite mediche (spesso di tipo specialistico).

Gli anziani coinvolti che hanno usufruito degli accompagnamenti ai servizi socio sanitari sono conosciuti direttamente dai servizi sociali; per le iniziative socializzanti (pranzi, giornate d'incontro, iniziative varie) sono allargate a tutta la fascia di popolazione anziana.

Obiettivi e azioni

Data la vastità del territorio degli specifici Comuni la mobilità rimane un tasto dolentissimo per gran parte della popolazione e in particolare quella anziana.

Delle convenzioni hanno permesso alle singole persone o a piccoli gruppi di accedere a visite accompagnati dai volontari. Si tratta sempre di azioni programmate e realizzabili nell'arco della settimana.

Per quanto riguarda le attività di socializzazione si parla sempre di iniziative molto partecipate e gradite, programmate in tutte le fasi fino alla realizzazione del singolo evento.

Aspetti innovativi

Sono interventi molto apprezzati sia dai singoli anziani che dalla rete familiare, che socio-sanitaria. Grazie agli opportuni accompagnamenti sono garantite le prestazioni socio sanitarie anche ad anziani soli e che non avrebbero possibilità di accesso ai servizi. Poiché gli interventi sono in collegamento con i servizi sociosanitari del territorio, ciò consente un costante monitoraggio degli anziani soli.

Promotori e Partner: Comuni del distretto, Associazioni di volontariato, AUSER Croce Verde, Croce Rossa.

Il progetto si distingue perchè:

- trasversalità territoriale
- intercettare e coinvolgere popolazione target

RICCIONE (RN) - "Informazioni anziani"

Obiettivi e azioni

Implementazione del Sito "LONGEVITA'ATTIVA" a favore degli anziani del Distretto di Riccione in cui è possibile reperire informazioni integrate tra i Comuni del Distretto, le associazioni di volontariato e cooperative sociali che rivolgono la propria attività alle persone anziane. Ciò al fine di offrire alle persone anziane la possibilità di avere informazioni-strutturate/notizie/avvisi.

<http://www.longevitaattiva.it/>

Parallelamente sono stati programmati dei corsi per l'apprendimento dell'uso del Computer tra gli anziani.

Aspetti innovativi

La possibilità di essere collegati in rete per acquisire o notizie, informazioni, nuove normative, che riguardano il mondo della terza e quarta età

Promotori e Partner

Comune e Distretto di Riccione, Associazione Volontarimini

Il progetto si distingue perchè:

- coinvolgere attori e favorire il lavoro di rete
- forte gradi di replicabilità
- trasversalità territoriale

5. SISTEMI DI SORVEGLIANZA INTEGRATA TRA NUCLEI DI CURE PRIMARIE, COMUNI E SOGGETTI DELLA SOCIETA' CIVILE

Distretto	Prov.	Titolo progetto
Sud-Est	PR	Gestione anticipata della fragilità
Valli Taro e Ceno	PR	Indagine e monitoraggio degli anziani fragili. Nucleo delle Cure Primarie di Medesano
Rimini	RN	Nucleo Anziani Fragili

5.1 Il progetto “Gestione anticipata della Fragilità” del distretto Sud-Est (PR)

Il progetto, articolato in due fasi, prevedeva, nella prima, una rilevazione delle principali caratteristiche demografiche, abitative, sociali e sanitarie, della popolazione anziana non conosciuta ai servizi sociali e socio-sanitari³, residente nel Distretto. Lo scopo era quello di fornire, attraverso la conoscenza delle condizioni di vita e di salute degli anziani, elementi utili alla programmazione socio-sanitaria ai Comuni ed all’Azienda USL ed individuare eventuali situazioni a rischio. Parallelamente si voleva costruire una metodologia di lavoro condivisa tra medici di medicina generale (MMG) e servizi assistenza anziani (SAA) al fine di progettare possibili percorsi operativi. La seconda fase, svoltasi a circa 18 mesi di distanza dalla prima, ha rilevato nuovamente alcune caratteristiche della popolazione anziana non deceduta e ancora non in carico ai servizi. In particolare sono stati esaminati il livello di autonomia funzionale e quello cognitivo: lo scopo era quello di individuare le variabili più significative alla base dell’eventuale aggravamento dello stato di salute dell’anziano.

Metodologia

Il progetto è stato condotto nell’ambito del Distretto Sud-Est dell’Azienda USL di Parma, un distretto sanitario che comprende 13 Comuni e che si estende da una zona di pianura limitrofa al capoluogo di provincia, fino all’alto appennino tosco-emiliano. La popolazione complessiva è di 69.212 abitanti con una variabilità compresa tra i 12.190 residenti di Collecchio ed i 1.180 di Monchio delle Corti. Il progetto è stato gestito da un gruppo di lavoro composto da rappresentanti dell’Amministrazione Provinciale, dell’Azienda USL, del Distretto e del Servizio Assistenza Anziani distrettuale. In ambito distrettuale erano inoltre presenti alcuni Medici di Medicina generale e alcune Assistenti Sociali del territorio con il compito di mantenere il collegamento con tutti i professionisti coinvolti. Il percorso intrapreso è stato ampiamente discusso all’interno del gruppo di lavoro.

Fase preparatoria

a) Costruzione dell’elenco degli anziani non conosciuti ai servizi

- Individuazione, tramite l’anagrafe sanitaria del Distretto Sud-Est, di tutti gli anziani residenti e domiciliati nel Distretto con età uguale o superiore ai 75 anni alla data del 1 Gennaio 2006 ed abbinamento al rispettivo medico di medicina generale.

- Individuazione degli anziani conosciuti, quindi già monitorati, dai servizi socio-assistenziali e socio-sanitari comunali o seguiti a vario titolo dal servizio infermieristico distrettuale. La definizione di questo elenco è stata particolarmente complessa in assenza di un unico sistema informativo distrettuale: è stato infatti necessario consultare l’archivio di ogni singolo Servizio che comprende solo il segmento di utenza di riferimento.

³ Con il termine “anziani non conosciuti” si individuano tutti coloro che non hanno mai avuto contatti con i servizi socio-sanitari e socio-assistenziali e con il servizio infermieristico domiciliare.

b) Definizione della scheda di valutazione

La scheda di valutazione (Allegato 1) è stata messa a punto dal gruppo di lavoro utilizzando come riferimento uno strumento precedentemente sviluppato, apportando alcune modifiche ritenute opportune in base all'esperienza. La scheda, prevalentemente articolata in domande a risposta chiusa, affrontava gli aspetti relativi all'anziano e al suo contesto di vita al fine di una valutazione complessiva, utile alla definizione di un progetto d'intervento:

- contesto ambientale,
- rete familiare e di vicinato
- domicilio e abitazione
- livello di autonomia psicofisica
- indicatori sanitari che tenessero conto del vincolo del segreto professionale del Medico curante.

La scheda è stata informatizzata mediante un programma appositamente predisposto per agevolare il caricamento e l'analisi dei dati.

Valutazione degli anziani

Per promuovere una discussione approfondita tra i professionisti, anche alla luce delle precedenti esperienze, si è scelto un metodo di valutazione che prevedeva il rapporto diretto fra Medico di Medicina Generale e Assistente Sociale. Questa collaborazione ha valorizzato l'interazione fra le due professionalità per l'individuazione delle situazioni a rischio, considerando la persona nella sua globalità (contesto familiare, sociale e ambientale). Complessivamente è stata riconosciuto il valore di uno strumento di valutazione quale guida condivisa dai professionisti, pur lasciando ampio spazio alla discussione. Le elaborazioni sono state effettuate dal gruppo di lavoro che ha sia esaminato e descritto in dettaglio le caratteristiche della popolazione oggetto di studio, sia valutato in modo incrociato il grado di compromissione cognitiva e il livello di dipendenza nello svolgimento delle principali attività quotidiane, al fine di esprimere un giudizio globale circa lo status di autosufficienza dei soggetti considerati.

La seconda fase ha preso in considerazione gli stessi individui facenti parte del campione iniziale. Dapprima sono stati identificati, mediante i registri di mortalità ed i servizi sociali e sociosanitari, gli anziani deceduti in un momento successivo alla rilevazione iniziale. Parallelamente sono stati individuati i soggetti presi in carico dai servizi sociale e/o socio-sanitari (SAA, Assistenti Sociali, Servizio infermieristico) avendo cura di distinguere tra inserimento in casa protetta e attivazione di servizi a sostegno della domiciliarità.

Per le restanti persone è stato valutato lo status a 18 mesi dalla rilevazione iniziale affidando la somministrazione del questionario ad un'Assistente Sociale e ad un Medico Geriatra. L'Assistente Sociale ha contattato tutti i MMG che avevano partecipato alla prima fase del progetto, incontrandoli presso i loro studi e valutando, sulla base di una scheda di monitoraggio analoga ad alcune schede validate dalla letteratura internazionale, la situazione degli assistiti esaminati nella prima fase del progetto, limitatamente agli aspetti dell'autosufficienza. Successivamente, in collaborazione con il Medico Geriatra, sono state esaminate le singole situazioni e gli anziani sono stati classificati rispetto al livello di autosufficienza in:

- soggetti autosufficienti
- soggetti non autosufficienti di grado lieve
- soggetti non autosufficienti di grado moderato
- soggetti non autosufficienti

La scelta di affidare l'indagine ad un'unica Assistente Sociale, adeguatamente formata, ha ridotto il rischio di disomogeneità delle valutazioni da parte dei singoli medici di medicina generale. Le valutazioni dell'Assistente Sociale e del Medico sono state inserite nella banca dati di riferimento e successivamente ricodificate per ottenere una variabile in grado di sintetizzare l'eventuale variazione dello status tra la prima e la seconda rilevazione. La variabile, denominata "variazione dello status", nasce pertanto dal confronto tra lo stato di autosufficienza iniziale e quello al termine del periodo di osservazione. In particolare le modalità assunte dalle due variabili sono state codificate attribuendo dei punteggi al grado di non autosufficienza secondo il seguente criterio:

- Autosufficienza = 1
- Parziale non autosufficienza di grado lieve = 2
- Parziale non autosufficienza di grado moderato = 3
- Non autosufficienza = 4

Calcolando la differenza fra i punteggi all'inizio e al termine del periodo di osservazione si sono ottenuti dei valori compresi fra -3 (corrispondente al massimo peggioramento nel caso di un individuo "autosufficiente" all'inizio del periodo e "non autosufficiente" alla fine) e +3 (massimo miglioramento, cioè soggetto "non autosufficiente" all'inizio e "autosufficiente" al termine). I punteggi così ottenuti sono stati utilizzati per identificare una nuova variabile qualitativa ordinale con le seguenti quattro modalità:

1. migliorato differenza > 0
2. stabile differenza = 0
3. peggiorato lieve differenza = -1
4. peggiorato grave differenza < -1

Risultati e conclusioni

Questo progetto era nato con il duplice obiettivo di costruire una metodologia di lavoro condivisa tra Medici di Medicina Generale e Servizi Assistenza Anziani territoriali per valutare le situazioni a rischio, avviando percorsi di assistenza ove necessari e di conoscere i bisogni potenziali della popolazione anziana per riformulare i criteri di presa in carico e fornire ai soggetti istituzionali elementi utili per una programmazione mirata ed integrata non solo in ambito sociosanitario, ma nel più ampio insieme delle politiche rivolte al cittadino. In generale è possibile affermare che l'esperienza realizzata ha segnato l'inizio di un percorso che si sta dimostrando efficace, ma che necessita di sviluppo e strutturazione in tutto il territorio distrettuale e provinciale.

Per quanto riguarda il primo obiettivo, è stato rafforzato il canale di interrelazione tra Medici di Medicina Generale e Assistenti Sociali, anche se non in modo omogeneo nel territorio distrettuale. Questo ha reso prassi di lavoro la segnalazione da parte dei Medici ai servizi sociali di situazioni a rischio, con conseguente approfondimento e frequente presa in carico da parte dei servizi sociali. Il percorso ha inoltre promosso ed incrementato, tra i Medici di Medicina Generale, la consapevolezza dell'importanza che un sistematico e completo monitoraggio degli indicatori sociali (condizioni abitative, familiari e ambientali) costituisca parte integrante di una valutazione globale, da parte del medico, delle condizioni dell'anziano. Relativamente al secondo obiettivo, la valutazione degli anziani non conosciuti ai servizi ha permesso di migliorare notevolmente la conoscenza dei bisogni potenziali. Sebbene alcune problematiche socio-ambientali fossero già note agli amministratori, la rilevazione ha consentito di giungere ad una importante quantificazione dei problemi, alla loro mappatura nel territorio con l'individuazione delle zone a maggior criticità.

Per quanto riguarda le condizioni di salute e di autosufficienza emerge un quadro sostanzialmente positivo in merito al quale è possibile evidenziare alcuni punti di rilievo:

- le situazioni caratterizzate da una completa non autosufficienza e gestite in ambito familiare e/o con il ricorso ad un care-giver sono molto contenute;
- in generale la rete familiare presenta, ancora oggi, una buona capacità di tenuta nell'impegno di cura e di presa in carico di situazioni complesse. In particolare i figli rappresentano i principali care-giver;
- nel momento di perdita dell'autosufficienza è diffusa la scelta da parte della persona anziana, soprattutto in assenza di coniuge, di convivenza nell'ambito del nucleo familiare dei figli;
- è importante segnalare la elevata diffusione di casi che, pur presentando livelli di non autosufficienza lieve o moderata, risultano non essere conosciuti dai servizi. In questa fascia di popolazione si rilevano bisogni inespressi, esistono situazioni a rischio, soprattutto per quanto riguarda l'isolamento sociale;
- in generale la presenza di problematiche, quali ad esempio, l'inadeguatezza dell'abitazione (barriere esterne ed/o interne), la scarsa accessibilità dei trasporti, delle comunicazioni viarie e contesti abitativi isolati, possono incidere sull'autonomia delle persone anziane confermando la necessità di politiche integrate supportate da conoscenze tecniche precise.

Nella seconda fase l'insieme delle variabili rilevate ed esaminate inizialmente è stato messo a confronto con la variazione del livello di autonomia a 18 mesi di distanza. Questo ha permesso di individuare i principali fattori alla base dell'eventuale aggravamento dello stato di salute dell'anziano e/o della sua perdita di autosufficienza. Scopo ultimo è quello di identificare, ex ante, i segnali di criticità per porre in essere opportune azioni socio-sanitarie per prevenire l'instaurarsi di situazioni di non autosufficienza. L'analisi ha di fatto confermato quanto già osservato in numerosi studi condotti sia in Italia che all'estero assegnando un'importanza rilevante sia a fattori demografici (età e stato civile), ma soprattutto a quelli di tipo socio-ambientale (area geografica di residenza, partecipazione alla vita sociale e isolamento ambientale). Questi ultimi costituiscono indubbiamente i fattori predittivi più interessanti rispetto alla tematica della non-autosufficienza laddove indicano una strada molto chiara ed inequivocabile per la programmazione dei servizi. In conclusione, l'utilizzo in maniera proattiva di questi indicatori dovrebbe permettere di intercettare precocemente le situazioni a rischio avviando

immediatamente una programmazione di servizi adeguati, a bassa intensità assistenziale, anche attraverso l'apporto del volontariato, evitando in tal modo di intervenire solo in fase d'emergenza, quando diventa più difficile garantire la permanenza a domicilio.

5.2 Il progetto “Nucleo delle cure primarie” Distretto Valli Taro e Ceno -Medesano (PR)

A partire dalla seconda metà dell'anno 2009, si è dato avvio al processo di rilevazione delle condizioni socio-sanitarie delle persone ultrasessantacinquenni, presupposto indispensabile per la costruzione del sistema di monitoraggio. Successivamente all'indagine, si è proposto un sistema di monitoraggio delle persone fragili.

Gli obiettivi fondamentali del progetto sono:

- conoscere le condizioni ed i bisogni della popolazione anziana.
- Costruire un sistema di sorveglianza sulla qualità della vita delle persone anziane, utilizzando indicatori sensibili al cambiamento nel tempo, in grado di intercettare in modo anticipato i bisogni.
- Sviluppare una metodologia di lavoro, condivisa tra Medici di Medicina Generale, Infermieri Professionali e Servizi Sociali territoriali per valutare le situazioni a rischio.

Metodologia

Attraverso l'anagrafe sanitaria sono stati individuati tutti gli anziani residenti nel Comune con età uguale o superiore a 75 anni; è stato effettuato l'abbinamento al rispettivo Medico di Medicina Generale, escludendo gli anziani in carico ai Medici di altri Comuni. In relazione alla finalità del progetto, sono stati individuati, (attraverso la consultazione della banca dati dei servizi comunali e dell'Azienda USL) ed esclusi dall'indagine, gli anziani già seguiti dal Servizio Sociale del Comune in quanto accolti in strutture residenziali, in centri diurni, destinatari di assegno di cura, assistiti a domicilio dal Servizio di Assistenza Domiciliare e servizi accessori. Inoltre, sono stati esclusi gli assistiti in Assistenza Domiciliare Integrata di secondo e terzo livello. La mappatura ha riguardato pertanto il 74,3% della popolazione anziana del Comune. I dati relativi alla popolazione in studio sono stati rilevati attraverso un colloquio tra i Medici di Medicina Generale, in possesso delle necessarie informazioni su ogni singolo anziano, e due Operatore comunali: l'Assistente Sociale e l'Addetta amministrativa assegnata al Nucleo delle Cure Primarie.

Integrazione tra sociale e sanitario:

- la responsabilità del progetto di sorveglianza è in capo all'Assistente Sociale del Comune, che si avvale di una figura di Operatore socio sanitario con esperienza e competenza maturata nel tempo. Con restituzione continua dei risultati ai MMG.
- ai MMG insieme agli Infermieri Professionali del Nucleo Cure Primarie, si affida il monitoraggio degli anziani che presentano le condizioni di fragilità sanitaria. Ciò presuppone l'interazione iniziale con l'Assistente Sociale e la successiva segnalazione alla stessa ,dei cambiamenti significativi nella condizione degli assistiti, ogni qual volta si verificano.
- Aggiornamento continuo della Banca dati, che viene gestita, a livello operativo, dal Servizio Sociale comunale.

A livello sperimentale, si è proposto un sistema di sorveglianza che segua dinamicamente nel tempo non tutta la popolazione in indagine, ma solamente, in una prima fase, gli anziani che vivono soli. All'interno di questo gruppo sono stati individuati due sottogruppi di popolazione.

Un primo sottogruppo è quello delle persone che presentano indicatori di **fragilità sociale** definiti da:

- non avere figli in vita
- vivere in condizioni di isolamento ambientale valutato medio o elevato

Un secondo sottogruppo è quello degli anziani che presentano condizioni di **fragilità sanitaria** definite da :

- consumo di 4 o più farmaci al giorno;
- complessità del regime terapeutico valutata alta o media;
- presenza e grado di gravità di polipatologie croniche elevato o moderato.

Per quanto riguarda i risultati si valuterà l'adesione dei soggetti ai piani di prevenzione previsti nonché un confronto con i profili di nucleo del NCP di Medesano (protocollo Jefferson) al fine di vedere eventuali impatti del sistema di vigilanza di presa in carico della fragilità rispetto ai dati degli stessi.

5.3 Il progetto “Nucleo anziani fragili” della provincia di Rimini

l'attività del “Nucleo Anziani Fragili” si rivolge alla popolazione ultrasessantacinquenne della Provincia di Rimini non in carico ai servizi sociali. Il nucleo ha la funzione di identificare e mappare gli anziani ultrasessantacinquenni a rischio fragilità e attivare interventi individualizzati per contrastare la solitudine e l'isolamento con la finalità di prevenire e/o supportare situazioni di disagio. Partendo dagli elenchi inviati dalle anagrafi comunali, le operatrici del Nucleo utilizzano uno specifico sistema informatico che permette di estrapolare i nominativi degli anziani non conosciuti ai servizi e acquisire i relativi numeri telefonici presenti all'interno del data base aziendale. Successivamente effettuano una intervista telefonica appositamente strutturata che permette di definire una mappatura degli anziani suddivisa in 3 macro aree:

- anziani soli a rischio solitudine e isolamento sociale
- anziani a rischio emergenze bioclimatiche
- anziani a rischio fragilità sanitaria

Qualora durante la telefonata emerga una situazione di disagio derivato da solitudine, limitata rete familiare e/o sociale, ridotta autonomia nell'affrontare le necessità legate ai bisogni della vita quotidiana, l'Assistente Sociale del Nucleo procede con gli approfondimenti del caso contattando, se necessario, anche il Medico di Medicina Generale per gli approfondimenti relativi alla situazione sanitaria. Dagli elementi emersi, se opportuno, l'A.S. concorda ed effettua una visita domiciliare all'anziano. Successivamente, sulla base della valutazione globale del caso, si procede alla programmazione di interventi specifici a domicilio, strutturati, a seconda della necessità, coinvolgendo educatori, OSS, volontari e/o operatori dei servizi territoriali.

Motivazioni: contrastare la solitudine e l'isolamento degli anziani ultra settantacinquenni, rafforzando le risorse dei singoli e del loro contesto familiare e sociale, intercettare precocemente situazioni di rischio sanitario.

Obiettivi: individuazione e monitoraggio degli anziani fragili, sia per le condizioni ordinarie che di emergenza bioclimatica, approfondimento della conoscenza dei bisogni potenziali della popolazione anziana per prevenire o posticipare l'insorgenza del disagio con l'intercettazione anticipata della domanda e predisposizione di strategie per una presa in carico "leggera".

Azioni programmate: attivazione e pubblicizzazione di una linea telefonica dedicata attiva 10 ore al giorno per informazioni sulla rete dei servizi e sui relativi percorsi. Contatto telefonico da parte degli operatori del Nucleo per la somministrazione dell'intervista appositamente predisposta; monitoraggio telefonico periodico e chiamate di telecompagnia, consigli utili per affrontare i disagi bioclimatici. Valutazione sociale per interventi domiciliari di supporto: accompagnamenti per visite mediche e accertamenti sanitari, aiuto nella spesa, consegna farmaci e ricette mediche, disbrigo pratiche burocratiche. Affiancamento per favorire la partecipazione a momenti di socializzazione.

Fasi e tempi, stato di realizzazione:

1° fase

- Costituzione unità di monitoraggio telefonico;
- Formazione degli operatori;
- Messa a punto del modello di intervista;

2° fase

- Predisposizione anagrafe > 75enni con numeri di telefono;
- Mappatura risorse di rete formali ed informali del territorio;
- Presa di contatto con gli attori delle reti.

3° fase

Avvio del programma con:

- Comunicati stampa;
- Somministrazione telefonica dell'intervista e conseguente elaborazione delle mappe tematiche
- Telefonate di monitoraggio e di compagnia
- Contatti MMG
- Interventi personalizzati
- Coordinamenti settimanali;
- Aggiornamento continuo della banca dati

Valutazione a 12 mesi di outcome in termini di:

- Avanzamento delle fasi del Programma;
- Analisi dei dati raccolti;
- Interventi effettuati ed esiti;
- Rilevazione del grado di soddisfazione dei cittadini

STRUMENTI

1. Programma gestionale specifico per la gestione delle telefonate, la somministrazione dell'intervista, l'elaborazione dei dati e l'analisi dei risultati
2. Intervista telefonica strutturata in 3 sezioni:
 - Domande sulla condizione di rischio per emergenze bioclimatiche
 - Domande sulla condizione di rischio solitudine, isolamento, rete parentale e di supporto
 - Domande sullo stato di salute percepito, rischio cadute, attività fisica, memoria

Principali aspetti innovativi L'aspetto di maggior rilevanza è rappresentato dall'inversione del processo di contatto con l'utenza: non è l'anziano o il familiare dell'anziano che si rivolge ai servizi, ma è il servizio che diventa soggetto attivo nell'intercettazione del bisogno. Un'altra innovazione è rappresentata dall'aspetto di prevenzione e/o intercettazione rapida dell'insorgenza del disagio. Gli interventi vengono, quindi, svolti in situazioni che presentano bisogni a basso impatto ed hanno come obiettivo specifico il reinserimento del soggetto nella rete sociale, il contenimento del riacutizzarsi del disagio, la promozione di processi di maggior autonomia. Inoltre, in relazione a problematiche specifiche di prevenzione sanitaria (anziani con problemi di deambulazione e con problemi di memoria), è possibile la progettazione di interventi mirati a contenere il peggioramento di deficit motori e/o mnemonici.

ALLEGATO 1

TRACCIA DI RILEVAZIONE DEI BISOGNI DEGLI ANZIANI

COMUNE _____ CODICE _____

ANAGRAFICA - RETE FAMILIARE

Anno di nascita _____	Sesso	<input type="radio"/> maschio	<input type="radio"/> femmina	
Stato Civile	<input type="radio"/> coniugato/a	<input type="radio"/> nubile/celibe	<input type="radio"/> vedovo/a	<input type="radio"/> divorziato/a
Composizione del nucleo <input type="radio"/> vive solo/a <input type="radio"/> coppia anziani <input type="radio"/> nucleo familiare				
Indennità di accompagnamento	<input type="radio"/> Si	<input type="radio"/> no	<input type="radio"/> non so	

RETE FAMIGLIARE E DI VICINATO

Figli in vita	<input type="radio"/> Si	<input type="radio"/> no	Numero _____		
Figli residenti nel comune	<input type="radio"/> Si	<input type="radio"/> no	<input type="radio"/> non so		
Altri parenti residenti nel comune	<input type="radio"/> Si	<input type="radio"/> no	<input type="radio"/> non so		
Rapporti con la rete famigliare	<input type="radio"/> Frequenti	<input type="radio"/> Sporadici	<input type="radio"/> Assenti	<input type="radio"/> Non so	
Grado di partecipazione alla vita sociale	<input type="radio"/> Elevato	<input type="radio"/> Medio	<input type="radio"/> Basso	<input type="radio"/> Assente	
Presenza di caregiver	<input type="radio"/> Si	<input type="radio"/> no	<input type="radio"/> non so		
Figura che svolge tale ruolo:					
<input type="radio"/> Coniuge <input type="radio"/> Figlio <input type="radio"/> Nipote diretto <input type="radio"/> Altri parenti <input type="radio"/> Altro					
Efficacia dell'azione di sostegno dei caregiver	<input type="radio"/> Elevata	<input type="radio"/> Media	<input type="radio"/> Sufficiente	<input type="radio"/> Insufficiente	<input type="radio"/> non so
Se Insufficiente perché					
Disponibilità di supporto da parte dei vicini	<input type="radio"/> Elevata	<input type="radio"/> Media	<input type="radio"/> Sufficiente	<input type="radio"/> Insufficiente	<input type="radio"/> non so

VALUTAZIONE

Sistema di relazioni	<input type="radio"/> Adeguato	<input type="radio"/> parz. adeguato	<input type="radio"/> inadeguato	<input type="radio"/> assente
Forme di sostegno	<input type="radio"/> Adeguate	<input type="radio"/> parz. adeguate	<input type="radio"/> inadeguate	<input type="radio"/> assenti

DOMICILIO E ABITAZIONE

Domicilio	<input type="radio"/> Conosciuto		<input type="radio"/> Sconosciuto	
Ubicazione _____ (nome luogo) ¹	<input type="radio"/> Centro abitato/Frazione		<input type="radio"/> Località isolata	
Lontananza dal centro abitato	<input type="radio"/> Fino a 1 km		<input type="radio"/> Oltre 1 km	
Accessibilità viaria	<input type="radio"/> Buona	<input type="radio"/> Carente		
Accessibilità servizi pubblici di trasporto	<input type="radio"/> Buona	<input type="radio"/> Carente	<input type="radio"/> Assente	
Presenza di barriere architettoniche	<input type="radio"/> Interne	<input type="radio"/> Esterne	<input type="radio"/> Entrambe	<input type="radio"/> Nessuna
Riscaldamento	<input type="radio"/> Gas/Gasolio	<input type="radio"/> Legna	<input type="radio"/> Non so	
Acqua calda interna	<input type="radio"/> SI	<input type="radio"/> NO	<input type="radio"/> Non so	
Presenza di bagno interno	<input type="radio"/> Si	<input type="radio"/> no	<input type="radio"/> non so	
Livello di igiene dell'abitazione	<input type="radio"/> Buono	<input type="radio"/> Carente	<input type="radio"/> non so	

VALUTAZIONE

La persona è in una condizione di isolamento	<input type="radio"/> Elevato	<input type="radio"/> Medio	<input type="radio"/> Basso	<input type="radio"/> assente
La persona dispone di una abitazione	<input type="radio"/> Adeguate	<input type="radio"/> parz. adeguate	<input type="radio"/> inadeguate	<input type="radio"/> Non so

SALUTE E AUTONOMIA

Con quale frequenza lo visita? ¹	<input type="radio"/> Alta	<input type="radio"/> Media	<input type="radio"/> Bassa	<input type="radio"/> Non Conosciuto	
Numero ricoveri in ospedale nell'ultimo anno (compreso day hospital):					
Quanti farmaci assume alla giornata?	<input type="radio"/> > 6	<input type="radio"/> 4 - 5	<input type="radio"/> 2 - 3	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 0
Assume correttamente i farmaci	<input type="radio"/> SI		<input type="radio"/> NO		
Complessità del regime terapeutico ²	<input type="radio"/> Alta	<input type="radio"/> Media	<input type="radio"/> Bassa	<input type="radio"/> Nulla	
Abitudini alimentari e idratazione	<input type="radio"/> Adeguate			<input type="radio"/> Carenti	

AUTONOMIA NELLA MOBILITA' AMPIA

Uscire di casa	<input type="radio"/> si	<input type="radio"/> no	<input type="radio"/> con difficoltà
Fare le scale	<input type="radio"/> si	<input type="radio"/> no	<input type="radio"/> con difficoltà

AUTONOMIA NELLA MOBILITA' CIRCOSCRITTA

Camminare	<input type="radio"/> si	<input type="radio"/> no	<input type="radio"/> con difficoltà
Alzarsi ed andare a letto	<input type="radio"/> si	<input type="radio"/> no	<input type="radio"/> con difficoltà

AUTONOMIA NELLA CURA DI SÉ

Vestirsi e spogliarsi	<input type="radio"/> si	<input type="radio"/> no	<input type="radio"/> con difficoltà
Usare il gabinetto	<input type="radio"/> si	<input type="radio"/> no	<input type="radio"/> con difficoltà
Lavarsi viso e braccia	<input type="radio"/> si	<input type="radio"/> no	<input type="radio"/> con difficoltà
Mangiare	<input type="radio"/> si	<input type="radio"/> no	<input type="radio"/> con difficoltà

AUTONOMIA NELLE ATTIVITA' STRUMENTALI DELLA VITA QUOTIDIANA

Fare lavori domestici leggeri	<input type="radio"/> si	<input type="radio"/> no	<input type="radio"/> con difficoltà
Usare il telefono	<input type="radio"/> si	<input type="radio"/> no	<input type="radio"/> con difficoltà
Prendere le medicine da solo	<input type="radio"/> si	<input type="radio"/> no	<input type="radio"/> con difficoltà
Usare il denaro	<input type="radio"/> si	<input type="radio"/> no	<input type="radio"/> con difficoltà
Preparare un pasto caldo	<input type="radio"/> si	<input type="radio"/> no	<input type="radio"/> con difficoltà
Portare pesi (leggeri)	<input type="radio"/> si	<input type="radio"/> no	<input type="radio"/> con difficoltà

DIMENSIONE COGNITIVA

Orientarsi nel tempo (giorno/notte,stagioni)	<input type="radio"/> si	<input type="radio"/> no	<input type="radio"/> con difficoltà	
Orientarsi nello spazio	<input type="radio"/> si	<input type="radio"/> no	<input type="radio"/> con difficoltà	
Memoria	<input type="radio"/> elevata	<input type="radio"/> media	<input type="radio"/> bassa	<input type="radio"/> nulla

DIMENSIONE PSICHICA

Allucinazioni e deliri	<input type="radio"/> Frequenti	<input type="radio"/> Sporadici	<input type="radio"/> Assenti	<input type="radio"/> Non so
Aggressività	<input type="radio"/> Frequenti	<input type="radio"/> Sporadici	<input type="radio"/> Assenti	<input type="radio"/> Non so
Agitazione psico-motoria	<input type="radio"/> Frequenti	<input type="radio"/> Sporadici	<input type="radio"/> Assenti	<input type="radio"/> Non so
Depressione	<input type="radio"/> grave	<input type="radio"/> moderata	<input type="radio"/> lieve	<input type="radio"/> assente
Ansia	<input type="radio"/> grave	<input type="radio"/> moderata	<input type="radio"/> lieve	<input type="radio"/> assente

DIMENSIONE EMOTIVA

Manifesta particolari paure/ timori/ preoccupazioni	<input type="radio"/> si	<input type="radio"/> no	<input type="radio"/> non so
Se si quali paure:			
Condizioni economiche	<input type="radio"/> si	<input type="radio"/> no	<input type="radio"/> non so
Malattia	<input type="radio"/> si	<input type="radio"/> no	<input type="radio"/> non so
Morte	<input type="radio"/> si	<input type="radio"/> no	<input type="radio"/> non so
Solitudine	<input type="radio"/> si	<input type="radio"/> no	<input type="radio"/> non so
Problemi familiari	<input type="radio"/> si	<input type="radio"/> no	<input type="radio"/> non so
Altro _____	<input type="radio"/> si	<input type="radio"/> no	<input type="radio"/> non so

DIMENSIONE "SALUTE"

Presenza di polipatologie croniche degenerative o di un quadro polipatologico in labile scompenso
<input type="radio"/> grave <input type="radio"/> moderata <input type="radio"/> lieve <input type="radio"/> assente <input type="radio"/> non so

VALUTAZIONE

La persona presenta condizioni di salute	<input type="radio"/> Buone	<input type="radio"/> Discrete	<input type="radio"/> Cattive	<input type="radio"/> Non sa
La persona evidenzia un grado di autonomia	<input type="radio"/> Elevato	<input type="radio"/> Medio	<input type="radio"/> Scarso	<input type="radio"/> Insufficiente

NOTE PER LA COMPILAZIONE

1 FREQUENZA VISITE

- Alta = almeno una visita al mese
- Media = almeno 1 volta ogni 3 mesi
- Bassa = almeno 1 visita ogni 6 mesi
- Non conosciuto = meno di una visita all'anno

2 COMPLESSITA' REGIME TERAPEUTICO

- Alta = regime terapeutico controllato complesso: associazioni di più farmaci, diverse posologie, via di somministrazione, frequenti controlli dosaggi sangue (es. coumadin, insulina, ecc,) o via di somministrazione e.v. enterale
- Media = associazioni di più farmaci, diverse posologie
- Bassa = numero elevato di farmaci

Tab. 1 Estratto da "Linee di intervento regionali per contrastare e mitigare l'effetto delle ondate di calore" (2004)

...E' da considerare indicatore di una condizione di fragilità la presenza di almeno due tra le seguenti condizioni:

- età molto avanzata (di norma uguale o superiore a 85 anni);
- ultrasessantacinquenni **in condizione di solitudine**;
- dimissione da un ricovero ospedaliero recente (entro 30 giorni).

Inoltre sono da considerare in condizione di fragilità i soggetti che, anche a prescindere dall'età sopra indicata, presentano una condizione di comorbilità significativa, interessati da una o più delle seguenti malattie croniche, **associata ad una condizione di solitudine**:

- disturbi cognitivi (demenze.)
- diabete
- malattie dell'apparato cardiovascolare (es. cardiopatie, ipertensione)
- esiti invalidanti di ischemie cerebrali con conseguenti disabilità funzionali
- malattie dell'apparato respiratorio (es. bronchite cronica)
- nefropatie
- problemi psichiatrici

E' da considerare elemento di maggior rischio la dimissione ospedaliera recente e qualsiasi condizione di compromissione della capacità di espressione dei propri bisogni. L'individuazione, dei precedenti criteri, dei soggetti fragili a rischio, debbono essere **accompagnati da una valutazione complessiva dell'ambiente di vita e relazionale**, dove risulti chiara l'assenza di persone in grado di assicurare l'ascolto ed il soddisfacimento di bisogni essenziali delle persone fragili e a rischio, monitorando inoltre i casi di anziani che presentano condizioni di precarietà dal punto di vista psicologico, economico, assistenziale in condizioni complessive di limitata autonomia.

Tab.2 Estratto da all.4 della DGR 1206/07

1) Identificazione a livello locale delle condizioni e dei fattori di rischio di fragilità

L'area geografica di residenza rappresenta una delle variabili di contesto di primaria rilevanza per l'analisi dei fenomeni sociali. In particolare in Emilia-Romagna, dove si registra una eterogeneità, sia in termini di conformazione morfogeografica del territorio (dai grandi agglomerati urbani, alle aree montane, collinari, rurali, e marine), che di distribuzione della popolazione anziana nelle diverse aree geografiche. Ciò premesso, è necessario che nel programma di ambito distrettuale si evidenzino i fattori specifici e peculiari che creano condizioni di rischio di fragilità (anche rilevando la percezione oggettiva delle fasce di popolazione più esposte a tale rischio) e si individuino strategie e strumenti con l'obiettivo del miglioramento delle condizioni di vita nelle zone di maggior disagio (zone di montagna, zone collinari e/o rurali).

2) Mappatura dei soggetti a rischio di solitudine e isolamento

2.1) Criteri generali e fattori predittivi di fragilità

Per una lettura e mappatura territoriale, si propongono alcuni criteri generali, da arricchire, in sede locale, per individuare **la condizione generale di fragilità sociale**:

○ La mancanza e/o forte rarefazione delle reti familiari e sociali, da non confondere con la condizione anagrafica di solitudine, rappresenta l'elemento base **che associato a due o più dei seguenti fattori** può far identificare il rischio di fragilità sociale:

- ✓ Alta necessità di assistenza (continuativa);
- ✓ Età molto avanzata (ultraottantenni), associata a condizione di reale solitudine;
- ✓ Basso reddito;
- ✓ Condizione di Caregiver anziano (soprattutto donne), in particolare di persone con necessità di assistenza continuativa (ad esempio dementi, gravissime disabilità, etc.);
- ✓ Persone in condizioni di isolamento in zone ad alto tasso di criminalità;
- ✓ Persone con limitata autonomia nella mobilità;
- ✓ Persone che vivono in zone isolate (montagna, collina, zone rurali);

2.2 Mappatura della fragilità: generale e specifica per varie tipologie di emergenze

2.2.a Mappatura della fragilità generale

A partire dalle caratteristiche generali sopra elencate, è opportuno realizzare una mappatura della fragilità sociale indagando sulla presenza/assenza delle reti di sostegno formali e informali, a partire dalla specifica persona e dal contesto territoriale in cui vive. Tale azione svolta su base territoriale (quartiere, frazione, etc.), in collaborazione con le associazioni ed i soggetti attivi in quel contesto, rappresenta già un primo intervento per il riconoscimento e/o la ricostruzione delle reti relazionali. Questa mappatura risulta importante per sviluppare azioni e programmi ordinari di comunità, per creare condizioni di "normali" reti relazionali, utili ed indispensabili anche per intervenire in condizioni di specifiche emergenze.

2.2.b Mappatura della fragilità specifica per emergenze straordinarie

La mappatura generale va arricchita di elementi conoscitivi, anche attraverso l'ampliamento delle caratteristiche dei soggetti fragili, in relazione a possibili emergenze climatiche (ondate di calore e di freddo). Si richiamano a questo proposito i criteri già evidenziati a livello regionale nelle linee guida per gli interventi di contrasto delle ondate di calore per le emergenze rappresentate dalle ondate di calore.

Tab. 3, Estratto da "La comparazione dei modelli di Piacenza, Modena e Ravenna, (anno 2011)" a cura Agenzia sociale e sanitaria regionale.

AUSL PIACENZA	
Quale definizione di fragilità? Esplicitare la definizione concettuale di fragilità adottata.	La fragilità è una tipica condizione caratterizzata da un'aumentata vulnerabilità legata ad eventi turbativi determinanti deficit di uno o più sistemi. La fragilità viene intesa come una situazione di maggior rischio di eventi avversi che sono causa del progressivo manifestarsi di alterazioni dell'equilibrio biologico o psichico - cognitivo, per l'evolvere di quadri di disabilità e/o di non autosufficienza. Il modello della fragilità è stato descritto da Fried (17) nel 1999 ed indica in particolare: <ul style="list-style-type: none"> • dimensioni fisico-biologiche: età, presenza di patologie organiche croniche. Riduzione della massa muscolare, scompenso a cascata; disturbi cognitivi; Ridotta autonomia funzionale (nelle ADL e IADL, riduzione dell'acuità ed integrità sensoria) <ul style="list-style-type: none"> • dimensioni "cliniche": polifarmacoterapia, monitoraggio continuo di sintomi • dimensioni psicologiche: presenza di sintomatologia depressiva, senso di stanchezza cronica, solitudine, riduzione delle competenze ed abilità sociali nell'affrontare situazioni stressanti; • dimensioni sociali: reti di supporto sociale, isolamento, impoverimento ed esclusione sociale.
Riferimenti bibliografici	Maciocco G.; "Malattie croniche: nuovi modelli assistenziali"; Prospettive Sociali e Sanitarie 2006; 3: 6-8. Fried L, Walston J. Frailty and failure to thrive. Principles of geriatric medicine and gerontology. 4th ed. New York, NY: McGraw-Hill, 1999: 1387-1402 Rockwood K., Fox R.A., Stolee P., Robertson D. & Beattie L. (1994), "Frailty in elderly people: an evolving concept." Canadian Medical Association Journal 150: 489-495L. Ferrucci ,la Fragilità come guida nella rete dei servizi per l'anziano. Modena 2005 Blaylock A, Cason CL. Discharge planning predicting patients' needs. J Gerontol Nurs 1992;18(7):5-10. Chaboyer W, Kendall E, Foster M Use of the 'BRASS' to identify ICU patients who may have complex hospital discharge planning needs. Nurs Crit Care 2002 Jul-Aug;7(4):171-5
Da quali fonti informative? Specificare quali fonti sono state utilizzate per raggiungere le informazioni utili all'individuazione dei soggetti fragili (es. banche dati, Medici di famiglia, ...)	Sono state utilizzate: <ul style="list-style-type: none"> • Banca Dati Dimessi • Elenco delle persone che richiedono interventi sociali ai servizi • Segnalazioni MMG La prima individuazione è stata effettuata utilizzando la BRASS come strumento di valutazione del bisogno di "protezione" in dimissione e a domicilio (valutazione Infermiere + Assistente Sociale) associata alla scala del bisogno assistenziale
Quale modalità di acquisizione delle informazioni è stata adottata? come è stata individuare la popolazione fragile (es. collegamento flussi informativi, incrocio liste cartacee, richiesta ai mmg tramite quale strumento....)?	Incrocio delle seguenti liste cartacee: <ul style="list-style-type: none"> > 65 aa in ADP, > 65 aa che abbiano richiesto valutazione sociale, utenti valutati per ADI-SID-SAD sia a domicilio che in ospedale con nursing need score < 20 (basso bisogno) e BRASS <=10 persone > 1 ricovero anno negli ultimi 3 anni utenti flusso SMAC/ADI 1° livello.
Metodi e strumenti di conferma della condizione di fragilità: (da "test" a "caso")	Scheda BRASS, Nursing Score e Scheda di Sintesi Sperimentazione condotta su 94 casi nel 2009: concordanza di valutazione tra gli strumenti e positività del test di Wilcoxon per BRASS e NNS in valutazioni successive nel campione generale, nella suddivisione tra maschi e femmine, e nella pop. > 75aa
Riassumendo: Indicatore finale di fragilità utilizzato · Nome dell'indicatore, · Modalità di calcolo (valore soglia o scoring o) · Limite soglia per la definizione della fragilità (ad es., avere almeno 2 caratteristiche su 5)	Scheda BRASS, Nursing Score e Scheda di Sintesi Almeno 1 variabile presente oltre la prima (> 65aa)
Fonte di finanziamento: (FRNA, modernizzazione, bandi di ricerca, finanziamenti specifici)	PER SAD ORS nel FRNA PER ADI /SID finanziamento SSR Per la ricerca: nessun finanziamento specifico

AUSL MODENA	
Quale definizione di fragilità? Esplicitare la definizione concettuale di fragilità adottata	L'anziano fragile è una persona in età avanzata o molto avanzata, cronicamente affetto da patologie multiple, con una salute instabile e nel quale gli effetti delle malattie, dell'invecchiamento e dell'ambiente socioeconomico determinano una rottura della autosufficienza. La riserva di capacità di compenso è talmente ridotta che situazioni anche relativamente non gravi possono determinare una profonda variazione della capacità di gestione.
Riferimenti bibliografici	<ul style="list-style-type: none"> • Società italiana di geriatria e gerontologia • SEEK Programm, Portland .Oregon USA • L.Ferrucci ed altri: Progetto Domus , G.Gerontologia, 2003. 51,35-41 • B.Bernardini, la disabilità fisica tra fragilità, riabilitazione e riattivazione, Modena 26 maggio 2007 • L. Ferrucci, la Fragilità come guida nella rete dei servizi per l'anziano. Modena 2005 • J.Guralnik, assessing the Building blocks of function, Am J Prev Med ,2003 ,25 (3sii)
Su quale popolazione sono state raccolte le informazioni iniziali:	Si è proceduto ad uno studio su di un campione di anziani >75 fino agli 84 anni compiuti, a domicilio, di 3 distretti dell'AUSL di Modena, rappresentativi delle diverse aree della Provincia, con la collaborazione dei Medici di famiglia (Mmg) dei rispettivi anziani. Il gruppo di anziani è stato randomizzato per sesso, per scaglioni di età dell'anagrafe sanitaria, costruendo un gruppo di 300 persone con rispettive sostituzioni, inserendo solo persone a domicilio che non fossero note ai servizi residenziali, di centro diurno e di assistenza domiciliare.
Da quali fonti informative? Specificare quali fonti sono state utilizzate per raggiungere le informazioni utili all'individuazione dei soggetti fragili (es. banche dati, Medici di famiglia, ...)	È stato approntato uno strumento di intervista telefonica che comprendeva tredici domande, alcune con risposte multiple. Per ognuna di queste persone è stato contattato preventivamente il MMG per condividere lo studio e lo strumento di intervista telefonica da utilizzare sia per l'anziano che per il medico.
Quale modalità di acquisizione delle informazioni è stata adottata?	Le informazioni sulle persone sono state acquisite con l'intervista telefonica alla persona condotta da tre intervistatrici arrivando alla totalità del numero previsto. Lo stesso questionario è stato somministrato al medico curante per verificare quanto le informazioni raccolte dai pazienti coincidessero con quelle del medico.
Metodi e strumenti di conferma della condizione di fragilità: (da "test" a "caso")	Un terzo del campione intervistato, selezionato in modo randomizzato, ha avuto una visita domiciliare geriatrica con batteria di test e scale per la valutazione multidimensionale delle aree esplorate dal questionario. La valutazione multi dimensionale eseguita sulle stesse persone che sono state interviste ha dato un feedback sull'attendibilità del test rapido rispetto ad una valutazione standard multidimensionale.
Popolazione su cui è stato testato lo strumento finale di conferma della condizione di fragilità:	Un terzo del campione intervistato, composto da anziani over 75 sconosciuti ai servizi
Lo strumento è stato validato? Con che modalità? (validità interna, esterna, di contenuto, temporale, concorrente, interna, ...)	La validazione è soprattutto interna al campione. Sarebbe necessario procedere ad un'ulteriore attività di verifica della predittività del questionario soprattutto nella sua versione ultrabreve. Questo richiede un ulteriore studio.
Riassumendo: Indicatore finale di fragilità utilizzato · Nome dell'indicatore, · Modalità di calcolo (valore soglia o scoring o) · Limite soglia per la definizione della fragilità (ad esempio, avere almeno 2 caratteristiche su 5)	<ul style="list-style-type: none"> • Come si sente? Bene 0 non bene 1 • le sembra di essere peggiorato nell'ultimo periodo No 0 Si 1 • E' caduto una volta nell'ultimo anno No 0 Si 1 • vive da solo (o con una persona che l'aiuta) no 0 Si 1 • quanti anni ha <80 0 >80 1 • sesso M 0 F 1 • punteggio oltre 3 indica fragilità
Utilizzi pratici sperimentati o in corso di sperimentazione:	Questa intervista rapida è stata testata per identificare il gruppo di persone più a rischio nel programma di contrasto alle ondate di calore, per fornire ai medici uno strumento molto semplice e rapido come macroseparatore e per individuare le persone su cui porre maggiore attenzione.
Fonte di finanziamento: (FRNA, modernizzazione, bandi di ricerca, finanziamenti specifici)	Progetto di modernizzazione 2005- 2008

AUSL RAVENNA

Quale definizione di fragilità? Esplicitare la definizione concettuale di fragilità adottata	La fragilità consiste in una situazione precaria di "equilibrio" della propria condizione di vita che aumenta la vulnerabilità di una persona anziana di fronte a stress ambientali o modificazioni dello stato personale anche di lieve entità ed espone al rischio di progressione sfavorevole verso la non autosufficienza. È quindi una condizione che può portare il soggetto anziano alla dipendenza o all'ospedalizzazione. La fragilità in questa prospettiva non è solo una caratteristica dell'individuo anziano, ma il risultato di un'interazione fra la persona e l'ambiente in cui vive, in cui sono coinvolti numerosi fattori (medici, psicologici, sociali e ambientali). La fragilità si può manifestare in diversi gradi e può evolvere e cambiare nel tempo assumendo diverse traiettorie.
Riferimenti bibliografici	<ol style="list-style-type: none"> 1. Hogan DB, MacKnight C, Bergman H (2003), Models, definition and criteria of frailty, Aging Clin. Exp Res, 15:3-29 2. Bergman H, Ferrucci L, Guralnik J et al. (2007), Frailty: an emerging research & clinical paradigm, issues and controv., J. Gerontol 62:731-37 3. Markle-Reid M, Browne G. (2003), "Conceptualizations of frailty in relation to older adults. Journal of Adv. Nursing 44(1):58-68. 4. Woo J., W. Goggins, A. Sham, S.C. Ho (2005) "Social Determinants of Frailty" Gerontology; 51:402-408 5. Micheli G. A. (2007) "Anziani fragili: quale soglia di screening" Prospettive sociali e sanitarie, 14/2007: 6-10
Su quale popolazione sono state raccolte le informazioni iniziali:	La popolazione fragile è stata individuata a partire dalla totalità della popolazione residente in provincia di Ravenna con età maggiore di 18 anni.
Da quali fonti informative? Specificare quali fonti sono state utilizzate per raggiungere le informazioni utili all'individuazione dei soggetti fragili (es. banche dati, MMG, ...)	Per fare ciò è stato creato un registro elettronico della popolazione residente allo 01/01/2006 a partire dall'anagrafe assistiti. Di questa coorte sono state rilevate diverse informazioni provenienti dalle seguenti banche dati: Anagrafe provinciale, Esenzione per Invalidità, Scheda di dimissione ospedaliera, Assistenza farmaceutica, Pronto soccorso, Assistenza domiciliare, Residenzialità sociale e sanitaria, Assistenza specialistica ambulatoriale, Salute mentale.
Quale modalità di acquisizione delle informazioni è stata adottata? come è stata individuare la popolazione fragile (strumento...)?	Le varie banche dati sono state collegate fra loro a partire dall'identificativo anagrafico individuale, creando una banca dati comune con tutte le informazioni individuali utili a definire gli aspetti sanitari e sociali, considerati come fattori di fragilità. A partire da questo registro è stato calcolato un indice di fragilità individuale per tutti i residenti >18 anni che varia da 0 (nessuna fragilità) a 100 (massima fragilità), esprimendo con un indice numerico il grado di rischio di peggiorare la propria salute nell'anno successivo alla rilevazione.
Metodi e strumenti di conferma della condizione di fragilità:	Un campione di anziani è stato contattato telefonicamente tramite l'utilizzo di una scheda valicata, per indagare le 3 aree mancanti della fragilità del registro elettronico (psicologico, sociale, ambientale) e fornire un quadro completo della condizione di fragilità.
Popolazione su cui è stato testato lo strumento finale di conferma della condizione di fragilità:	Il campione casuale, stratificato per Nucleo di Cure Primarie, è rappresentativo della popolazione anziana over 64 ed è composto da 541 anziani.
Lo strumento è stato validato? Con che modalità? (validità interna, esterna, ecc)	Sono state effettuate verifiche: di validità esterna tramite metodo split-half, di validità temporale seguendo la stessa popolazione nel tempo e verificando l'esito atteso, di validità interna, tramite il calcolo della curva di Roc
Riassumendo: Indicatore finale di fragilità utilizzato · Nome dell'indicatore, · Modalità di calcolo (valore soglia o scoring o) · Limite soglia per la definizione della fragilità (ad esempio, avere almeno 2 caratteristiche su 5)	<p>Indicatore: Indice di Rischio di fragilità e carta di rischio calcolato tramite regressione logistica multidimensionale a partire dalle informazioni ricavate dai flussi informativi. Indica un grado di fragilità individuale su una scala da 0 (assenza di fragilità) a 100 (massima fragilità), intesa come peggioramento dello stato di salute verso la non autosufficienza. Può essere utilizzato insieme alla carta di rischio di fragilità, per indagare i fattori psicosociali di fragilità ed avere così un quadro completo della condizione di salute dell'individuo.</p> <p>Carta del rischio di fragilità:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. È caduto nel corso degli ultimi 3 mesi? No Sì 2. Ha avuto vertigini o capogiri negli ultimi 3 mesi? No Sì 3. L'appetito si è ridotto negli ultimi 3 mesi? No Sì 4. Ha perso peso negli ultimi 3 mesi? No Sì 5. Svolge delle attività non retributive? No Sì 6. Svolge ancora un'attività retributiva? No Sì 7. Abitualmente aiuta altre persone ad esempio in qualche piccola faccenda o commissione, nel fare la spesa ...? No Sì 8. La casa in cui abita è di Sua proprietà? No Sì 9. In generale nella sua famiglia, a fine mese: Riuscite a risparmiare qualcosa - Siete in pari Non vi bastano i soldi - Non risponde <p><i>Aggiorna e completa l'indice di rischio calcolato da flusso informativo</i></p>
Utilizzi pratici sperimentati o in corso di sperimentazione:	L'indice di rischio di fragilità è stato utilizzato per programmare le attività ed individuare fra tutta la popolazione anziani, quella che potrebbe avere i maggiori bisogni sanitari e sociali, in particolare in occasione delle ondate di calore. È stata creata la carta di rischio della fragilità a disposizione degli operatori per verificare la condizione globale di fragilità ed indirizzare correttamente l'assistenza al cittadino, in particolare modo nei processi di integrazione ospedale territorio. Sperimentazione di entrambe le modalità sia nelle U.O. assistenza anziani, sia negli ambulatori infermieristici territoriali di prossimo avvio.
Fonte di finanziamento: (FRNA, modernizzazione, bandi di ricerca, ecc)	Progetti di modernizzazione 2008 - 2009 per la validazione della carta di rischio Progetto ministeriale sul "Comprehensive, Community and Home based Health Care Model" per la sperimentazione della presa in carico infermieristica in soggetti a rischio di cronicità e fragilità.

2. Progetti di sostegno delle reti sociali e di prevenzione per i soggetti fragili: censimento avviato nell'ambito del Piano Regionale per la prevenzione (DGR 2071/10) individuazione del target di utenza e mappatura

Nell'ambito del censimento dei progetti inerenti le attività di cui all'allegato 4 della DGR 1206/07, realizzato a fine 2011, volto ad individuare buone pratiche (di cui al presente documento) da consolidare e diffondere (obiettivo posto in seno al piano regionale per la prevenzione), è stato possibile anche rilevare alcune metodologie inerenti la mappatura delle persone fragili. Nella scheda di rilevazione dei progetti, la descrizione della metodologia adottata è stata formulata richiedendo (vedi fig.3) una breve descrizione dei metodi utilizzati all'individuazione del target di utenza cui era indirizzato il progetto.

Fig. 3 Scheda descrizione esperienza, box relativo alla descrizione dell'individuazione del target

TARGET DI UTENZA INTERESSATO DALL'INIZIATIVA
Breve descrizione dei criteri di eleggibilità e dei metodi di selezione utilizzati per l'individuazione delle persone coinvolte (specificare le fonti informative, le scale, gli strumenti di valutazione, i criteri di selezione, utilizzati per identificare il target degli utenti dell'iniziativa)
CRITERI DI ELEGGIBILITA' DEGLI UTENTI
(specificare con quali criteri sono stati selezionati gli utenti dell'iniziativa)

Trattandosi di progetti volti a contrastare l'isolamento e la solitudine, in molti casi è stato fatto generico riferimento a condizioni rilevabili dalle anagrafi dei Comuni:

- Età ≥ 75 anni
- Nucleo monopersonale o con coniuge ≥ 75 anni
- Basso reddito (in genere pensione sociale)

A tali informazioni, in alcuni casi specifici, sono state aggiunte caratteristiche relative alla zona, come ad esempio :

- vivere in frazioni e case sparse
- vivere in zone di montagna

La condizione di reale rischio di isolamento, a prescindere dall'età e dalla condizione anagrafica, è stata in molti casi appurata attraverso una visita al domicilio da parte dell'assistente sociale (talvolta con preavviso attraverso una comunicazione scritta da parte del Comune).

In generale sono state individuate le seguenti tipologie di "target"

- anziani soli, non seguiti dai servizi
- anziani seguiti dai servizi
- anziani fragili o non autosufficienti
- anziani fragili senza rete familiare
- anziani soli con problemi di salute, basso reddito e isolamento territoriale
- tutti gli anziani residenti
- caregiver anziani
- anziani con caratteristiche molto specifiche

Nelle tabelle delle pagine seguenti, si riportano le metodologie di mappatura individuate in alcuni ambiti territoriali, connesse all'identificazione dell'utenza target cui destinare i progetti.

Territorio di realizzazione del progetto	Titolo del progetto	Destinatari (target)	Descrizione metodologia mappatura
Valli Tarò e Ceno – Medesano (PR)	Indagine e monitoraggio degli anziani fragili. Nucleo delle Cure Primarie di Medesano	anziani ultra75enni non seguiti dai servizi	<p>Gli obiettivi fondamentali del progetto erano:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Conoscere le condizioni ed i bisogni della popolazione anziana • Costruire un sistema di sorveglianza sulla qualità della vita delle persone anziane, utilizzando indicatori sensibili al cambiamento nel tempo, in grado di intercettare in modo anticipato i bisogni. • Sviluppare una metodologia di lavoro, condivisa tra MMG, Infermieri Professionali e Servizi Sociali territoriali per valutare le situazioni a rischio <p>Sono stati individuati attraverso l'anagrafe sanitaria tutti gli anziani residenti nel Comune con età uguale o superiore a 75 anni al 1° gennaio 2010; è stato effettuato l'abbinamento al rispettivo Medico di Medicina Generale (MMG), escludendo gli anziani in carico ai Medici di altri Comuni. In relazione alla finalità del progetto, sono stati individuati, (attraverso la consultazione della banca dati dei servizi comunali e dell'Azienda USL) ed esclusi dall'indagine, gli anziani già seguiti dal Servizio Sociale del Comune in quanto accolti in strutture residenziali, in centri diurni, destinatari di assegno di cura, assistiti a domicilio dal Servizio di Assistenza Domiciliare e servizi accessori. Inoltre, sono stati esclusi gli assistiti in Assistenza Domiciliare Integrata di secondo e terzo livello. La mappatura ha riguardato 761 persone (74,3% della popolazione anziana del Comune). I dati relativi alla popolazione in studio sono stati rilevati attraverso un colloquio tra i MMG, che sono in possesso delle necessarie informazioni su ogni singolo anziano, e due operatori comunali: l'Assistente Sociale e l'Addetta amministrativa assegnata al Nucleo delle Cure Primarie.</p> <p>Aggiornamento continuo della Banca dati: Il percorso prevede determinate fasi, da ripetersi ciclicamente. La Banca dati viene gestita, a livello operativo, dal Servizio Sociale comunale.</p> <p>A livello sperimentale, si è proposto un sistema di sorveglianza che segua dinamicamente nel tempo non tutta la popolazione in indagine, ma solamente, in una prima fase, gli anziani che vivono soli.</p> <p>Risultavano vivere in condizione di solitudine 246 anziani, di cui 187 femmine e 59 maschi.</p> <p>All'interno di questo gruppo si è proposto di individuare due sottogruppi di popolazione .</p> <p>Un primo sottogruppo composto da persone che presentavano indicatori di fragilità sociale definiti da:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. non avere figli in vita (n. 56 persone); 2. vivere in condizioni di isolamento ambientale valutato medio o elevato (n. 29 persone). <p>Un secondo sottogruppo (n. 45 persone) era quello degli anziani che presentavano condizioni di fragilità sanitaria definite da :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. consumo di 4 o più farmaci al giorno; 2. complessità del regime terapeutico valutata alta o media; 3. presenza e grado di gravità di polipatologie croniche elevato o moderato.
Sud Est – Langhirano	Gestione anticipata della fragilità	Anziani over 75, con livello di autonomia lieve e moderata, soli, coppie anziani senza figli Anziani non in carico ai Servizi Sociali e/o Sanitari	<p>Gli obiettivi fondamentali del progetto erano:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Sperimentare uno strumento di rilevazione delle principali caratteristiche demografiche, abitative, sociali e sanitarie, della popolazione anziana non conosciuta ai servizi sociali e socio-sanitari, residente in un Distretto dell'Azienda USL; • conoscere i bisogni potenziali della popolazione anziana e riformulare i criteri di presa in carico, sostituendo ad una strategia d'attesa della domanda con una frequente risposta in emergenza, un'azione di intercettazione "anticipata" della domanda medesima ed una strategia di presa in carico leggera; • costruire una metodologia di lavoro condivisa tra medici di medicina generale (MMG) e servizi assistenza anziani territoriali per progettare i possibili percorsi operativi, individuare e valutare le situazioni a rischio, avviare, se necessario, percorsi di assistenza, strutturare un metodo integrato di valutazione dei bisogni e della presa in carico;
Segue			

<p>Segue Sud-Est</p>		<ul style="list-style-type: none"> • fornire ai soggetti istituzionali elementi e progetti utili alla programmazione socio-sanitaria mirata ed integrata; • individuare i principali fattori dell'eventuale aggravamento dello stato di salute dell'anziano e/o della sua perdita di autosufficienza identificando, ex ante, i segnali di criticità per porre in essere opportune azioni socio-sanitarie per prevenire l'insorgere di situazioni di non autosufficienza. Un'adeguata opera di prevenzione consentirebbe infatti ai professionisti sociali e sanitari di monitorare meglio lo stato dei salute della popolazione anziana, esercitando una funzione di consulenza e di presa in carico leggera capace di intervenire tempestivamente riducendo o ritardando il ricorso all'istituzionalizzazione (Commissione Europea, 2008). <p>Fase preparatoria</p> <p>a) Costruzione dell'elenco degli anziani non conosciuti ai servizi</p> <ul style="list-style-type: none"> - Individuazione, tramite l'anagrafe sanitaria del Distretto Sud-Est, di tutti gli anziani residenti e domiciliati nel Distretto con età uguale o superiore ai 75 anni alla data del 1 Gennaio 2006 ed abbinamento al rispettivo medico di medicina generale (MMG). - Individuazione degli anziani conosciuti, quindi già monitorati, dai servizi socio-assistenziali e socio-sanitari comunali o seguiti a vario titolo dal servizio infermieristico distrettuale. La definizione di questo elenco è stata particolarmente complessa in assenza di un unico sistema informativo distrettuale: è stato infatti necessario consultare l'archivio di ogni singolo Servizio che comprende solo il segmento di utenza di riferimento. <p>b) Definizione della scheda di valutazione</p> <p>La scheda di valutazione, prevalentemente articolata in domande a risposta chiusa, affrontava gli aspetti relativi all'anziano e al suo contesto di vita al fine di una valutazione complessiva, utile alla definizione di un progetto d'intervento:</p> <ul style="list-style-type: none"> - contesto ambientale - rete familiare e di vicinato domicilio e abitazione - livello di autonomia psicofisica - indicatori sanitari che tenessero conto del vincolo del segreto professionale del MMG. <p>Valutazione degli anziani</p> <p>Per promuovere una discussione approfondita tra i professionisti, anche alla luce delle precedenti esperienze, si è scelto un metodo di valutazione che prevedeva il rapporto diretto fra MMG e Assistente Sociale. Questa collaborazione ha valorizzato l'interazione fra le due professionalità per l'individuazione delle situazioni a rischio, considerando la persona nella sua globalità (contesto familiare, sociale e ambientale). Complessivamente è stata riconosciuto il valore di uno strumento di valutazione quale guida condivisa dai professionisti, pur lasciando ampio spazio alla discussione. Alcune parti della scheda possono essere semplificate, altre invece ulteriormente approfondite, come l'eventuale problematicità del nucleo familiare. È stata inoltre sottolineata l'importanza che lo strumento lasci spazio, per alcuni aspetti, a margini di interpretazione, nella consapevolezza che la soggettività costituisca un elemento fondamentale di ogni valutazione professionale. Nell'ambito della seconda fase del progetto sono stati presi in considerazione gli stessi soggetti facenti parte del campione iniziale. Dopo aver escluso i deceduti e coloro che, nel frattempo, sono stati presi in carico dai servizi sociali e/o socio-sanitari, si è valutato lo status di autosufficienza dei rimanenti, a 18 mesi dalla rilevazione iniziale (attraverso somministrazione del questionario da parte di un'Assistente Sociale e un Medico Geriatra). Successivamente, in collaborazione con il Medico Geriatra, sono state esaminate le singole situazioni e gli anziani sono stati classificati rispetto al livello di autosufficienza in:</p> <ul style="list-style-type: none"> - soggetti autosufficienti - soggetti non autosufficienti di grado lieve - soggetti non autosufficienti di grado moderato - soggetti non autosufficienti <p>Le valutazioni dell'Assistente Sociale e del Medico sono state inserite nella banca dati di riferimento e successivamente ricodificate per ottenere una variabile in grado di sintetizzare l'eventuale variazione dello status tra la prima e la seconda rilevazione. La variabile, denominata "variazione dello status", nasce pertanto dal confronto tra lo stato di autosufficienza iniziale e quello al termine del periodo di osservazione. In particolare le modalità assunte dalle due variabili sono state codificate attribuendo dei punteggi al grado di non</p>
<p>Segue</p>		

<p>Segue Sud- Est</p>		<p>autosufficienza secondo il seguente criterio:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Autosufficienza = 1 - Parziale non autosufficienza di grado lieve = 2 - Parziale non autosufficienza di grado moderato = 3 - Non autosufficienza = 4 <p>Calcolando la differenza fra i punteggi all’inizio e al termine del periodo di osservazione si sono ottenuti dei valori compresi fra -3 (corrispondente al massimo peggioramento nel caso di un individuo “autosufficiente” all’inizio del periodo e “non autosufficiente” alla fine) e +3 (massimo miglioramento, cioè soggetto “non autosufficiente” all’inizio e “autosufficiente” al termine). I punteggi così ottenuti sono stati utilizzati per identificare una nuova variabile qualitativo ordinale con le seguenti quattro modalità:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. migliorato differenza > 0 2. stabile differenza = 0 3. peggiorato lieve differenza = -1 4. peggiorato grave differenza < -1 <p>I dati ottenuti sono stati elaborati statisticamente utilizzando sia l’analisi delle corrispondenze, che modelli multivariati. L’analisi bivariata che evidenzia se vi sono eventuali correlazioni od una qualche relazione tra due o più distinte variabili, ha permesso di valutare la significatività della relazione di ogni variabile esplicativa con la variabile dipendente (variazione dello status del soggetto anziano). L’analisi permette di effettuare un primo screening delle variabili e di distinguere quelle che sicuramente non sono significative da quelle che sono (o potrebbero essere) potenzialmente significative. Inoltre, nell’ambito delle variabili risultate significative è possibile distinguere quelle che hanno una chiara relazione con la variazione dello stato di salute (variabile dipendente), da quelle la cui relazione è di difficile interpretazione. I risultati sono i seguenti:</p> <p>1) Età anagrafica: La relazione tra età e variazione dello status è fortemente significativa: all’aumentare dell’età si riducono progressivamente i soggetti stabili ed aumentano in modo consistente le persone che subiscono un peggioramento grave;</p> <p>2) L’analisi delle variabili socio-relazionali ha riguardato gli aspetti legati al contesto sociale e familiare nel quale è inserita la persona anziana. In particolare stato civile, nucleo familiare, tipologia e frequenza dei rapporti con i vicini, i figli e la comunità. I dati confermano il ruolo dell’isolamento e della solitudine come fattori di rischio per il peggioramento del livello di autosufficienza. Poter disporre di una rete sociale di supporto, costituita dal coniuge, dai familiari e dal vicinato, può agevolare la persona anziana nel mantenimento delle proprie capacità e quindi nella permanenza al domicilio. I soggetti che hanno il coniuge oppure vivono in coppia sono quelli che, nella maggior parte dei casi, risultano non aver peggiorato il proprio livello di autosufficienza. Analogamente un’intensa partecipazione alla vita sociale ed un rapporto frequente con i vicini costituiscono ulteriori elementi a favore del mantenimento dello status di salute (relazione molto forte tra la variazione dello stato di salute ed il grado di partecipazione alla vita sociale) mentre coloro che hanno rapporti scarsi o assenti con la comunità peggiorano il proprio status in percentuale maggiore. Coloro che mantengono invariato il livello di autosufficienza hanno rapporti frequenti e stabili con la comunità. Il ruolo dei vicini, come punto di riferimento per le persone anziane, è fondamentale nel sostenere le autonomie e nel garantire un appoggio facilmente reperibile nel momento del bisogno: l’assenza di rapporti con i vicini determina una quota di soggetti stabili inferiore (68,2%) rispetto a quella di chi ha rapporti frequenti con i vicini (76,1%). Il vicinato è in grado di garantire una forma di aiuto “leggero” che, diversamente da altre forme di sostegno, non si sostituisce, ma integra le capacità della persona.</p> <p>3) La valutazione del contesto abitativo ed ambientale ha riguardato gli aspetti relativi alla tipologia, ubicazione e caratteristiche dell’abitazione, all’accessibilità viaria e dei servizi di trasporto ed alla valutazione delle condizioni di isolamento complessivo. Mentre l’ubicazione dell’abitazione non risulta significativamente correlata alla variazione dello status di autosufficienza, è invece molto importante la qualità dell’accessibilità all’abitazione intesa sia come qualità delle strade che disponibilità della rete dei trasporti pubblici. Scarsa la rilevanza delle caratteristiche abitative che non appaiono correlate significativamente alle condizioni di autosufficienza. Molto importante è la relazione tra la valutazione della condizione di isolamento ambientale, intesa in questo contesto come una sintesi delle caratteristiche</p>
<p>Segue</p>		

Segue Sud-
Est

dell'ubicazione e accessibilità dell'abitazione, e variazione dello status di autosufficienza

4) Le Condizioni di salute degli anziani sono state prese in considerazione analizzando le caratteristiche del trattamento farmacologico (numero dei farmaci, complessità del trattamento e assunzione corretta), le abitudini alimentari, di idratazione, la presenza di polipatologie croniche e la loro gravità. In tutti i casi le **variabili considerate sono risultate fortemente significative** rispetto alla variazione dello status di autosufficienza. La presenza e la gravità di polipatologie croniche rappresenta indubbiamente uno degli elementi che contribuiscono al peggioramento del livello di autonomia della persona: i soggetti in situazioni di fragilità sanitaria sono infatti molto più esposti alle conseguenze derivanti da episodi sanitari negativi che possono in poco tempo portare ad un aggravamento, non necessariamente irreversibile, delle condizioni di autonomia.

L'analisi bivariata ha dunque pienamente confermato quanto peraltro spesso rilevato dalla letteratura scientifica circa gli elementi che maggiormente contribuiscono alla fragilità nel soggetto anziano: età avanzata, presenza di polipatologie croniche e di regimi farmacologici complessi, condizioni socio-ambientali inadeguate.

Analisi Multivariata: tutte le variabili risultate significative nell'ambito della analisi bivariata, sono state sottoposte a tale analisi. Ciò perché mentre la non significatività della relazione a livello bivariato garantisce l'assenza di significatività a livello multivariato, non è vero il contrario. Ovvero, una variabile significativa nell'analisi bivariata potrebbe non essere tale in quella multivariata.

a) Classe di età: l'età dei soggetti costituisce, inevitabilmente, uno dei principali fattori predittivi della perdita di autosufficienza

b) Stato civile: lo stato civile dei soggetti considerati è stato valutato come fortemente significativo laddove contiene al suo interno informazioni circa il contesto familiare e quindi la presenza di forme di supporto relazionali ed assistenziali. In altre parole, a parità di altre condizioni, chi si trova in una situazione di celibato o nubilitato ha una probabilità di peggioramento superiore rispetto a coloro che invece sono coniugati.

c) Zona altimetrica di residenza: la zona geografica di residenza costituisce un elemento di criticità rispetto alla conservazione dello status funzionale. Per gli anziani che abitano in zone di montagna la probabilità di un peggioramento delle condizioni di salute è maggiore rispetto a coloro che abitano nella zona pedemontana. È importante sottolineare come questa variabile racchiuda al suo interno anche tutte le informazioni relative all'accessibilità viaria e dei trasporti, all'ubicazione dell'abitazione ed alla rete sociale e familiare. In altre parole, a parità di altre condizioni, chi vive in un paese di montagna ha una probabilità di peggioramento del 37,7% superiore rispetto a coloro che risiedono in Comuni pedemontani.

d) Valutazione della condizione di isolamento ambientale: lo studio ha evidenziato come chi vive in condizione di isolamento presenta una probabilità più elevata di subire un peggioramento dello stato di salute. Vivere in prossimità ad altre persone permette di mantenere elevato il livello e la qualità delle relazioni sociali e di contrastare la tendenza alla sedentarietà, che ha un forte impatto negativo sulle capacità funzionali dell'anziano. Inoltre, la maggior accessibilità agevola l'organizzazione di forme di supporto domiciliare. In altre parole, a parità di altre condizioni, chi vive in una condizione di isolamento ambientale ha una probabilità di peggioramento del 13,8% superiore rispetto a coloro che non vivono in condizioni di isolamento.

e) Grado di partecipazione alla vita sociale: come osservato anche per la variabile precedente, svolgere un ruolo attivo nella vita sociale rappresenta un fattore di protezione rispetto al peggioramento delle condizioni di salute. Diversamente, chi non ha alcuna partecipazione alla vita sociale può andare incontro ad un'elevata probabilità di subire un peggioramento della condizione di salute. In altre parole, a parità di altre condizioni, chi non partecipa alla vita sociale ha una probabilità di peggioramento del 42,61% superiore rispetto a coloro che presentano un livello di partecipazione elevato alla vita sociale.

Reggio Emilia	Sguardi plurali, interventi integrati, continuum di cura tra autonomia e non autosufficienza: gli anziani vulnerabili e fragili	<p>VULNERABILI: Anziani over 75 (ma non sempre) caratterizzati da instabilità e insicurezza all'interno della vita ordinaria che li rendono particolarmente esposti</p> <p>FRAGILI: Anziani over 75 (ma non sempre) in condizione di precario equilibrio bio-psico-sociale derivante dal declino delle risorse biologiche, psichiche e sociali e del meccanismo di compenso (riserva funzionale).</p>	<p>- Anziani intercettati con incontri informativi (lettere, informazioni porta a porta, conoscenze personali di volontari e/ o cittadini...) nei quartieri;</p> <p>- Anziani contattati che hanno ricevuto informazioni su opportunità e servizi o che hanno un punto di riferimento cui rivolgersi in caso di bisogno (scheda di osservazione, pur non completa in tutte le sue parti);</p> <p>- Anziani monitorati: con i quali sussiste un contatto periodico e di cui si hanno informazioni più articolate (scheda di osservazione). La capacità di intercettazione del sistema dei progetti e delle relazioni attivate è osservabile da un confronto di dati tra anziani assistiti dai servizi residenziali, anziani assistiti con servizi domiciliari. L'ampliamento a livello cittadino di Telefono Amico, di ambulatori infermieristici e di altre azioni, ragionevolmente, farà aumentare in modo considerevole il numero di anziani contattati. L'osservazione degli anziani intercettati dai diversi progetti e i confronti nei tavoli di quartiere hanno portato ad una maggiore definizione del profilo degli 'anziani dell'area di mezzo'. Se gli anziani sono considerati a partire dall'incrocio di due indicatori (così come articolati nella scheda di osservazione riportata a pagina seguente):</p> <p>a) condizione della persona (anche sul piano psico-fisico)</p> <p>b) situazione del contesto (familiare e di quartiere).</p> <p>così considerati, gli anziani dell'area di mezzo possono essere raggruppati in due tipologie:</p> <p>a) Anziani vulnerabili Anziani over 75 (ma non sempre) caratterizzati da instabilità e insicurezza all'interno della vita ordinaria che li rendono particolarmente esposti. La loro condizione è connotata da:</p> <ul style="list-style-type: none"> • indebolimento dell'intera rete protettiva relazionale (parenti, amici, vicinato inesistenti, lontani o poco presenti) anche a causa della frantumazione dei legami sociali nel territorio; • equilibrio problematico nel tentativo di adattarsi ai cambiamenti socioculturali ed economici (disagi invisibili); • condizioni economiche precarie con conseguenti transizioni silenziose verso la povertà; • irrilevanza sociale e perdita del proprio posto nella società con conseguente graduale estromissione dalle reti sociali più consolidate nella città ed esodo silenzioso dalla cittadinanza; • fatica a chiedere aiuto (per non sentirsi 'sfigati'); • fatica a gestire la molteplicità delle informazioni; • difficoltà a orientarsi nella rete delle opportunità. <p>b) Anziani fragili Anziani over 75 (ma non sempre) in condizione di precario equilibrio bio-psico-sociale derivante dal declino delle risorse biologiche, psichiche e sociali e del meccanismo di compenso (riserva funzionale). La loro condizione è caratterizzata da:</p> <ul style="list-style-type: none"> • sostanziale autosufficienza pur con incipiente perdita di alcune abilità; • aumento di fragilità psichiche; • accumulo di vari problemi persistenti; • complessità medica: malattie con presentazioni atipiche o oscure; • problemi cognitivi, affettivi e funzionali; • particolare suscettibilità alla iatrogenesi e problemi legati alla multiterapia. • manifesta limitazione della riserva funzionale e un'aumentata difficoltà a reagire alle stimolazioni ambientali; • bisogno di uno o più servizi di supporto per fronteggiare la vita quotidiana; • isolamento sociale e scarsità di risorse economiche; • alto rischio di istituzionalizzazione prematura o inappropriata

SCHEDA DI CONTATTO ANZIANI VULNERABILI E FRAGILI

PROGETTO: _____ data: _____ Scheda n° _____

Volontario _____ **Medico** _____

COGNOME e NOME dell'anziano : _____

INDIRIZZO: _____ Tel _____

PERSONA DI RIFERIMENTO E SUO TELEFONO: _____

HA CONTATTI CON SERVIZI: **QUALI:** _____

IL CONTESTO _____

L'ANZIANO _____

A. IL QUARTIERE

- servizio con mezzi di trasporto
- farmacia
- posta
- spazi di socializzazione (paseochia, Centro Sociale...)
- negozi e centri commerciali

A. LA SALUTE

- non ha avuto problemi di salute
- si muove con agilità
- ha avuto problemi di salute ma è autonomo
- ha avuto problemi di salute e non è autonomo
- è ricoverato di frequente in ospedale
- conversa fluidamente e comprende quanto gli vien detto
- ha cura di sé, è pulito e ordinato
- non riesce a dialogare, parla lentamente
- risponde con sì e no alle domande del volontario
- è confuso e aggressivo

B. L'ABITAZIONE

- casa in zona residenziale
- casa singola
- condominio
- casa isolata
- casa con barriere architettoniche
- casa con molti problemi strutturali

B. SITUAZIONE ECONOMICA

- ha autonomia economica sufficiente
- non ha autonomia economica ma ha aiuti in famiglia
- non ha sufficiente autonomia economica

C. LE RELAZIONI SOCIALI

- vi sono figli e/o parenti che vivono insieme o vicino
- ha buoni rapporti con i vicini di casa
- frequenta luoghi di socializzazione
- vive il suo tempo prevalentemente solo
- non ha una persona di riferimento (*amico, badante, parente*)
- ha un buon rapporto col suo medico
- ha difficoltà col suo medico

C. LA PERCEZIONE DI SE'

- apre le finestre, accende la luce, usa riscaldamento
- sa riconoscere di cosa ha bisogno e sa chiedere aiuto
- ha interessi e curiosità, si impegna in qualche attività
- è sempre chiuso in casa, ha paura di aprire la porta
- non si fida di nessuno e non chiede aiuto

	ha già	vorrebbe
spesa a domicilio		
farmaci a domicilio		
farmaci urgenti		
ginnastica		
lavori artigianali		
pagamento bollette ...		
consulenza sicurezza in casa		
misurazione pressione, iniezioni...		

	ha già	vorrebbe
trasporto		
telefono amico		
compagnia e socializzazione (<i>Filos, Emmaus...</i>)		
altro		
altro		
altro		
altro		

<p>Sassuolo (MO)</p>	<p>programma a sostegno reti sociali fragili e prevenzione soggetti fragili</p>	<p>La prima fase dell'iniziativa ha avuto come obiettivo specifico proprio l'individuazione del target, ovvero l'identificazione di una sorta di profilo dei soggetti cosiddetti "fragili". Ci si è avvalsi della collaborazione delle associazioni di volontariato, dei MMG e delle Assistenti Sociali dei Comuni del Distretto</p>	<p>Per mettere a punto una definizione di soggetti maggiormente a rischio di fragilità ci si è avvalsi della collaborazione delle associazioni di volontariato operanti sul territorio, ritenendole testimoni privilegiate in quanto maggiormente a contatto con le persone in condizione di prima difficoltà. Durante gli incontri realizzati i partecipanti sono stati sollecitati a presentare, in forma di esempio o di descrizione di "situazioni-tipo", gli elementi caratteristici di persone che, a loro avviso, potessero essere considerati "soggetti fragili". Si è infatti chiesto ai partecipanti: "Nella vostra esperienza di volontari (ma anche di cittadini, famigliari, amici, etc), se pensate ad una (o più) persone che segnalereste ai servizi perché, secondo voi, è "da tenere sott'occhio" perché a rischio di perdere le condizioni di autosufficienza da un momento all'altro, quali caratteristiche presenta questa persona/e?". Dalla discussione dei casi presentati è emerso che i soggetti a rischio di fragilità sono soprattutto i caregiver, ossia le persone (in genere i famigliari) che si prendono cura di persone non autosufficienti. I caregiver, oltre a vivere il peso del carico della cura, vivono anche condizioni molto spesso di isolamento: <u>sono soli</u> (non trovano il tempo per partecipare a situazioni socializzanti) e <u>si sentono soli</u> (non sanno con chi condividere il problema anche solo da un punto di vista emotivo). Manca, o è quanto meno carente, una rete di solidarietà, anche solo una rete di buon vicinato che faccia sentire le persone in grado di poter contare, per piccoli impegni o sfoghi quotidiani, sulle persone vicine. Per quei soggetti la cui condizione di fragilità è legata ad un momento di "passaggio" e di re-inserimento (es. i malati mentali), la difficoltà è ricucire una rete di relazioni che è andata persa, è re-integrarsi con persone (famigliari, amici, vicini) presenti prima della malattia ma che nel frattempo si sono allontanate e sono piene di diffidenza. Infine, ma non meno importante, si individuano grandi condizioni di fragilità e difficoltà tra le persone che hanno perso il lavoro a causa della crisi, persone che si ritrovano in un momento di difficoltà sia economica che psicologica (senso di nullità e fallimento, sensazione di assenza di ruolo all'interno della società, etc).</p> <p>Sono stati individuati alcuni "tratti tipici" di possibili "profili" delle persone a rischio di fragilità:</p> <ul style="list-style-type: none"> - giovani e giovani adulti (questi ultimi spesso senza lavoro) con problemi di abuso di alcool; - adulti con qualche tipo di disabilità e/o di svantaggio sociale, che vivono con i genitori e che da essi sono fortemente dipendenti; - anziani che vivono soli, presentano alcune diverse tipologie di problemi: dalla scarsa conoscenza e comprensione delle informazioni alla scarsa igiene e pulizia personale e del proprio domicilio. <p>La fragilità secondo i Medici di Medicina Generale</p> <p>I MMG sono stati intervistati sul tema della fragilità chiedendo loro di tracciare una sorta di profilo dei soggetti "fragili" e dei principali fattori che possono incidere sulla condizione di fragilità I MMG hanno individuato la fragilità nelle persone ultra 75enni ed i loro caregivers, soprattutto se le persone anziane non sono autosufficienti e con demenza. Altri fattori di rischio il contesto abitativo, le condizioni di salute, le condizioni economiche, la mancanza di una rete familiare/amicale. Secondo i medici intervistati, tra i loro pazienti il 4-5% è a rischio di fragilità.</p>
-----------------------------	--	--	--

Castelfranco Emilia (MO)	Mappatura anziani fragili	Creazione di un campione della popolazione anziana non in carico ai servizi sociali distribuita nei Comuni del Distretto su un totale di 2023 anziani residenti, i casi sottoposti all'intervista sono stati 873. Invio di una lettera di presentazione del progetto e della relativa visita ai soggetti del campione	<p>Fase 1: ex ante</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Creazione di un campione della popolazione anziana non in carico ai servizi sociali distribuita nei Comuni del Distretto : su un totale di 2023 anziani residenti, i casi sottoposti all'intervista sono stati 873. ➤ Invio di una lettera di presentazione del progetto e della relativa visita ai soggetti del campione. <p>Fase 2: in itinere</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Somministrazione di un'intervista strutturata volta a far emergere le problematiche relative a disagi comportamentali, fisici, psicologici e economici dei soggetti intervistati, sulla base di otto indicatori: <ol style="list-style-type: none"> 1. <u>Età avanzata</u>: età superiore ai 75 anni; 2. <u>Percezione di se stessi</u>: percezione della propria condizione personale e di salute 3. <u>Adeguatezza abitativa</u>: casa isolata, assenza di impianto di riscaldamento, spazio abitativo insufficiente, esistenza di barriere architettoniche, abitazione fredda, fatiscente, scarsa illuminazione, assenza servizi igienici di base, ecc.. 4. <u>Presenza/assenza di parenti</u>: senza figli o lontani, senza parenti o lontani, presenza di conflitti gravi con figli o parenti, latitanza rete parentale; 5. <u>Presenza/Assenza di assistenza</u>: non dispone di aiuti idonei a sopperire le carenze fisiche, sociali e ambientali; 6. <u>Povertà di relazioni sociali</u>: mancanza di reti amicali, isolamento; 7. <u>Difficoltà economiche</u>: reddito insufficiente per sostenere spese quotidiane e di gestione generale; 8. <u>Situazioni sanitarie rilevanti</u>: limitata autonomia nella mobilità, malattie e dipendenze di vario genere. <p>Fase 3: ex post</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Analisi dell'intervista e assegnazione di un codice identificativo del grado di disagio dell'intervistato. I codici assegnabili si suddividono in: <ul style="list-style-type: none"> - "A": situazione attualmente a rischio (più di quattro fattori di rischio); - "B": situazione potenzialmente a rischio (tra i due e tre fattori di rischio); - "C": situazione da monitorare (uno o due fattori di rischio); - "F": familiari in difficoltà. ➤ Elaborazione dei dati ottenuti e sviluppo di una relazione conclusiva.
Bologna	E-Care a casa non si è più soli Segue	Le persone coinvolgibili hanno età superiore a 75 anni, vivono sole ed hanno patologie croniche. Inoltre, a partire dal 2009, sono stati individuati altri due target specifici di utenti: <ul style="list-style-type: none"> • gli anziani segnalati dalle Centrali di continuità assistenziale Ospedale-Territorio (CCOT) a seguito di dimissioni ospedaliere protette; • i caregiver di utenti seguiti dal Centro Esperto per le Demenze 	I criteri di fragilità adottati per la valutazione dell'eleggibilità sono stati definiti da un'equipe multidisciplinare attivata nel 2007, che ha visto coinvolti professionisti dell'AUSL, dei Comuni, e vari professionisti quali MMG, geriatri, psicologi, assistenti sociali, infermieri, sociologi. Sono poi state considerate le liste dei cittadini ritenuti fragili e particolarmente soggetti agli effetti nocivi delle ondate di calore, prodotte annualmente dal Dipartimento di Salute Pubblica dell'AUSL. I cittadini, classificati in base alla severità della condizione, hanno ricevuto ogni anno una lettera, inviata dai Comuni di appartenenza, in cui si spiegavano le misure poste in atto per fronteggiare l'emergenza caldo e si segnalava la possibilità di usufruire del servizio e-Care, attraverso un numero verde gratuito. I criteri di selezione degli utenti sono stati definiti dal Dipartimento di Sanità Pubblica dell'AUSL di Bologna Servizio Epidemiologico. Le persone definite coinvolgibili nelle azioni a contrasto degli effetti nocivi delle ondate di calore hanno più di 75 anni vivono sole ed hanno almeno due gravi patologie. Gli operatori ai vari livelli del sistema socio-sanitario (MMG, assistenti sociali, infermieri, operatori degli sportelli sociali, ecc.) sono stati individuati come "segnalatori ufficiali" dei casi da inserire nel servizio, ma sono state accettate anche segnalazioni da parte del terzo settore, dei familiari e anche autocandidature. Queste ultime segnalazioni, prima di essere accolte, sono state sottoposte al vaglio dei Servizi Sociali Territoriali di competenza per un'istruttoria e una decisione sull'appropriatezza dell'inserimento nel servizio. Inoltre, a partire dal 2009, sono stati individuati altri due target specifici di utenti (vedi target) <p>DATA BASE DELLA POPOLAZIONE FRAGILE 2009</p> La lista dei fragili per il sistema di sorveglianza sulle ondate di calore dell'anno 2009, è stata ottenuta unendo i dati delle seguenti banche dati sanitarie:

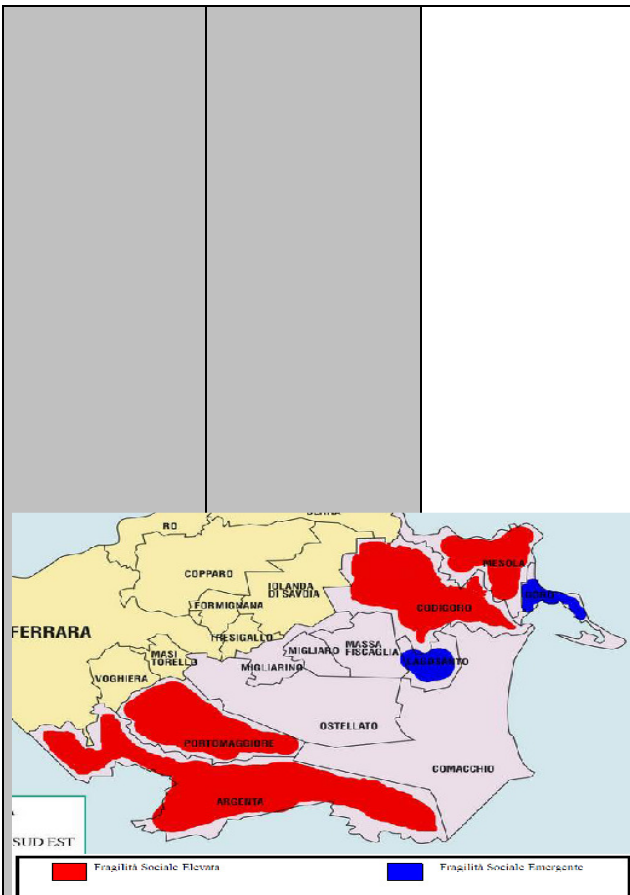
	Segue Bologna	dell'AUSL. E' stato messo a punto un piccolo sottoprogetto specifico con i professionisti del Centro stesso, i quali hanno segnalato i familiari di utenti in carico per essere seguiti e supportati all'interno del servizio e-care.	<ol style="list-style-type: none"> 1. anagrafe comunale: ricerca dei casi di solitudine anagrafica per i soggetti anziani e soggetti anziani residenti solo con altre persone coetanee. 2. consumi farmaceutici: consumi occorsi nell'ultimo anno, limitatamente a codice ATC II livello e codice ATC III livello. 3. ricoveri ospedalieri: almeno un ricovero nel corso dell'ultimo anno per determinate patologie. <p>I livelli di fragilità considerati nel 2009 erano 3 e rispondevano ai seguenti criteri:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. livello 1: sono anziani soli o famiglie di anziani soli che non hanno avuto ricoveri né hanno consumato dei farmaci per patologie croniche gravi 2. livello 2: anziani soli o famiglie di anziani soli che hanno avuto ricoveri e/o hanno consumato farmaci per 1 o 2 patologie; 3. livello 3: anziani soli o famiglie di anziani soli che hanno avuto ricoveri e/o hanno consumato dei farmaci per più di 2 patologie. <p>I livelli di fragilità considerati nel 2010, invece sono stati i seguenti:</p> <ul style="list-style-type: none"> ●Livello 1: tutti i soggetti di età maggiore ai 75 anni residenti da soli. ●Livello 2: tutti i soggetti del livello 1 che abbiano fino a due criticità cliniche (le stesse usate nel 2009). ●Livello 3: tutti gli individui del livello 1 con presenza contemporanea di più di due criticità cliniche. ●Livello 4: i soggetti del livello 3 con un indice di deprivazione sociale elevato.
Imola	Mappatura e sostegno		<p>Per poter realizzare una mappatura del territorio ed individuare i soggetti considerati in stato di "vulnerabilità" occorre giungere ad una definizione del concetto di vulnerabilità sociale e socio-sanitaria. Tale concetto ha carattere <i>multidimensionale</i> perché riguarda molteplici aspetti: economico-materiale, psicologico, socio-relazionale e cognitivo.</p> <p>Parlare di soggetti vulnerabili significa addentrarsi in un fenomeno che non è statico e ben definito; la mappatura ha valore momentaneo e presuppone continui aggiornamenti. Inoltre la vulnerabilità non comporta la semplice mancanza di beni economici (come potrebbe essere la condizione di povertà) o la perdita di autonomia fisica (soggetti definiti non-autosufficienti), <u>ma l'essere più fragile, ossia maggiormente a rischio di disagio economico, socio-relazionale e sanitario. Tale condizione è connessa quindi ad elementi oggettivi, ma anche ad elementi soggettivi riconducibili alla sfera delle percezioni del soggetto</u>, ossia come l'anziano vive le condizioni della propria salute e come considera le proprie risorse.</p> <p>Il rischio di perdita di autonomia fisica è da mettere in relazione con i problemi di salute, soprattutto se sono presenti più patologie concomitanti e con l'influenza di fattori socioeconomici (risorse economiche limitate, isolamento, scarse relazioni sociali, cambiamento del ruolo sociale dopo il pensionamento).</p> <p>Indicatori di rischio</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. età anagrafica <i>Il criterio usato per la definizione di "vecchio" è solitamente quello dell'età anagrafica; quando l'individuo compie 65 anni viene considerato anziano. Per questo progetto si è ritenuto di spostare la "soglia di ingresso" all'età di 80 anni, tenendo in considerazione il fatto che i miglioramenti introdotti nelle condizioni di vita e di salute delle persone, hanno determinato uno spostamento in avanti dell'età del decadimento fisico e della vecchiaia e dunque dei fattori di rischio della vulnerabilità.</i> 2. composizione familiare <i>Si prendono in considerazione anziani che vivono soli (persona con più di 80 anni); le coppie di anziani (una persona di 80 anni che vive con una persona di almeno 75 anni) e gli anziani che vivono con persone alle loro dipendenze come le assistenti familiari. Siamo coscienti che la ricerca potrebbe essere affinata andando ad esplorare, magari in un secondo tempo, gli anziani che vivono con adulti che si trovano in un momento di difficoltà (es. per temporanei o prolungati problemi di salute ecc.) e di fatto non sono in grado di occuparsi dei genitori.</i> 3. assenza di servizi <i>Occorre distinguere le persone sconosciute dagli operatori sociali, ossia coloro che non hanno alcun servizio socio sanitario attivo, dagli anziani considerati comunque fragili, ma che risultano in carico ai servizi socio</i>
	Segue		
	Segue		

<p>Imola</p>			<p>sanitari (Centri Diurni, SAD, Servizio Infermieristico Domiciliare e Assegno di Cura). Per i primi l'attenzione sarà inizialmente più alta poiché l'obiettivo è quello di verificare se non conoscono i servizi territoriali e se una opportuna informazione potrebbe portare ad una presa in carico e dunque ad una azione di prevenzione. I cittadini invece già in carico ai servizi, individuati come fragili, verranno comunque segnalati al fine di stimolare una ancora maggiore attenzione da parte degli operatori sociali e per favorire l'elaborazione di elementi e politiche di servizio che prevedano azioni di contrasto da poter essere messe in campo.</p> <p>Allo stesso modo si considerano come fragili, gli anziani inseriti in strutture residenziali e semiresidenziali pubbliche e private che sono soli, che non hanno parenti o relazioni significative in particolare rispetto alle eventuale ricovero ospedaliero, per poter predisporre azioni di supporto e collaborazione fra servizi sociali e strutture ospedaliere.</p> <p>4. ricoveri ospedalieri e condizioni di salute <i>Risulta importante come fattore di rischio per la vulnerabilità il ricovero ospedaliero dell'anziano avvenuto negli ultimi sei mesi. I ricoveri ripetuti evidenziano poi un particolare periodo critico per l'anziano ed un maggiore stato di vulnerabilità. Le condizioni generali di salute e la presenza di polipatologie, rendono l'anziano maggiormente vulnerabile.</i></p> <p>5. persone invalide al 100% e che percepiscono l'indennità di accompagnamento <i>Le persone riconosciute invalide al 100% e quelle riconosciute invalide al 100% con diritto all'indennità di accompagnamento vengono considerate come persone maggiormente vulnerabili.</i></p> <p>6. condizioni economiche <i>Si ritiene rilevante per giungere all'individuazione delle persone più vulnerabili l'analisi delle condizioni economiche presentate, sia in termini di reddito percepito che di spese fisse rilevanti per la conduzione dell'abitazione in cui vivono: un canone d'affitto che incide in modo considerevole sul loro reddito rende maggiormente fragili, incerti sul futuro, limita le risorse a disposizione anche per le spese quotidiane.</i> <i>Nell'analisi delle condizioni economiche occorre considerare anche la presenza di personale assistenziale alle dipendenze dell'anziano.</i></p> <p>7. condizioni abitative <i>La presenza di barriere architettoniche nell'abitazione incompatibili con la patologia di cui l'anziano è portatore, costituiscono un elemento di rischio qualora limitino la possibilità di relazione con le realtà esterne all'abitazione stessa. Si considera infatti che l'anziano sia costretto, per entrare o uscire dall'abitazione, a dipendere dalla presenza e dall'aiuto di altre persone, nonché ad avvalersi di risorse e servizi esterni (es. ambulanza) con conseguenti spese monetarie. Allo stesso modo le barriere architettoniche all'interno dell'abitazione, ossia impossibilità a raggiungere il bagno o la camera da letto, costituiscono un elemento di fragilità per l'anziano, riducendo la mobilità, la fruizione dell'alloggio ed incidendo, probabilmente, anche sulle condizioni psichiche ed emotive. Risulta interessante sondare il panorama abitativo anche al fine di verificare il degrado abitativo in cui gli anziani eventualmente versano; in particolare rispetto alla presenza della stanza da bagno all'interno o all'esterno dell'alloggio; così come importante risulta essere la presenza di sfratti esecutivi che comportano cambiamenti nella vita della persona che se affrontati in età avanzata risultano essere molto problematici.</i></p> <p>8. reti sociali Le persone che versano in condizione di solitudine, isolamento e con scarse reti relazionali si trovano in maggiore condizione di vulnerabilità poiché possiedono meno risorse per affrontare un eventuale momento critico. Occorre porre in evidenza anche quei nuclei formati da una persona anziana o coppie di anziani che convivono con familiari disabili o seguiti da altri servizi come ad esempio l'igiene mentale. Si parla di nuclei multiproblematici, spesso già conosciuti dai servizi sociali, ma che richiedono una priorità di monitoraggio. Si specifica che per essere considerato soggetto vulnerabile non è necessario presentare contemporaneamente tutti gli otto indicatori sopra evidenziati. Un numero maggiore di indicatori definisce la persona più vulnerabile; così come la sola età anagrafica non comporta la definizione di soggetto vulnerabile. <i>Potremmo individuare un I stadio di vulnerabilità o stadio minimo se il soggetto è un anziano con più di 80 anni, che vive solo o in coppia o con personale alle dipendenze e che non sia in carico ai servizi sociali e sanitari.</i></p>
<p>Segue</p>			

<p>Segue Imola</p>			<p>II stadio di vulnerabilità: se sono presenti ulteriori elementi di rischio, in particolare un ripetuto ricovero ospedaliero negli ultimi sei mesi o l'essere invalido al 100% la vulnerabilità aumenta.</p> <p>III stadio è costituito dalla presenza di fattori di rischio verificabili solo attraverso il contatto diretto con l'anziano: si tratta di sondare le condizioni economiche, le condizioni abitative e le reti relazionali dell'anziano.</p> <p>Per poter realizzare una mappatura del territorio si è cercato di individuare i soggetti considerati in stato di "vulnerabilità" nel momento temporale dell'attuazione della mappatura ossia maggiormente a rischio di disagio economico, socio-relazionale e sanitario, secondo gli indicatori di rischio sopra elencati. Partendo dagli elenchi anagrafici (anziani ultra80enni soli o con un altro anziano) sono stati individuati n. 6042 soggetti considerati in stato di vulnerabilità di primo stadio. Successivamente si è proceduto verificando quali fra questi 6042 soggetti erano conosciuti dai servizi e queste persone (tot.1132) sono state accantonate nel nostro elenco dei soggetti fragili poiché l'attenzione voleva inizialmente essere più per i soggetti non conosciuti dai servizi socio-sanitari al fine di verificare se queste persone non fossero informate rispetto alla gamma di servizi territoriali e se un'opportuna informazione potesse portare ad una presa in carico e dunque ad un'azione di prevenzione. Fra le persone non conosciute dai servizi (n. 4911 soggetti) si è andati ad individuare coloro che avevano avuto almeno 2 ricoveri ospedalieri nell'ultimo semestre (n. 69 persone); fra le persone non conosciute dai servizi (n. 4911 soggetti) si è andati ad individuare coloro che avevano un'invalidità almeno del 100% tot. N. 248 soggetti ed infine coloro che avevano avuto almeno 2 ricoveri ospedalieri nell'ultimo semestre ed un'invalidità tot. N. 2 soggetti. In totale i soggetti che nel circondario imolese sono risultati particolarmente fragili ossia ad un secondo stadio di fragilità sono in totale 315.</p> <p>Il progetto ha previsto la successiva valutazione da parte delle assistenti sociali responsabili del caso dei nominativi degli anziani relativi alla propria area di lavoro, per vedere se fra i soggetti ci fossero persone che pur non essendo al momento in carico, fossero conosciute dalle stesse. Ogni Medico di Medicina Generale ha ricevuto l'elenco nominativo dei propri assistiti fra i quali poter segnalare coloro ritenuti in condizioni di maggiore vulnerabilità sulla base delle condizioni generali di salute e la presenza di polipatologie. Alle associazioni di volontariato è stata richiesta una fondamentale collaborazione per la realizzazione delle telefonate a tutti gli anziani individuati nel primo stadio di vulnerabilità, facendo particolare attenzione alle persone che in elenco risultano trovarsi nel secondo stadio di vulnerabilità. La telefonata prevedeva una griglia di domande finalizzate al sondaggio degli ulteriori elementi di rischio previsti nel terzo stadio di vulnerabilità. Nel caso in cui i volontari nell'effettuazione delle interviste telefoniche evidenziassero particolari criticità provvedevano a segnalare il caso agli operatori sociali che, attraverso una visita domiciliare avevano il compito di approfondire la conoscenza e il relativo bisogno assistenziale. Dopo una prima fase di realizzazione della mappatura negli anni 2007/2008, è stato effettuato un aggiornamento della stessa nell'anno 2009 sulla base delle varie segnalazioni pervenute dai MMG e dagli operatori socio-sanitari del territorio.</p>
<p>Segue</p>			

Popolazione anziana	
1° stadio o stadio minimo	<p>Anziano solo con più di 80 anni</p> <p>Anziano con più di 80 anni che vive in coppia con altro anziano (+ di 75 anni)</p> <p>Anziano con più di 80 anni che vive con personale assistenziale</p> <p>DISTINGUERE LE PERSONE NON IN CARICO AI SERVIZI DA QUELLE IN CARICO.</p>
2° stadio	<p>Aver avuto almeno 2 ricoveri negli ultimi 6 mesi</p> <p>Segnalato dal MMG come soggetto fragile</p> <p>Essere invalido al 100%</p> <p>Essere invalido al 100% con diritto accompagnamento</p>
3° stadio	<p>Condizioni economiche</p> <ul style="list-style-type: none"> ✚ Reddito percepito ✚ Spese fisse rilevanti ✚ Casa di proprietà o in affitto ✚ Personale assistenziale <p>Condizioni abitative (barriere architettoniche interne/esterne all'abitazione e qualità dell'alloggio)</p> <p>Reti relazionali</p> <ul style="list-style-type: none"> ✚ Isolamento ✚ Solitudine ✚ Reti familiari ✚ Fam. Multiproblematiche (presenza di anziani che vivono con altre persone problematiche)

Centro Nord (Ferrara)	Giuseppina	Il Progetto si rivolge ad anziani residenti nel Comune di Ferrara e frazioni, con almeno 75 anni di età in condizioni di fragilità dovute al contesto sociale e familiare (solitudine e isolamento) e/o alla presenza di lievi patologie che limitano in maniera non grave l'autonomia personale	La fase operativa del progetto Giuseppina ha preso avvio alla fine del giugno 2007. Dopo un'attenta e capillare analisi realizzata dal Comune di Ferrara in collaborazione con le associazioni ARCI "Camelot" ed ACLI "L'Isola", è stato inviata a tutti gli ultrasessantacinquenni residenti nel territorio di Ferrara, una lettera in cui si presentava il progetto, finalità e tipologie d'attività, inoltre si allegava una scheda in cui si chiedeva ai destinatari d'indicare i propri dati anagrafici ed i bisogni che ritenevano prioritari tra quelli indicati: accompagnamento, consegna spesa, consegna farmaci a domicilio. A seguito della compilazione del questionario, si chiedeva di consegnare la scheda presso le sedi delle circoscrizioni. Gli anziani che hanno aderito sono stati 667. Le informazioni raccolte sono state trasferite, da parte del comune e delle associazioni coinvolti, su file Excel e, successivamente, consegnate ai referenti del progetto e-Care di Ferrara. Questi, a loro volta, hanno inserito le informazioni nella banca dati realizzata per la gestione degli anziani seguiti in Teleassistenza. I dati raccolti sono stati incrociati con quelli già in possesso dal servizio sopraccitato, attivo dal 2006, al fine d'implementare un database unico sulla popolazione anziana fragile e unificare le schede degli anziani seguiti sia in Teleassistenza che nel progetto Giuseppina. La banca dati realizzata ed il software di gestione hanno, fin dal principio, avuto la funzione di raccogliere informazioni e bisogni e dividerli con i soggetti che si occupano d'erogare i servizi per rispondere alle richieste provenienti dagli anziani. Nella fase iniziale a tutti gli ultrasessantacinquenni soli del Comune è stata inviata una lettera di informazione sull'avvio del progetto con la possibilità di aderire: in questo modo 667 hanno aderito al Progetto. Il primo gruppo di utenti coinvolti si è arricchito anche grazie alla segnalazione dei medici di medicina generale che, nell'ambito della prevenzione delle ondate di calore previste da "Uffa che afa", avevano già dal 2004 segnalato circa 400 potenziali persone a rischio di fragilità, in gran parte inserite poi nelle prime adesioni al Progetto Giuseppina vero e proprio. L'adesione al progetto ora avviene attraverso il numero verde gratuito, offrendo anche l'opportunità di inserimento nella rete della teleassistenza - E-Care e comporta una comunicazione diretta al Servizio Sociale per valutare se la persona è già inserita in piani assistenziali e per seguire periodicamente l'evoluzione della situazione.
Centro Nord (Ferrara)	E-Care teleassistenza	Anziani con più di 75 anni d'età che vivono soli oppure in coppia in cui uno dei due ricopra il ruolo di caregiver	Per quanto concerne i criteri di selezione, sono stati seguiti quelli indicati dalla DGR 1206/07: anziani con più di 75 anni che vivono soli oppure in coppia in cui uno dei due soggetti funga da caregiver. Solitudine e fragilità dovuta a vari fattori: funzionali (difficoltà nell'alimentazione, nel movimento, deficit sensoriali.), clinici (disturbi respiratori, cardiopatici, patologie con terapie complesse...) e sociali (persona che vive in zone isolate, assenza di aiuto dei familiari.). Agli anziani in carico sono somministrate scale di valutazione geriatriche - con l'ausilio dei software realizzati da CUP 2000 - per valutare le loro attività funzionali. Periodicamente sono effettuate indagini volte ad indagare la loro qualità di vita ed il loro stato di salute viene tenuto aggiornato tramite un'apposita scheda, definita "Dossier Socio-Sanitario" contenente informazioni su patologie, invalidità e utilizzo dei servizi socio-sanitari.
Sud-Est (Ferrara)	E-Care teleassistenza	- Persone > 75anni - Persone > 75anni in famiglia mononucleare - Persone > 75anni in famiglia mononucleare residenti in località rurali distanti dai centri abitati.	La mappatura dei "soggetti fragili" residenti nel Distretto Sud est La fragilità non corrisponde alla disabilità, piuttosto un suo precursore diretto. Per indagare il mondo della fragilità, e mapparla si è deciso di procedere prima con una mappatura "quantitativa" dei soggetti fragili e, in un secondo momento, con una mappatura "qualitativa". La mappatura "quantitativa" delle persone fragili ha come obiettivo fornire una rappresentazione geografica e numerica della popolazione target residente negli undici Comuni del Distretto Sud Est di Ferrara. La mappatura "qualitativa" delle persone fragili ha come obiettivo indagare la condizione di fragilità al fine di organizzare programmi di intervento efficaci. Solo la conoscenza del "vissuto" del soggetto fragile e la percezione che lo stesso possiede del suo status può permettere di porre un argine alle concause che producono il fenomeno della "fragilità anticamera della disabilità". . Mappatura "quantitativa" dei soggetti fragili La popolazione complessiva residente nel Distretto socio-sanitario Sud-Est di Ferrara al 31/12/2007 ammontava a 102.920 abitanti. La media di abitanti per chilometro quadrato . pari a 89,39 unità Pop. >75 "sola" = 4.069 - % Pop>75 "sola"/tot. popolazione > 75 = 34,2%
Segue Sud-Est			



% Pop. >75 anni sola / tot. Popolazione = 4,3%

Sono stati individuati i contesti territoriali nei quali la presenza sul totale complessivo della popolazione target (persone con più di 75 anni) residente era più marcata. È stata analizzata la composizione della popolazione target (persone con più di 75 anni) per ogni Comune per osservare come la popolazione target sia mutata nel corso del decennio 1997-2007 (deciso aumento della popolazione target). I dati riguardanti la composizione della popolazione target nell'anno 2007 e l'andamento della composizione della popolazione target nel decennio 1997-2007 possono essere letti in maniera diacronica e sincronica. Forniamo un'interpretazione sincronica dei dati. Ricordiamo che uno dei fattori di fragilità sociale, indicato anche nella DGR 1206/2006, è individuato nel possedere un'età superiore agli 80 anni. Tutti i Comuni del Distretto Sud Est, ad eccezione di Goro e Lagosanto, nel 2007 avevano una popolazione ultra 80enne che era più del 50% della popolazione con più di 75 anni. Leggendo i dati in maniera diacronica emerge un interessante prospettiva per il futuro andamento della popolazione target nei vari contesti territoriali. Nei Comuni di Goro, Lagosanto e Mesola nei prossimi anni si assisterà ad un deciso incremento della popolazione definita fragile. Il trend complessivo invece mostra come in Comuni come Argenta e Portomaggiore attualmente nel prossimo futuro avranno un contenimento della popolazione fragile. Ora incrociamo il numero delle persone con più di 75 anni con il numero delle persone con più di 75 anni che si trovano in famiglia mononucleare residenti nei Comuni del Distretto Sud Est, si nota come nei territori di Argenta, Portomaggiore, Codigoro e Mesola il dato sia particolarmente accentuato. Volendo indagare sulla composizione della popolazione target è stata messa in luce la percentuale di persone sole con più di 75 anni sul totale delle persone con più di 75 anni residenti nei vari Comuni del Distretto Sud Est. Emerge in maniera evidente che nella quasi totalità dei Comuni del Distretto Sud Est circa una persona con più di 75 anni su tre (circa il 33%) vive in una famiglia mononucleare ossia da sola. Ora affianchiamo il dato delle persone che vivono in famiglia mononucleare con quello della composizione della popolazione target in ogni Comune. Dal confronto fra i dati emerge che i Comuni di Argenta, Codigoro, Goro, Lagosanto, Mesola e Portomaggiore hanno una popolazione target composta per più del 34% da persone che vivono in famiglia mononucleare (persone sole). I Comuni di Argenta, Codigoro, Mesola e Portomaggiore nel 2007 avevano una popolazione target composta per il 55-60% da persone con più di 80 anni. Quindi sono territori nei quali è presente in maniera potenziale il fenomeno della fragilità sociale. I Comuni di Goro e Lagosanto presentavano, stando alle indicazioni numeriche, un fenomeno emergente di potenziale presenza del fenomeno della fragilità sociale poiché nel 2007 avevano un elevato numero di persone con più di 75 anni in famiglia mononucleare e al tempo stesso una fascia d'età 75-79 anni molto elevata. I Comuni di Argenta, Portomaggiore, Codigoro e Mesola nel 2007 presentavano già fattori che potevano essere definiti di "fragilità sociale". I Comuni di Lagosanto e Goro, analizzando gli andamenti demografici complessivi e l'andamento nel decennio 1997-2007 delle fasce d'età della popolazione target, mostrano come potrà essere possibile/probabile, in tali aree, l'insorgere di un'emergenza sociale riconducibile alla fragilità sociale. Nell'anno 2008 è stata realizzata a livello distrettuale una mappatura delle persone in condizione di fragilità sociale. Vista la tipicità rurale del contesto territoriale del Distretto Sud Est sono stati individuati alcuni criteri di eleggibilità per selezionare la popolazione target di seguito riportati:

- Persone anziane ultra 75enni
 - Persone anziani ultra 75enni in famiglia mononucleare
 - Persone anziane ultra 75enni in famiglia mononucleare residenti in località rurali distanti dai centri abitati.
- Inoltre è stata realizzata una mappatura della rete dell'associazionismo che a livello distrettuale si occupa di persone anziane. Strumenti adottati per la mappatura:
- Valutazione statistico-demografica per la stima della portata tendenziale del fenomeno della fragilità sociale fra la popolazione anziana e **geo-localizzazione della stessa (vedi immagine)**
 - Questionario informativo rivolto all'associazionismo distrettuale.

Risultati dell'indagine: fattori socio-economico di rischio di fragilità da domandare agli anziani Fattore:	Odd Ratio	Limiti di confidenza di Wald al 95%	
Genere (Femmina vs Maschio)	0.434	0.256	0.736
Classe di età (75-84 vs 65-74)	0.854	0.478	1.523
Classe di età (>84 Vs 65-74)	1.842	0.888	3.820
Bassa istruzione (sì vs no)	1.026	0.605	1.740
Reddito (intermedio vs benestante)	2.088	0.889	4.905
Reddito (in difficoltà economica vs benestante)	4.531	1.962	10.463
Partecipazione sociale (sì vs no)	3.539	2.042	6.133
Acuità visiva	1.615	0.940	2.777
Autonomia funzionale	0.815	0.368	1.805
Rischio di cadute	1.933	1.096	3.408
Perdita di peso e/o appetito	2.026	1.194	3.438
Riconoscimento delle Barriere architettoniche	0.405	0.204	0.801

fragilità: **D - Basso, C - Moderato, B - Alto A - Veramente alto**; con differenti caratteristiche socio-anagrafiche, di salute e di uso dei servizi. Per ogni classe di rischio è possibile programmare interventi differenti, con un diverso livello di assistenza in base alle condizioni di salute prevalenti dei soggetti appartenenti ad una specifica classe.

Nell'ambito delle linee attuative del Fondo Regionale per la Non Autosufficienza (DGR 1206/07 all. 4) che prevedevano programmi a sostegno delle persone fragili, tramite l'individuazione e l'avvio di azioni concrete di prevenzione e promozione della salute in una specifica popolazione a rischio, nel territorio ravennate sono state utilizzate le informazioni provenienti dal rischio di fragilità, per elaborare un piano di azioni differenti in base alla classe di rischio di fragilità della popolazione di riferimento. Gli anziani appartenenti alle classi A e B sono stati considerati suscettibili di intervento individualizzato, mentre quelli appartenenti alle classi C e D sono stati considerati suscettibili di interventi collettivi, in quanto a minor rischio di fragilità. Nello specifico, per anziani in classi di rischio A è stato attivato un accesso programmato a domicilio da parte di personale assistenziale dei servizi; per gli anziani in classi di rischio B si è invece attuato un monitoraggio telefonico da parte di personale dei servizi o da parte di soggetti terzi opportunamente formati (volontariato; 3° settore, ecc..) o interventi di telesorveglianza.

Rimini

Nucleo anziani fragili

Il "Nucleo Anziani Fragili" si rivolge alla popolazione ultrasessantacinquenne della Provincia di Rimini non in carico ai servizi sociali.

Il nucleo ha la funzione di identificare e mappare gli anziani ultrasessantacinquenni a rischio fragilità e attivare interventi individualizzati per contrastare la solitudine e l'isolamento con la finalità di prevenire e/o supportare situazioni di disagio. Partendo dagli elenchi inviati dalle anagrafi comunali, le operatrici del Nucleo utilizzano uno specifico sistema informatico che permette di estrapolare i nominativi degli anziani non conosciuti ai servizi e acquisire i relativi numeri telefonici presenti all'interno del data base aziendale. Successivamente effettuano un'intervista telefonica appositamente strutturata che permette di definire una mappatura degli anziani suddivisa in 3 macro aree:

- anziani soli a rischio solitudine e isolamento sociale
- anziani a rischio emergenze bioclimatiche
- anziani a rischio fragilità sanitaria

Qualora durante la telefonata emerga una situazione di disagio derivato da solitudine, limitata rete familiare e/o sociale, ridotta autonomia nell'affrontare le necessità legate ai bisogni della vita quotidiana, l'Assistente Sociale del Nucleo procede con gli approfondimenti del caso contattando, se necessario, anche il MMG per gli approfondimenti relativi alla situazione sanitaria. Dagli elementi emersi, se opportuno, l' A.S. concorda ed effettua una visita domiciliare all'anziano. Successivamente, sulla base della valutazione globale del caso, si procede alla programmazione di interventi specifici a domicilio, strutturati, a seconda della necessità, coinvolgendo educatori, OSS, volontari e/o operatori dei servizi territoriali.

1° fase

- Costituzione unità di monitoraggio telefonico;
- Formazione degli operatori;
- Messa a punto del modello di intervista;

2° fase

- Predisposizione anagrafe > 75enni con numeri di telefono;
- Mappatura risorse di rete formali ed informali del territorio;
- Presa di contatto con gli attori delle reti.

3° fase Avvio del programma e aggiornamento continuo della banca dati.

ALLEGATO 3 "IL MEGLIO DELL'AUSER"

TITOLO DEL PROGETTO	LUOGO - ANNO AVVIO - FINE	PARTNERS	DESCRIZIONE OBIETTIVI E RISULTATI	ASPETTI INNOVATIVI
Ca' Granda	Decima, Fraz. S.Giovanni in Persiceto (BO) - avviato nel 2005, ancora in corso	La Casa della Partecipanza, Comune	Di anno in anno, gli anziani e i disabili di Decima e dei comuni limitrofi hanno la possibilità di ritrovarsi e di condividere allegramente sabati ludici e ricreativi nella Casa della Partecipanza (Cà Granda) di Decima. I volontari Auser ogni settimana effettuano accompagnamenti per tutti coloro che privi di mezzi e non autosufficienti resterebbero inevitabilmente chiusi nelle loro abitazioni. Inoltre, in occasione di ricorrenze speciali (Natale, Festa del papà, Pasqua..), gli artisti del territorio, mostrando una grandissima sensibilità, si esibiscono gratuitamente con i propri gruppi Gli obiettivi del progetto vengono costantemente conseguiti, in quanto l'esperienza a) abbatte le barriere della solitudine e dell'isolamento b) attiva accompagnamenti a favore di persone prive di mezzi e non autosufficienti c) promuove l'instaurarsi di relazioni e la partecipazione collettiva a Cà Granda d) promuove cultura e solidarietà	Rafforza il sostegno da parte delle istituzioni e della comunità nel suo insieme: offre l'opportunità di tutelare e garantire la relazione e la produzione di rapporti amicali a tutti coloro che hanno difficoltà ad uscire in modo autonomo.
Al noster mond c'al gira in tond	Monte San Pietro (BO) - avviato nel 2006 ancora in corso	Comune di Monte San Pietro/centri sociali ARCI / Comuni vari / SPI / comitato di Gestione del Centro Civico Loghetto	Dal 2006 ad oggi, per due pomeriggi alla settimana i volontari hanno coinvolto direttamente, attraverso servizi di accompagnamento (a titolo gratuito) le persone anziane residenti nel territorio per realizzare attività nei luoghi del territorio provinciale, tra cui gite, scampagnate, serate a teatro a titolo completamente gratuito e utili. La stretta collaborazione tra l'Auser, i servizi sociali e il territorio provinciale, permette di organizzare con elasticità il coinvolgimento degli anziani e di scegliere tra tutte le iniziative della provincia, quelle che più si addicono all'utenza di riferimento	I progetti, rispondendo ai bisogni degli anziani più fragili e disabili, promuove il diritto alla mobilità ed alla socializzazione. Attraverso il reperimento di nuove risorse le esperienze sono facilmente trasferibili in altri contesti territoriali.
Tutti insieme a fare la spesa	Castenaso (BO) Avviato nel 2008 ancora in corso	Comune di Castenaso	L'intento è quello di garantire un servizio di accompagnamento per la spesa, di coinvolgere e tutelare coloro che vivono isolati e di promuovere quindi, reti di relazioni. Per un giorno alla settimana, i volontari di Castenaso fanno la spesa con le persone non-autosufficienti accompagnandole alla locale Coop. L'esperienza oltre a rispondere ai bisogni dell'utenza è anche un'occasione per avvicinare le persone lontane dal centro, creando momenti di interscambio fra volontari, anziani e/o disabili bisognosi di relazione. Offre l'opportunità di tutelare e garantire la relazione e la produzione di rapporti amicali a tutti coloro che hanno difficoltà ad uscire in modo autonomo.	
Brutti ma buoni	San Lazzaro di Savena (BO). Avviato nel 2008 ancora in corso	Comune di San Lazzaro, Coop Adriatica, Ausilio Spesa, Centro sociale Malpensa	Il progetto intende affrontare il bisogno di contrastare la solitudine e di attivare un Last Minut Market, attraverso cui realizzare momenti di relazione, di svago e divertimento con pranzi sociali per la popolazione anziana seguita dai servizi sociali. Inoltre intende supportare psicologicamente e fattivamente i famigliari, cercando di dare loro competenze adeguate. Mensilmente i volontari del Centro Malpensa prelevano le merci dalla Coop e li portano presso la cucina del Centro, dove assieme alle volontarie di Auser vengono opportunamente preparati. In seguito i volontari Auser, accompagnano gli anziani dal domicilio al centro per intrattenerli in momenti di socialità. Nasce da un'analisi dei bisogni e crea effetti positivi. Volge un'attenzione particolare ai famigliari degli utenti e allarga il raggio d'azione: Il progetto infatti prevede sessioni più specificamente rivolte alle famiglie degli anziani, che hanno il bisogno e la possibilità di confrontarsi con esperti sui temi legati al decorso della malattia (es. terapie possibili, problemi quotidiani, assistenza e cura delle persone).	

TITOLO DEL PROGETTO	LUOGO - ANNO AVVIO - FINE	PARTNERS	DESCRIZIONE OBIETTIVI E RISULTATI
La finestra sul cortile	Bologna - avviato nel 2005, ancora in corso	Quartier e San Donato/ Centro Sociale Italicus/ Ancesca o/ Dipartimento di Scienze dell'Educazione	Mensilmente gli anziani del Quartiere vengono accompagnati dai volontari Auser nel Centro Sociale Italicus per trascorrere insieme dei pomeriggi allietati da iniziative ludiche e momenti ricreativi vari (basati su tecniche dell'autobiografia, del racconto di sé e dell'ascolto dell'altro da sé) volti a mantenere abilità pratiche e cognitive. In stretta collaborazione con i servizi sociali del Quartiere, di volta in volta nuovi anziani segnalati vengono coinvolti nell'esperienza. Dalla sede centrale Auser, il coordinamento si attiva per invitare telefonicamente gli anziani autonomi a partecipare nel giorno pre-stabilito e per organizzare con i volontari disponibili, gli accompagnamenti a favore anziani non auto-sufficienti che desiderano partecipare. Inizialmente il progetto è stato avviato con un'indagine di rivelazione dei bisogni: con l'aiuto del Quartiere di riferimento di esperti e volontari, sono stati selezionati gli anziani più fragili (soli, non autosufficienti e poveri). L'indagine avviata allo scopo di escogitare strategie utili a migliorare la qualità della loro vita ha risposto al bisogno espresso dall'utenza di riferimento, di ampliare la rete di relazioni e di vivere esperienze collettive stimolanti. In seguito è stato individuato un centro sociale facilmente raggiungibile e a cadenza mensile sono stati organizzati incontri per rispondere all'esigenza. Aspetti innovativi: Per migliorare la qualità della sperimentazione, in seguito al coinvolgimento del dipartimento di Scienze dell'Educazione dell'Università di Bologna, è stata condotta una ricerca-azione che ha delineato il bisogno delle persone di vivere momenti eccezionali che stimolino in loro desiderio di uscire di casa, di parlare, di incontrare giovani e di condividere canti, danze, e feste. Per rispondere con completezza ai desideri sono stati coinvolti giovani tirocinanti e volontari civili che hanno instaurato rapporti di fiducia e reciproca conoscenza.
Nodi di vita	Bologna Avviato nel 2008 concluso nel 2009	Comune di Bologna / Krila/ Acer	Le associazioni in rete hanno proposto una progettazione critica e aperta alla complessità sociale, orientando gli obiettivi verso i diversi attori del territorio: l'Auser con gli abitanti delle case popolari, L'Aliante con i disabili, Beati Noi con i detenuti nelle carceri, Piazza Grande e La Fraternal Compagnia con le povertà estreme. Per quanto riguarda l'esperienza specifica di Auser, i volontari sono stati formati per conoscere gli assetti delle case popolari, raccogliere storie, interviste, informazioni ed organizzare eventi in sinergia con le aspettative del territorio, coinvolgendo gli abitanti nelle diverse attività. Oltre all'attivazione di cure estetiche per signore anziane più sole, ai percorsi di progettazione partecipata, ai laboratori di teatro comico e teatro dell'oppresso, i volontari hanno girato per le strade con telecamere, improvvisandosi in animazioni itineranti e realizzando eventi che hanno coinvolto largamente gli abitanti. Per dare la possibilità ai volontari di pensare agli effetti prodotti e di scambiarsi impressioni, è stato creato un blog http://www.nodidivita.blogspot.com che tuttora offre l'opportunità di visitare e rivivere un percorso già tracciato. L'esperienza si è conclusa a Giugno e per iniziativa dell'ACER e del Sunia, l'Auser e tutte le associazioni in rete hanno inserito la giornata ponte di animazione territoriale (da tempo programmata), nella "Settimana del Buon Vicinato". Nel 2009 è stato prodotto e divulgato il filmato. Il progetto che in fase iniziale prevedeva la realizzazione di animazioni territoriali distinte coerentemente ai diversi campi d'azione, ha subito delle modifiche strategiche per rafforzare il coinvolgimento tra le diverse associazioni in azioni propriamente comuni. L'esperienza Auser nelle case popolari ha individuato i diversi anelli di congiunzione tra le associazioni: se ad avvio progetto l'Auser ha attivato un percorso nei due assetti di case popolari, in corso d'opera il Set ha coinvolto gran parte delle associazioni, legando l'esperienza congiunta all'impegno di ACER e offrendo alla partnership nuove ragioni di riflessione sui modi di fare rete in comunità. Dai percorsi separati che arricchiscono il panorama sociale di buone prassi da trasferire nel territorio, è nato un percorso nuovo e condiviso, dove ognuno ha potuto investire e valorizzare le proprie competenze. Aspetti innovativi: La rete ha offerto un prezioso contributo, in quanto nell'ambito del progetto sono stati contrastati i rischi di isolamento e di emarginazione, la cittadinanza è stata sensibilizzata, sono stati coinvolti volontari, utenti, e cittadini in percorsi promossi dalle diverse associazioni in rete, sono stati formati i volontari, - sono stati attivati laboratori per creare reti di relazione tra il volontariato e la cittadinanza, sono state realizzate animazioni territoriali, è stata rafforzata la rete promuovendo percorsi condivisi, è stata promossa l'intergenerazionalità e l'intercultura. Per migliorare l'esperienza è fondamentale partire con una rete di soggetti fermamente coinvolta ed intenzionata a migliorare la qualità del territorio investendo le risorse in comunità. Nell'ambito di questo progetto la rete ha maturato in corso d'opera la possibilità, la fiducia e la determinazione ad operare fattivamente.
Maquillage	Bologna - avviato nel 1998 ancora in corso	Asp Giovanni XXII	L'esperienza pluriennale, ormai consolidata nel tempo agisce per rispondere al bisogno di garantire un livello di benessere psicofisico con cure speciali ed estetiche del corpo. Sette volontarie Auser con ottima preparazione professionale realizzano cure estetiche e maquillage alle anziane ospiti della struttura Giovanni XXIII e in altra struttura. Visti gli esiti positivi del progetto, per mettere in rete, diffondere e promuovere iniziative che, (come questa) possono creare benessere, in occasione di iniziative connesse alla progettazione Auser, è stato costituito un gruppo itinerante ed occasionale denominato "Speciale immagine" che estende cure estetiche, maquillage e acconciature a volontari di altre associazioni e ad un'utenza meno particolareggiata. E' una buona pratica perché tiene conto dell'anziano in condizione di fragilità e nell'ambito dei servizi di cura rafforza il sostegno da parte delle istituzioni e della comunità nel suo insieme. Il progetto prevede una formazione per le neo volontarie e acquisire competenze pratiche e migliorare la qualità della relazione.

CONTRIBUTI

Documento realizzato nell'ambito del Piano regionale per la prevenzione (DGR 2071/10)

Hanno contribuito alla stesura del documento:

Antonella Carafelli	Servizio integrazione socio-sanitaria e politiche per la non autosufficienza – Regione Emilia-Romagna
Augusta Nicoli - Andrea Fabbo – Rosangela Ciarrocchi	Agenzia sanitaria e sociale Regione Emilia-Romagna
Patrizio Fergnani	Comune di Ferrara
Maria Grazia Loss	AUSL Parma
Cristina Malvi – Ketty Pavanello	AUSL Bologna
Pasquale Falasca	AUSL Ravenna
Milena Cima	AUSL Rimini
Jessica Busignani	AUSL Rimini
Evelyn Uhunmwangho	Comune di Piacenza
Franco Di Gangirolamo	Auser Emilia-Romagna
Raffaele Tomba	Autonomie Locali Emilia-Romagna

