

## SECONDA PARTE

***Famiglie con anziani non autosufficienti***  
*a cura di Donatella Bramanti*



**Direzione scientifica**

*Giovanna Rossi*

**Coordinamento**

*Donatella Bramanti*

**Gruppo di ricerca**

*Roberta Di Rosa, Sergio Fabbri, Stefania Meda, Matteo Moscatelli, Nicoletta Pavesi*

# 1. FAMIGLIE E CURA DEGLI ANZIANI NON AUTOSUFFICIENTI

di Donatella Bramanti

## 1.1. INTRODUZIONE

Sostenere gli anziani in una prospettiva *family friendly*, cioè attenta ai legami familiari e alle reti primarie che costituiscono il normale ambito di vita dei soggetti, è tutt'altro che una prospettiva scontata e normalmente praticata. Nella stragrande maggioranza dei casi, infatti, i servizi per gli anziani con deficit di autonomia sono attivati nelle situazioni in cui i soggetti si trovano soli, senza più legami significativi o comunque in grado di essere percepiti come una reale risorsa.

Nelle precedenti indagini che sono state condotte dal medesimo staff di ricercatori<sup>85</sup> si sono studiati alcuni casi emblematici di buone pratiche che assumessero nell'aiuto e sostegno agli anziani una prospettiva familiare e comunitaria. Delle esperienze significative già studiate (Rossi, Bramanti, 2006) si offrirà, nel presente Rapporto, un aggiornamento che documenti la bontà delle pratiche allora studiate.

Nel presente lavoro di ricerca sono stati identificati ulteriori casi emblematici, che documentassero l'esistenza, nelle tre regioni studiate (Liguria, Lombardia e Sicilia) di buone pratiche a sostegno degli anziani e delle loro famiglie in grado di dare vita effettivamente ad azioni a largo raggio, o per la capacità di impatto nei contesti o per la possibilità di replicare, in più ambiti il modello di intervento.

Particolare attenzione è stata posta al dibattito internazionale, e contemporaneamente alla peculiarità del caso italiano.

Per quanto attiene agli scenari internazionali, emerge da più parti la necessità di interventi mirati e adeguati per rispondere ai bisogni di un'età della vita che tende a normalizzarsi e a riguardare una fetta sempre più consistente di popolazione. Da questo punto di vista particolare rilevanza assumono tutte quelle azioni tese a prevenire le conseguenze più pesanti dell'invecchiamento, sia a livello di benessere psico-fisico sia relazionale. Dall'altra parte una peculiarità del caso italiano consiste nel ritenere che i bisogni degli anziani trovino risposte più adeguate all'interno della rete familiare e, segnatamente, nella relazione genitori anziani-figlie adulte. Da qui la necessità di sostenere i *caregiver* naturali e promuovere interventi di sostegno e *respite* per coloro che più pesantemente sono impegnati in funzioni di cura di un genitore gravemente non autosufficiente.

Come si mostrerà più avanti i casi studiati presentano elementi interessanti ai due livelli:

- da un lato progetti/servizi che si muovono in una prospettiva di prevenzione per lo meno secondaria (es. i Caffè Alzheimer);
- dall'altro i servizi che operano sulle reti naturali sostenendo non solo i *caregiver*, ma gli anziani stessi, nella cura dei legami, in una prospettiva il più possibile reciproca (ad esempio il Progetto *Caregiver* di Genova, e quello di *Mediazione intergenerazionale* di Ragusa).

Inoltre particolare attenzione è stata posta a iniziative promosse in *partnership* tra più enti, di diversa natura, pubblico o di terzo settore, come elemento in grado di identificare un'azione in

---

<sup>85</sup> G.Rossi e D. Bramanti (a cura di), *Anziani non autosufficienti i servizi family friendly*, FrancoAngeli, Milano, 2006, pubblicazione dell'Osservatorio Nazionale sulla Famiglia; G.Rossi e L. Boccacin (a cura di), *Capitale sociale e partnership tra pubblico, privato e terzo settore. Vol. I. Casi di buone pratiche nei servizi alla famiglia*, Franco Angeli, Milano, 2007

grado di promuovere reticolazione tra i soggetti erogatori e quindi una maggiore tenuta delle reti sociali nei diversi contesti.

La ricerca ha riguardato tre regioni: Liguria, Lombardia e Sicilia.

## **1.2. ARTICOLAZIONE DELLA RICERCA**

Per raggiungere l'obiettivo generale, la ricerca si è sviluppata su più livelli:

1. Analisi di dati di sfondo riguardanti gli anziani, le loro famiglie, le relazioni, il ricorso ad assistenti familiari, le condizioni di salute, le difficoltà economiche, le prestazioni socio-sanitarie utilizzate.
2. Reperimento ed analisi dei Piani di Zona, o comunque dei documenti programmatici presenti nelle diverse regioni, per identificare i servizi/interventi presenti sui territori destinati agli anziani ed alle loro famiglie.
3. Reperimento degli elenchi regionali delle associazioni di volontariato che, nelle Regioni considerate, mettono in atto servizi/interventi per gli anziani e le loro famiglie.
4. Individuazione di pratiche innovative di sostegno alla cura degli anziani in famiglia.
5. *Re-call*, tramite intervista telefonica, delle pratiche già analizzate nel 2006, per verificare la tenuta nel tempo delle esperienze già studiate.
6. Analisi di 9 buone pratiche, nei tre diversi contesti territoriali, attraverso la metodologia dello studio di caso.

### **1.2.1 ANALISI DEI DATI DI SFONDO**

Attraverso i dati Istat appositamente richiesti, si è ricostruito un quadro quantitativo della condizione degli anziani e delle relazioni con le loro famiglia, sia a livello nazionale che regionale.

In particolare, sono stati utilizzati i file dati provenienti dalle seguenti fonti Istat:

*FSS03*: Indagine Multiscopo Famiglia e Soggetti sociali. Anno 2003. Rappresentatività regionale.

*CPL07*: Indagine di Ritorno sulle criticità dei percorsi lavorativi in un'ottica di genere. Anno 2007. Rappresentatività per 5 ripartizioni.

*AVQ08*: Indagine Multiscopo Aspetti della Vita Quotidiana. Anno 2008. Rappresentatività regionale.

*CDS05*: Indagine Multiscopo Condizione di Salute e Ricorso ai Servizi Sanitari. Anno 2005. Rappresentatività regionale.

*EUSILC08*: Indagine sulle Condizioni di vita. Anno 2008. Rappresentatività regionale.

I dati hanno fornito materiale sulle seguenti aree di indagine:

- La qualità relazionale intergenerazionale : livello delle comunicazioni fra parenti non coabitanti (figli adulti e genitori anziani; nonni e nipoti).
- La qualità relazionale intergenerazionale: gli aiuti dati e ricevuti fra adulto e genitore/suocero anziano; fra nonni e nipoti.
- La presenza di assistenti domiciliari/domestici/badanti e le caratteristiche della relazione tra badante e anziano e tra badante e famiglia.
- La rete informale di vicinato e di amici per l'anziano (densità/scambievolezza).

- Le prestazioni sociosanitarie (numero e tipologia) utilizzate dagli anziani e la tipologia familiare.
- Le condizioni di salute, le difficoltà economiche e la tipologia familiare.

### **1.2.2 RICOGNIZIONE DEI PIANI DI ZONA E DEI DOCUMENTI PROGRAMMATICI**

Attraverso l'utilizzo di uno strumento di rilevazione strutturato (griglia di rilevazione) sono stati analizzati i Piani di Zona delle Regioni interessate dalla ricerca, per raccogliere indicazioni in merito alla presenza e alle caratteristiche di servizi di sostegno agli anziani e alle loro famiglie, che la letteratura indica come particolarmente rilevanti in termini di "familiarità" (vedi allegato 1).

In particolare sono state identificate le seguenti tipologie di servizi:

1. Registro Badanti, formazione, tutor per badanti; sportello badanti.
2. Interventi di custodia sociale/servizi di prossimità
3. Voucher/assegni di cura (con particolare attenzione alle modalità di erogazione/gestione più innovative).
4. Gruppi di auto mutuo aiuto per familiari e anziani.
5. Progetti specificatamente intergenerazionali.
6. Interventi di rete per il sollievo nella cura dell'anziano non autosufficiente (Medico di base, asl, famiglie, udp, servizi sociali); dimissioni protette.
7. Altri progetti innovativi.

La mappatura realizzata (che non ha pretese di esaustività), ha consentito di identificare le tipologie emergenti nel quadro dell'offerta di servizi per gli anziani e le loro famiglie e di identificare alcuni servizi/interventi particolarmente interessanti nell'ottica delle "buone pratiche", e meritevoli quindi di ulteriore approfondimento.

### **1.2.3 RICOGNIZIONE DELLE ASSOCIAZIONI DI VOLONTARIATO CHE OPERANO NEL SETTORE ANZIANI**

Anche per le realtà di volontariato, che sono state reperite grazie alla collaborazione dei Centri Servizi per il Volontariato, regionali e provinciali, è stato predisposto uno strumento di rilevazione da sottoporre ai referenti delle Associazioni di volontariato tramite mail o tramite intervista telefonica (vedi allegato) con lo scopo di ricostruire un quadro delle organizzazioni di volontariato che operano a favore degli anziani e delle loro famiglie, evidenziandone le caratteristiche strutturali e le tipologie di servizi offerti.

### **1.2.4 ANALISI DELLE BUONE PRATICHE**

L'analisi delle buone pratiche, condotta con il metodo dello studio di caso (vedi introduzione al Report), ha portato alla produzione di 9 minireport che presentano in maniera analitica tutti gli aspetti rilevanti dei progetti studiati attraverso il coinvolgimento dei responsabili, degli operatori, dei familiari e, dove è stato possibile dei beneficiari stessi dell'intervento.

In particolare sono stati studiati:

Regione Lombardia

- *Sportello Assistenza Familiare, Ambito di Cinisello Balsamo (MI)*
- *Servizio di custodia sociale, Comune di Milano*
- *Primo Ascolto Alzheimer, Mariano Dalmine (BG)*
- *Caffè Alzheimer - Fondazione Manuli ONLUS, Milano*
- Regione Liguria
- *Progetto Caregiver, Distretto del Medio Ponente, Genova*
- *Caffè Alzheimer, Genova Cornigliano, AFMA*

#### Regione Sicilia

- *Anziani in affido (e servizi collaterali), Comune di Castelvetro*
- *Servizio di Mediazione Intergenerazionale, Comune di Ragusa*
- *Progetto Fili d'Argento e Centro di Aggregazione Carcadé -Caltanissetta*

Come già anticipato è stato realizzato un follow-up delle esperienze precedentemente studiate per comprendere la reale tenuta nel tempo dei progetti studiati e la loro eventuale trasformazione nel tempo.

### **1.3. SOSTENERE LE FAMIGLIE CON ANZIANI È POSSIBILE**

L'ampia ricognizione condotta consente di tracciare un quadro da cui emergono aspetti di forza e di debolezza della rete dei servizi per anziani e per le loro famiglie.

Una prima osservazione, per certi versi banale, è relativa al fatto che nonostante la riflessione teorica ( vedi capitolo 2) concordi nel sottolineare l'importanza delle relazioni per il benessere degli anziani, non sono molti i servizi che si propongono di offrire un sostegno alle reti familiari.

La seconda è che laddove questi sono realizzati, pur con modalità e risorse molto diverse, paiono essere di notevole gradimento per la popolazione anziana. Nella maggioranza dei casi si tratta di servizi a bassa soglia e a costi contenuti, in grado di valorizzare le reti presenti e spesso di promuoverne di nuove.

L'analisi empirica condotta, rispetto alla precedente, conferma un trend di maggiore attenzione alle relazioni familiari dei soggetti anziani, anche se in un quadro piuttosto frammentato e debole.

Le famiglie dei soggetti anziani sono in genere identificate in coloro che svolgono una funzione importante di *care*, ma solo in pochi casi escono dallo sfondo e sono pensate come diretti referenti del servizio.

Ancora più rara è la capacità di sostenere la transizione familiare, come un livello diverso dalle transizioni individuali.

Gli interventi più appropriati sono quelli che concepiscono i servizi in termini di reti di relazioni. Questo è quanto si cercherà di indicare dall'analisi dei casi studiati.

## 2. INVECCHIAMENTO, FAMIGLIA E CURA DEGLI ANZIANI NON AUTOSUFFICIENTI: LO SCENARIO INTERNAZIONALE

di Stefania Meda

### 2.1. L'INVECCHIAMENTO COME FENOMENO GLOBALE

Fenomeni demografici quali l'allungamento della vita media e il calo della fertilità<sup>86</sup> hanno determinato in Europa e in altri Paesi come Stati Uniti e Giappone<sup>87</sup> l'emergere di tre pattern ricorrenti (Hugman 1994) che ricadono sotto l'espressione generica "invecchiamento della popolazione": l'aumento in termini assoluti del numero di anziani, quello in termini relativi del numero di anziani in proporzione al resto della popolazione e l'innalzamento dell'età media della popolazione (de Jouvenal 1988). La combinazione di questi fenomeni rischia di gravare pesantemente sui sistemi pensionistici e di *social insurance* (Bovenberg, Van Soest, Zaidi 2010); di ridurre la capacità di cura per gli anziani contestualmente all'assottigliarsi delle reti familiari; di accrescere i bisogni della popolazione anziana (Grant et al. 2004) e i costi associati (Kim, 2000; Ricardo-Cambell 1986). L'aumento dell'aspettativa di vita si accompagna a un crescente interesse per le condizioni di salute degli anziani. Alcuni studi condotti negli Stati Uniti mostrano l'incremento di patologie croniche presso la popolazione anziana e dei costi a esse associati (Thorpe - Howard 2006). Analogamente, in una ricerca condotta sui dati provenienti da 12 Paesi OCSE (Lafortune - Balestat 2007) veniva messo in luce che la compromissione grave dell'autosufficienza è in aumento in alcuni Paesi e in contrazione in altri, senza la possibilità di delineare un *trend* unitario complessivo. Di fronte a questo scenario acquisisce credito una cultura del "buon invecchiamento" (*healthy ageing*), che mira a mantenere il più a lungo possibile gli anziani in buone condizioni di salute, di autonomia e di indipendenza, per ridurre le ripercussioni sui costi sanitari e dell'assistenza continuativa e per promuovere il benessere degli anziani.

L'invecchiamento della popolazione pone inoltre nuove sfide agli assetti e alle relazioni familiari, sia sul versante del rapporto tra le generazioni sia su quello tra i generi, contribuendo a una vera e propria morfogenesi familiare.

---

<sup>86</sup> In Europa, il numero medio di nascite per anno è sceso da 11.9 milioni nel periodo 1960-1965 a 7.4 milioni tra il 2000 e il 2005 (Eurostat 2010). Sempre per il periodo 2000-2005, con 10.2 nascite per 1000 (‰) abitanti, l'Europa ha registrato l'indice di natalità più basso rispetto a tutti i continenti e approssimativamente la metà della media mondiale (21.2‰) per lo stesso periodo. Il tasso di fertilità femminile in Europa è crollato a una velocità relativamente sostenuta tra i primi anni '60 e i tardi anni '90 da una media di 2.6 figli per donna a 1.4, per poi stabilizzarsi su queste cifre tra il 2000 e il 2005. Questo trend al ribasso rispecchia una tendenza comune a tutti i continenti, con i tassi di fertilità mondiali che sono passati da una media di 4.9 figli per donna a 2.7.

<sup>87</sup> Sebbene il fenomeno non costituisca al momento attuale un'emergenza demografica in altri continenti, alcuni Paesi, in particolare asiatici, hanno previsioni demografiche di crescita e invecchiamento della popolazione tali da imporre già da ora una riflessione sull'ampiezza del fenomeno e le misure di fronteggiamento (Doling, Jones Finer, Maltby 2005; Phillips, Chan 2002; Chi, Mehta, Howe 2001).



## 2.2. INVECCHIAMENTO E FAMIGLIA: VERSO UNA MORFOGENESI DELLE RELAZIONI TRA LE GENERAZIONI?

Il processo di invecchiamento della società è una realtà accettata e ormai condivisa da studiosi e *policy makers*, che stanno facendo i conti - sul piano economico, sociale, di salute - con le possibili implicazioni di questo *trend* in costante crescita. Inoltre, si fa sempre più largo una prospettiva di lettura e analisi dei processi di invecchiamento della popolazione che tiene conto delle strutture familiari e delle relazioni tra i generi e le generazioni (Caro 2006; Caputo 2005; Izuhara 2010; Harper 2004).

Gli esempi di interconnessione tra famiglia e invecchiamento sono numerosi, basti pensare a come il pensionamento di un soggetto si ripercuota nella riorganizzazione familiare della vita di coppia o come la sicurezza economica dei coniugi anziani sia legata ai redditi familiari. Anche le scelte relative all'*housing* per le famiglie di anziani si riverbera negli assetti e nei legami familiari (Leamy, Miller, Bright, Clough 2004), spesso coinvolgendo più generazioni. Infine, sempre a titolo di esempio, va considerato che l'assistenza continuativa di cui necessitano molti anziani è spesso primariamente elargita da familiari non retribuiti, con pesanti implicazioni a livello psicologico (stress dei *caregiver* familiari), della condizione della donna e del mercato del lavoro (ritiro delle donne dal *labour market*) e così via. Questi esempi mostrano come aree cruciali quali la sicurezza economica, l'*housing*, la *long term care*, l'assistenza sanitaria e il benessere degli individui abbiano un forte radicamento nelle relazioni e nelle strutture familiari.

La modalità secondo cui le misure sociali e sanitarie a favore degli anziani tengono conto delle famiglie varia da contesto a contesto. Per esempio, negli Stati Uniti, il *Social Security Act* è stato pensato per proteggere sia i singoli lavoratori sia le loro famiglie, garantendo la reversibilità delle pensioni ai vedovi (Caro 2006). Un altro esempio americano di intervento pubblico che tiene conto della dimensione familiare è quello del *Family Medical Leave Act* che consente ai lavoratori dipendenti di prendere permessi (non retribuiti) per dedicarsi alla cura di un familiare in stato di bisogno. Anche l'*Older American Act* mette in campo alcune misure di supporto ai *caregiver* informali impegnati nella *long term care* di un familiare. Ovviamente gli esempi sono molteplici e variano lungo un gradiente immaginario da quelli maggiormente "*family friendly*" a quelli meno sensibili ai bisogni familiari e alla capacità delle famiglie di farvi fronte con modalità - appunto - distintivamente familiari.

La complessità della relazione tra invecchiamento e famiglie non si esaurisce tuttavia nella dimensione della cura degli anziani da parte delle generazioni più giovani, ma contempla anche l'opposto, vale a dire il ruolo di primo piano che i nonni assumono nella cura dei nipoti (Copen 2006).

In molti Paesi, le famiglie svolgono ben volentieri il proprio compito di cura nei confronti dei membri della generazione più anziana, ma sovente gli sforzi profusi non sono sufficienti e lo sguardo delle famiglie si rivolge al Pubblico in cerca di aiuti. La letteratura sull'argomento mostra quindi come la tensione tra la famiglia e i sistemi pubblici nella responsabilità di cura sia un tema universale, presente in molti Paesi seppur con caratteristiche diverse (Caro 2006; Beneken 2007). In linea generale, il fiorire di una letteratura internazionale su famiglia e invecchiamento testimonia come sia maturata in ambito scientifico l'idea che la transizione all'ultima fase della vita non riguardi solo una categoria di persone, slegate dalle relazioni che vivono, ma necessita di una capacità di lettura relazionale e familiare dei fenomeni per poterne spiegare la portata e le possibili implicazioni in un'ottica di complessità.

Nell'intreccio tra famiglia e invecchiamento della popolazione viene messo in luce come la combinazione di bassa natalità e aumento dell'aspettativa di vita abbia indotto gli esperti a parlare di "disastro demografico" o di "bomba demografica a orologeria", anticipando un futuro prossimo in cui il persistere di queste tendenze porterà allo squilibrio tra le generazioni - una vera e propria morfogenesi delle relazioni intergenerazionali, per utilizzare la terminologia di

Margaret Archer – in particolare quella più anziana e quella più giovane (Rossi - Meda 2010; Evers - Olk 1991; Robolis 1993).

Secondo il Green Paper sulle Generazioni della Commissione Europea (EU Commission 2005), nel 2005 il tasso di fertilità medio in Europa era di 1.5, ben al di sotto del 2.1 richiesto per mantenere la popolazione costante (in assenza di immigrazione), o più precisamente, per consentire il ricambio generazionale. In Europa, l'unico paese in cui il tasso di fertilità si approssima a 2.0 è l'Irlanda e al di fuori dell'Unione Europea solamente l'Islanda e la Turchia superano questo valore. Solo tre paesi dell'area centro-settentrionale, la Francia, l'Olanda e la Gran Bretagna, registrano una stima superiore all'1.6, mentre il tasso di fertilità è inferiore a 1.4 in tutti i nuovi Stati membri (ad eccezione di Estonia, Cipro e Malta), in Grecia, Spagna e Italia. A ciò si aggiunga che il numero di anziani è in continuo aumento, in ragione di un allungamento generale dell'aspettativa di vita (Rossi – Meda 2010).

Lo squilibrio generazionale è problematico soprattutto nei termini di indici di dipendenza (*age-dependency ratio*), vale a dire nel rapporto tra la popolazione "attiva" e quella economicamente "dipendente": ad esempio, il rapporto tra le persone in età inattiva (0-14 anni e 65 anni e più) e la popolazione che "teoricamente" si fa carico di sostenerle economicamente (15-64 anni) in Italia è passato dal 48% al 52% in dieci anni, in funzione del peso crescente delle persone anziane (da 26.8 ogni 100 in età attiva nel 2000 a 30.7 nel 2009)<sup>88</sup> (Istat 2010).

Ma ciò che preoccupa maggiormente i demografi è il confronto tra specifici gruppi "dipendenti", cioè gli anziani over 65 e i giovani non ancora inseriti nel mercato del lavoro (0-14 anni) (Coleman - Bond 1990; Pitaud et al. 1991; Johnson - Falkingham 1992). In Europa, i bambini con meno di 15 anni rappresentavano nel 2005 il 15.9% della popolazione, vale a dire (per pura coincidenza) la medesima percentuale di persone sopra i 65 anni<sup>89</sup>. L'indice di dipendenza relativo alla sola popolazione giovane in Europa si è pressoché dimezzato tra il 1960 (41%) e il 2005 (23%) (Eurostat 2010) a testimonianza dell'effettiva contrazione nel numero di giovani. Questa tendenza, ai fini del calcolo totale dell'indice di dipendenza, è stata parzialmente controbilanciata dal numero crescente di anziani nella popolazione Europea ed è probabile che le generazioni più mature continueranno a incidere percentualmente nei prossimi decenni (Eurostat 2010). L'indice di dipendenza relativo alla sola popolazione over65, nel Vecchio Continente, è infatti aumentato dal 14% del 1960 al 23% del 2005. Complessivamente, nel 2005, circa il 46% della popolazione europea non era in età da lavoro. Negli altri continenti, l'indice di dipendenza totale (generazione 0-14 e generazione over-65) si attesta tra il 50% e il 57%, anche se – a differenza dell'Europa – l'importanza relativa dei giovani è significativamente più alta di quella delle generazioni più anziane. In Africa la situazione è molto diversa: il rapporto di dipendenza è aumentato fino all'80% nel 2005, quasi interamente come effetto dell'elevata percentuale di giovani sotto i 14 anni di età (Eurostat 2010).

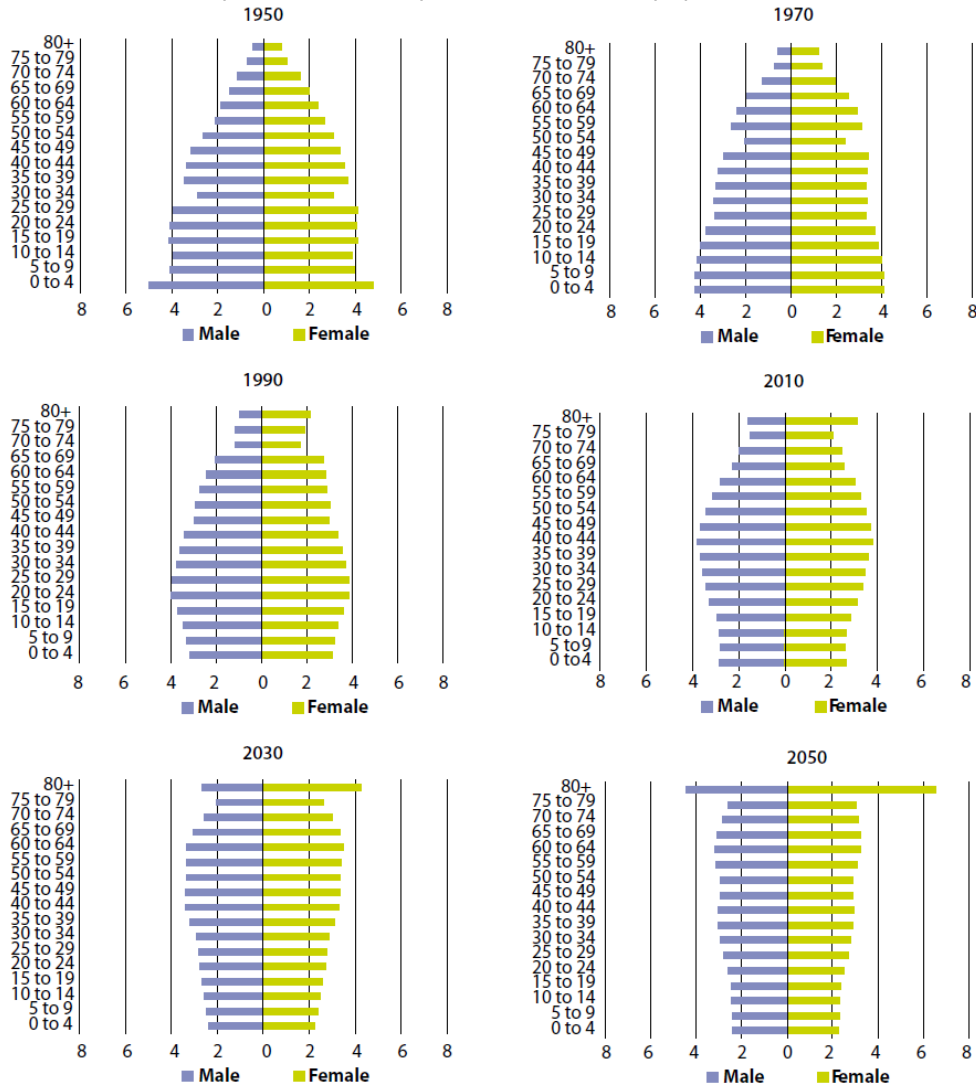
Le previsioni relative ai Paesi dell'EU-27 suggeriscono che entro il 2060 la popolazione degli ultrasessantacinquenni raggiungerà il 30%, rispetto al 17% del 2008 (Eurostat 2010). Gli over-80 avranno un peso significativo nel 2060, quando questa coorte di età rappresenterà circa il 12% della popolazione dei 27 Paesi dell'Unione.

---

<sup>88</sup> In questo modo, il nostro Paese si colloca al terzo posto della graduatoria europea, preceduto solo da Francia (53.9) e Svezia (52.5).

<sup>89</sup> In tutti gli altri continenti i giovani rappresentano almeno il 20% della popolazione totale, con un picco del 41.2% in Africa, in cui peraltro gli over65enni sono solo il 3.4% della popolazione (il dato fa riferimento al 2005) (Eurostat 2010). Asia e America Latina hanno una percentuale di anziani approssimativamente doppia rispetto al continente africano, mentre in Nord America e Oceania gli over65enni costituiscono all'incirca il 10% del totale (Eurostat 2010).

Tavola 1 - Come cambiano le piramidi dell'età per l'EU-27 (% della popolazione totale)



(<sup>1</sup>) Limited data availability for 1950 and 1970, based on those Member States for which data are available; from 2010 onwards the data refer to projections (EUROPOP2008 convergence scenario).

Fonte: Eurostat 2010, p. 167

Questi disequilibri demografici mettono in luce la problematica relazione tra le generazioni che si riflette su diversi aspetti della vita sociale: sono e sempre più saranno messi a dura prova i sistemi pensionistici, sanitari, di assistenza e le stesse strutture familiari.

Il rischio è, come sottolineato da Donati (1991; 2003), di esitare in una netta *disequità generazionale*, intesa come il vantaggio cumulato dalle generazioni più anziane su quelle dei giovani (Carrà 2001), che produce dinamiche sociali schizofreniche: mentre sul versante socio-politico la generazione adulta/anziana usa ogni mezzo per tutelare i propri interessi, sul versante familiare fa quadrato attorno alle giovani generazioni, offrendo in modo notevole protezione e supporto.

In termini generali, l'invecchiamento della popolazione contribuisce a trasformare in maniera significativa le strutture e i legami familiari, dando per esempio origine a nuovi *pattern* familiari o influenzando i ruoli e i rapporti tra le generazioni e i generi.

In generale, come indicato in un recente report della Commissione Economica per l'Europa delle Nazioni Unite (Dykstra 2010), si assiste all'emergere di almeno tre nuovi fenomeni che investono le famiglie come conseguenza dell'invecchiamento della popolazione:

A. la famiglia multigenerazionale (*multiple family generations*);

- B. la generazione *sandwich*;
- C. la deprivazione verticale.

*A. La famiglia multigenerazionale (multiple family generations);*

Come conseguenza dei *trend* demografici che stanno trasversalmente decretando l'invecchiamento della popolazione nel nostro continente, si assiste all'emergere di un nuovo *pattern* familiare, quello della "*beanpole*" *family* (Dykstra 2010) caratterizzata da un numero relativamente alto di legami verticali (compresenza di più generazioni) e uno relativamente basso di legami orizzontali (numero relativamente basso di soggetti per ciascuna generazione) (Bengtson 2001). Nel nostro Paese, a titolo d'esempio, emerge una forma familiare inedita (Blangiardo 2006), segnata dalla contemporanea presenza di più generazioni viventi (figli, genitori, nonni e spesso bisnonni) che tuttavia non convivono sotto lo stesso tetto, frammentando la realtà sociale in una molteplicità di anziani soli, famiglie monoparentali, coppie di fatto.

Secondo alcuni studiosi, l'incremento della longevità e il ritardo sulla nascita del primo figlio hanno effetti contrastanti sulla struttura generazionale delle famiglie delle famiglie europee (Matthews - Sun 2006; Watkins - Menken - Bongaarts 1987). Se, da un lato, l'allungamento della vita media si traduce nella compresenza di più generazioni viventi rispetto al passato, fino a registrare famiglie di cinque generazioni, d'altro canto la bassa natalità determina un *gap* generazionale relativamente ampio riducendo la probabilità della compresenza di più generazioni viventi.

*B. La generazione sandwich*

La suggestiva metafora della generazione *sandwich*, vale a dire di una generazione di uomini e donne (di età compresa tra i 30 e i 60 anni) impegnati simultaneamente sul duplice fronte delle responsabilità di cura verso i figli giovani e i genitori anziani (Agree - Bissett - Rendall 2003; Dykstra - Komter 2006; Rosenthal - Martin-Matthews - Matthews 1996), trova scarso credito nel dibattito scientifico (Dykstra 2010), in quanto l'arco temporale della cosiddetta *middle-generation* è troppo ampio (indicativamente 30 anni) perché questi soggetti siano effettivamente coinvolti simultaneamente sul doppio fronte dell'assistenza ai figli e ai genitori anziani. Così, le persone "più giovani", che per fascia d'età sono impegnate nella cura dei figli, difficilmente hanno genitori ad alto rischio di vulnerabilità. Al contrario, coloro che si occupano dei genitori anziani hanno figli grandi, tendenzialmente già fuori dalla fascia di bisogno assistenziale. Nonostante gli esperti abbiamo tematizzato l'inconsistenza di questa metafora, l'idea di una generazione *sandwich* continua a essere presente nel dibattito pubblico e di *policy*.

Invece di focalizzarsi su gli scambi tra la generazione di mezzo e i figli o tra la generazione di mezzo e gli anziani, sarebbe auspicabile una maggiore attenzione agli scambi tra nonni e nipoti. Ricerche recenti hanno infatti enfatizzato il ruolo attivo dei nonni come fonti di sostegno alle famiglie giovani attraverso aiuti economici, cura dei bambini e supporto nello svolgimento di mansioni domestiche (Albertini - Kohli - Vogel 2007; Attias-Donfut - Ogg - Wolff 2005a; Reitzes-Mutran 2004; Vegetti Finzi 2008; Pruchno 1999; Ferland 2009).

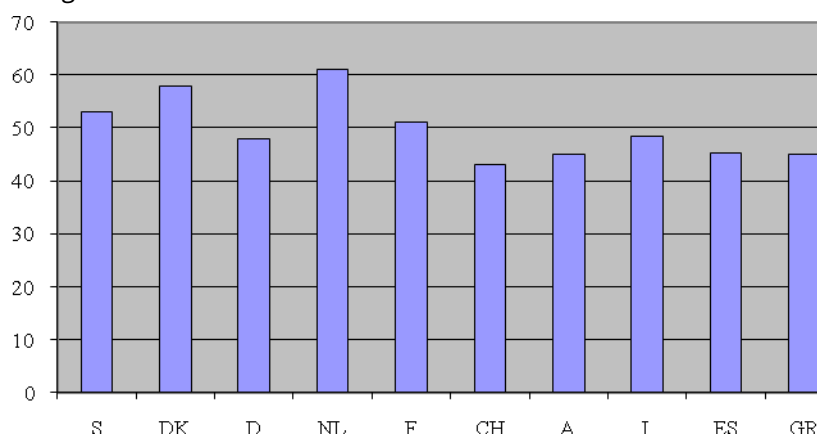
Il progetto SHARE<sup>90</sup>, per esempio, ha messo in luce come i nonni (uomini e donne) svolgano una funzione essenziale nella cura dei nipoti. Un terzo degli intervistati di oltre 65 anni di età, infatti, si prende cura quotidianamente dei nipoti per circa 4 ore e mezzo al giorno<sup>91</sup> (Tav. 2)

---

<sup>90</sup> SHARE è una *survey* comparativa tra nove Paesi europei, che mira a investigare le condizioni di vita degli anziani (Attias-Donfut *et al.*, 2005a; 2005b; 2005c; [www.share-project.org](http://www.share-project.org)).

<sup>91</sup> Nell'indagine SHARE, ai nonni veniva chiesto se avessero curato i propri nipoti su base regolare o occasionale negli ultimi 12 mesi in assenza dei genitori. La proporzione di uomini e donne che hanno risposto affermativamente era identica (43%) per entrambe le modalità di risposta (occasionalmente/regolarmente). Qui ci focalizziamo esclusivamente sulle donne: la cura dei nipoti, su

Tavola 2 – Percentuale delle nonne che hanno curato i propri nipoti su base regolare o occasionale durante gli ultimi 12 mesi



Fonte: Attias-Donfut et al., 2005b, p. 171

Come già evidenziato da Rossi e Meda (2010), la cura dei nipoti da parte dei nonni dipende da due variabili essenziali: la disponibilità dei nonni e la preferenza a essi accordata da parte dei giovani genitori. Entrambi questi aspetti sono fortemente connessi alla qualità della relazione intergenerazionale, mentre restano sullo sfondo la forza e l'efficacia dei sistemi di *welfare* (che pure rappresentano un elemento qualificante il sostegno alle relazioni generazionali).

Di converso, i nipoti non dovrebbero essere considerati solo in termini di soggetti dipendenti, ma anche come *caregiver* di genitori e nonni (Rossi – Meda 2010). La generazione più giovane si mostra protagonista, oltre che negli aiuti allo studio (ai fratelli), anche negli aiuti di compagnia (ai nonni) e domestici (verso i genitori). Relativamente al contesto italiano, una nostra elaborazione sui dati Istat dell'Indagine multiscopo "Famiglia e soggetti sociali", anno 2003, conferma ed enfatizza questo *trend* (Tabella 1). Il 78,1% dell'aiuto erogato dai nonni verso i nipoti non conviventi ha la forma dell'accudimento.

---

base regolare o occasionale, coinvolge, in tutti i paesi, la metà circa delle nonne . Queste cifre sono leggermente più alte in Olanda, Danimarca, Svezia e Francia, a motivo dell'elevato numero di genitori *single* o separati, che necessitano quindi di un supporto "extra" nella cura dei figli e nel difficile compito di riconciliazione tra famiglia e lavoro da parte delle loro madri, spesso ancora inserite nei processi produttivi (Attias Donfut et al., 2005b).

Tabella 1 - Distribuzione percentuale per tipologia di aiuto principale dato/ricevuto fra nonni, figli e nipoti non conviventi. Anno 2003. Italia.

	Nonni a nipoti	Nipoti a nonni	Adulto a genitore o suocero anziano	Genitore anziano a figlio/ genero/nuora
Aiuto economico	5,7	2,4	4,7	16,5
Prestazione sanitaria	0,9	3,9	8,7	1,6
Accudimento adulti	2,4	18,5	25,7	1,3
Accudimento bambini	78,1	1,9	2,7	41,6
In attività domestiche	3,9	19,9	16,5	14,2
Compagnia, accompagnamento, ospitalità	3,5	26,4	19,1	6,4
Espletamento pratiche burocratiche	1,1	10,1	14,0	3,7
In lavoro extradomestico	0,5	5,8	5,3	2,4
Nello studio	2,2	2,3	0,4	0,0
Aiuti materiali (cibo, vestiario, etc)	1,5	0,3	1,5	2,7
Altro	0,1	8,4	1,5	9,6
Totale	100,0	100,0	100,0	100,0

Fonte: nostre elaborazioni su dati Istat, Indagine multiscope Famiglia e soggetti sociali, 2003.

Di converso, il 26,4% del supporto offerto dai nipoti ai nonni si traduce in compagnia e accompagnamento, seguito dall'aiuto nell'espletamento di attività domestiche (19,9%) e in vero e proprio accudimento (18,5%). Lo scambio di sostegno avviene anche tra la generazione anziana e i figli adulti non conviventi: i nonni aiutano i figli adulti offrendo assistenza ai nipoti nel 41,6% e ricevono dai loro figli aiuto sotto forma di accudimento (25,7%), compagnia (19,1%) e supporto nelle attività domestiche (16,5%).

### C. La deprivazione verticale

Un terzo pattern individuabile è relativo alla cosiddetta "deprivazione verticale", che si verifica quando la generazione di mezzo non ha né figli o nipoti, né genitori o nonni viventi (Connidis 2010; Dykstra - Hagestad 2007). A questi casi, vanno aggiunte le forme di deprivazione verticale come conseguenza di divorzi e separazioni. In particolare, sarebbero gli uomini (rispetto alle donne) i soggetti maggiormente a rischio di deprivazione indotta dalla rottura di legami familiari (Dykstra 1997; Kalmijn 2007; Kaufman - Uhlenberg 1998; Lin 2008).

### 2.3. LA CURA TRA LE GENERAZIONI

Nel corso del ciclo di vita, la famiglia è chiamata a rispondere alla sfida permanente di prendersi cura dei legami. Le qualità affettive ed etiche alla base delle relazioni familiari e del potenziale generativo della famiglia trovano una reale possibilità di espressione in tale modalità di azione (Cigoli - Scabini 2006).

Esistono varie forme di cura familiare connesse a compiti specifici a seconda delle transizioni che le famiglie si trovano ad affrontare. Se consideriamo ad esempio l'ultima fase della vita, notiamo che lo scambio intergenerazionale si articola in maniera peculiare, in particolare di fronte alla malattia grave di un anziano e successivamente alla sua morte. Durante questa transizione, si assiste a una vera e propria riorganizzazione familiare, con la generazione anziana che deve accettare di lasciare il proprio ruolo di "capofila generazionale" (Tamanza 2001) a favore di una "primazia generazionale" dei figli adulti, che significa, anzitutto, assumere fino in fondo la responsabilità della posizione adulta, ovvero l'esercizio della cura nei confronti sia della generazione successiva, sia di quella precedente ("cura della riconoscenza", cfr. Cigoli - Scabini 2006; Scabini 1994; Cigoli 1992). Ciò significa che le generazioni si prendono cura le une delle altre e che questo codice simbolico guida la relazione familiare.

In altri termini, la cura è la cifra del familiare in quanto – secondo la suggestiva terminologia di Margaret Archer – le nostre premure fondamentali (ultimate concerns), intese come ciò a cui ciascuno tiene in modo particolare e per cui vale la pena impegnarsi, sono, in ultima analisi, strettamente connesse con la nostra identità e il nostro senso dello stare nel mondo.

La cura tra le generazioni passa anche attraverso una serie di scambi, un circuito di dono e contro doni, di tipo materiale, relazionale e simbolico.

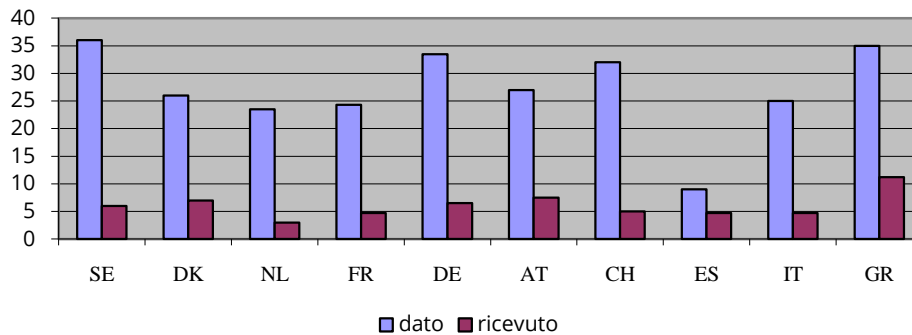
La prossimità geografica, poiché facilita gli scambi faccia-a-faccia, aumenta la probabilità di scambiarsi aiuti materiali (Soldo - Hill 1993), ma non quelli monetari che possono avvenire anche a distanza.

La *survey* SHARE ha permesso di testare il modello di solidarietà intergenerazionale nel contesto europeo indagando gli scambi tra le generazioni<sup>92</sup> (tra generazioni adulta e anziana) e diverse forme di aiuto, tra cui il sostegno a un membro disabile della famiglia o la cura dei nipoti. La ricerca ha messo in luce alcune specificità. I Paesi del sud Europa (Italia, Grecia e Spagna) ad esempio non presentano un quadro omogeneo, ma la Spagna registra un circuito di scambietà (dare e ricevere) tra le generazioni contenuto, esso è invece molto elevato in Italia e Grecia, anche in relazione al resto del continente (Kohli et al. 2005). Tuttavia, la solidarietà familiare (Attias-Donfut 2005a; Gianrusso - Silverstein 1996), intesa come rete di doni e controdoni, non è esclusivamente un modello "mediterraneo", giacché elevati scambi intrafamiliari caratterizzano anche il nord Europa (Graf. 1). Analogamente, Johannson e Sundstrom (2006), attraverso la loro analisi storica su come sono cambiati gli obblighi filiali in Svezia con il passare del tempo, mostrano che la solidarietà intergenerazionale rimane forte nel Paese nonostante l'estensiva offerta di *welfare*.

---

<sup>92</sup> Oltre al progetto SHARE, numerose sono le pubblicazioni che a livello europeo hanno preso in considerazione i circuiti di scambietà familiare e intergenerazionale e la condizione dei nonni, sottolineando l'uscita dalla latenza di tale fenomeno (Attias-Donfut *et al.*, 2002; Attias-Donfut, Segalen, 2007; Saraceno, 2008; Blome *et al.*, 2009; Mooney *et al.*, 2002; Fokkema *et al.*, 2006; Izuhara, 2010; Chambers *et al.*, 2009).

Graf. 1 – Percentuale dei soggetti che hanno dato o ricevuto denaro (250 €) negli ultimi 12 mesi



Fonte: Attias Donfut et al., 2005c, p. 170

In termini generali, la direzione di questi scambi è verso il basso (Dykstra 2010): i genitori diventano beneficiari di forme di sostegno solo in età avanzata. La cosiddetta ipotesi "sostitutiva", secondo cui i trasferimenti pubblici sostituirebbero quelli privati, ha trovato scarse conferme empiriche negli studi condotti sui sistemi di *welfare* dell'Europa occidentale (Dykstra 2010). Maggiore riscontro è stato ottenuto dall'ipotesi cosiddetta "complementaria", secondo cui i *welfare state* generosi offrono alle famiglie la possibilità di redistribuire le risorse e di offrire il tipo di supporto che sono meglio attrezzate a dare (Haberkern & Syzdlík, 2010; Kohli, Kunemund, Motel, & Syzdlík, 2000; Lowenstein & Daatland, 2006; Motel-Klingebiel, Tesch-Roemer, & Von Kondratowitz, 2005).

Una strategia efficace per organizzare il sostegno economico e non solo è la co-residenzialità intergenerazionale, vale a dire la coabitazione sotto lo stesso tetto di soggetti adulti e dei loro genitori anziani o molto anziani. Essa è tuttavia diffusa in modo disomogeneo nei vari Paesi europei, in ragione delle differenze storiche, culturali, sociopolitiche (Billari, 2004; Hank, 2007; Saraceno, 2008; Tomassini, Glaser, Wolf, Broese van Groenou, & Grundy, 2004) che caratterizzano ciascuna nazione. Ad esempio, la coabitazione di genitori anziani e figli adulti è scarsamente praticata nel contesto scandinavo e in Olanda; mentre è piuttosto diffusa nei Paesi mediterranei e nell'Europa Sud-orientale.

Anche gli obblighi familiari, intesi come generiche aspettative circa le responsabilità reciproche dei membri di una famiglia (Finch & Mason, 1990), per la loro componente culturale e normativa e per il livello di condivisione sociale (Daatland & Herlofson, 2003; Finley, Roberts, & Banahan, 1988; Gans & Silverstein, 2006), possono essere considerati predittori di comportamenti di aiuto tra familiari. Uno studio condotto negli Stati Uniti su genitori anziani che condividono un forte orientamento al supporto intergenerazionale ha messo in luce che questi soggetti mettono maggiormente in pratica forme di sostegno (economico e pratico) verso i figli rispetto a coloro che non condividono questa visione (Lee, Netzer, & Coward, 1994). Un'altra ricerca statunitense ha mostrato che i giovani adulti che si sentono responsabili per il benessere dei propri genitori hanno fornito loro più supporto pratico dei giovani adulti con un minor senso di responsabilità (Stein, Wemmerus, Ward, Gaines, Freiburg, & Jewell, 1998). Un analogo lavoro condotto in Olanda ha mostrato che maggiore era il sentimento di supporto reciproco avvertito tra genitori e figli, maggiore era l'effettivo aiuto ricevuto dai genitori (Klein Ikkink, Van Tilburg, & Knipscheer, 1999).

In questo senso gli obblighi familiari possono essere interpretati come fonte di informazioni per i *policy makers* (Van Bavel, Dykstra, Wijckmans, & Liefbroer, 2010; Knijn - Komter 2004).

Come già evidenziato da Rossi e Meda (2010), la cura tra le generazioni non è un compito solo familiare. Questa modalità di legame può espandersi nel tessuto sociale, quando il valore del legame intergenerazionale e la sua attuazione vengono assunti come compito dall'intero sistema societario. Ciò consente di attualizzare la solidarietà tra le generazioni senza la quale il sistema societario stesso non potrebbero esistere. La cura tra le generazioni va, quindi, sostenuta e non



solo utilizzata o peggio consumata. Pensare per relazioni inter-generazionali significa, infatti, riflettere sulla giustizia e l'equità tra le generazioni e la distribuzione del benessere entro una società (Cohen *et al.*, 1993; Donati, 2003). In questo senso le politiche sociali possono essere uno strumento perché la cura tra le generazioni divenga una responsabilità societaria.

#### **2.4. LE RISPOSTE AI BISOGNI DEGLI ANZIANI E DELLE LORO FAMIGLIE IN EUROPA**

In tutta Europa, la cura agli anziani oscilla tra i due poli opposti della *formal* e *informal care*. A lungo i *policy makers* hanno trascurato o dato per scontato il lavoro di cura non retribuito a favore degli anziani non autosufficienti prestato da parenti, amici e vicini di casa, vale a dire tutte quelle attività assistenziali che ricadono sotto la denominazione *informal care*. Tuttavia, come ricordano Hoffmann e Rodrigues (2010), una parte del lavoro di cura informale è necessaria a supplire i vuoti dei servizi assistenziali formali o a vicariarli in certe fasi critiche di transizione, per esempio a seguito di dimissioni ospedaliere. In questo senso, la cura prestata da familiari e amici è sovente l'unica via percorribile di fronte all'indisponibilità di altri servizi.

Nonostante il recente dibattito sulla sostenibilità fiscale dell'assistenza continuativa e la crescita di consapevolezza e richieste da parte di movimenti di *caregiver* in molti Paesi (per es. in UK), ancora si sa poco dell'*informal care*, proprio per l'intrinseca informalità del fenomeno che lo porta a ricadere nei comportamenti privati delle famiglie, sottraendolo all'occhio di esperti e ricercatori (Viitanen 2007).

Un altro aspetto che contraddistingue lo scenario europeo e che Saraceno (2010) ha efficacemente delineato è l'esistenza di tre configurazioni normative e di *policy* che contribuiscono a comprendere il supporto istituzionale alla cura tra le generazioni:

- A. Il modello familista *tout court*, che non contempla alternative pubbliche alla cura familiare e al supporto economico;
- B. Il modello del cosiddetto "familismo supportato", in cui le politiche, spesso attraverso erogazioni monetarie, aiutano le famiglie a fare fronte alle loro responsabilità di cura ed economiche;
- C. Il modello della de-familiarizzazione, nel quale risposte parziali ai bisogni vengono dal pubblico attraverso servizi, criteri di reddito minimo etc.

Il quadro normativo e le politiche sociali non sono mai neutri, essi esprimono piuttosto la cultura delle istituzioni in merito a determinati temi di rilevanza sociale. Questo vuol dire che normative e politiche più o meno "amiche" delle famiglie esprimono un orientamento culturale e valoriale specifico e avranno ripercussioni sui ruoli familiari (per tutto ciò che attiene alla cura tra le generazioni) e sulla scelta di fare fronte agli obblighi familiari (Leira 2002). In questo senso, la questione dell'assistenza agli anziani e della cura tra le generazioni non può prescindere dall'inquadramento all'interno di un contesto di *policies* più ampio e complesso, che consideri il ruolo della donna nel mondo del lavoro e la conciliazione tra famiglia e lavoro, i congedi parentali per gli uomini, le misure e i servizi di *childcare* e così via (EC 2008; Rostgaard – Fridberg 1998).

Per quanto riguarda scelte strategiche e politiche sociali specifiche per l'invecchiamento, va rilevato che nessun Paese europeo ha messo a punto una *policy* a livello nazionale, coerente e universale, per l'assistenza continuativa agli anziani (Leichsenring 2009). È però facile rinvenire politiche regionali o addirittura locali, inerenti specifici aspetti della cura, quali i finanziamenti; la prevenzione; l'integrazione fra servizi; la *governance* dei servizi e così via (Walker – Naegele 2009; Walker – Naegele 1999).

Per quanto riguarda invece l'offerta di servizi, al momento attuale, i vari Paesi europei si trovano a differenti livelli di sviluppo degli interventi, delle prestazioni e della spesa per la cura agli anziani (Leichsenring 2009). Ciononostante, in termini generali, l'intera Europa si caratterizza per la disponibilità di un ampio spettro di interventi (Jamieson 1991a) e la previsione per i prossimi 40 anni è quella di un incremento della domanda (e di conseguenza della spesa).

Le tipologie di servizi a disposizione di anziani e famiglie sono analoghe per tutti i Paesi del Vecchio continente, nonostante nei Paesi nordici quasi un terzo della spesa di *welfare* sia destinata al finanziamento dei servizi e negli altri Paesi prevalgano prestazioni in denaro. Studi comparativi hanno messo in luce che le principali differenze riguardano la disponibilità e la maggiore o minore diffusione di una tipologia di servizi piuttosto che altri (Hugman 1994). Per quanto riguarda l'intensità della cura e la qualità di vita, è necessario considerare le differenze interne a ciascun Paese. A determinarle, tra le altre cose, concorrono anche le specifiche tradizioni e i sistemi di *welfare*, l'etica della famiglia propria di ciascun Paese e la diversa partecipazione delle donne al mercato del lavoro. In questo contesto, l'UE gioca un ruolo intermedio, in quanto servizi sociali e sanitari rappresentano esclusivo appannaggio dei singoli Stati membri, anche se cresce l'interesse dell'EU verso il settore della *long-term care* come ambito di crescita occupazionale (Leichsenring 2009; Viitanen 2007).

Questo settore (*long-term care*) è fortemente dipendente dalla partecipazione delle famiglie e dal ruolo giocato dalle donne come *caregiver* principali. Questo fatto invita esperti e *policy makers* a porsi in maniera critica nei confronti delle modalità di supporto all'assunzione di responsabilità familiari di cura, prestando particolare attenzione a come tali modalità vengono distribuite tra la famiglia e la collettività. In questo senso è necessario un approccio di *policy making* multidimensionale e relazionale che tenga conto di come l'offerta (o la mancanza) di misure a sostegno della famiglia possono generare differenze di opportunità per gli anziani o i giovani, le donne o gli uomini. Le politiche nazionali dovrebbero supportare forme di cura intergenerazionali senza creare o replicare disuguaglianze di genere o di classe. Un dibattito molto acceso al momento attuale riguarda per esempio l'erogazione di aiuti monetari alle famiglie al posto di servizi. Le famiglie possono decidere se utilizzare tali contributi economici per l'acquisto di prestazioni o per contribuire al *budget* familiare, occupandosi direttamente della cura senza ricorrere all'aiuto di prestazioni o personale più o meno specializzato. Questa seconda opzione, maggiormente diffusa tra soggetti della *working class*, presuppone che un membro della famiglia lasci il lavoro per dedicarsi alla cura dell'anziano. Considerando che spesso il *caregiver* familiare è donna, sono evidenti gli scenari di rischio che si aprono per questa fascia di popolazione in termini di partecipazione al mercato del lavoro e di prospettive future per il loro stesso invecchiamento. La tensione tra un modello culturale di *male breadwinner* che ancora caratterizza molti mercati del lavoro europei, l'organizzazione di *paid/unpaid work* e la presenza delle donne nel mercato del lavoro è sovente fonte di stress che si traduce in calo della fertilità, instabilità coniugale, conflitti intrafamiliari e *burn out* psicologico. È evidente che l'intreccio dei problemi e delle tematiche di rilevanza sociale è tale da richiedere un approccio adeguato e risposte in ottica di complessità. Politiche adeguate dovrebbero tentare di coinvolgere maggiormente gli uomini nelle responsabilità assistenziali verso i membri della famiglia, proprio in quanto la famiglia vive di relazioni tra i generi e le generazioni e fa della cura il suo specifico.

Al tempo stesso, misure adeguate dovrebbero essere messe a punto a sostegno dei *caregiver* familiari, vale a dire di tutte quelle persone che all'interno delle famiglie scelgono di occuparsi di un parente vulnerabile. I rischi a cui sono esposti sono infatti molteplici: dall'isolamento sociale al *burn out*, dalla difficoltà di accesso a sistemi di informazione e orientamento adeguati alla mancata presa in carico da parte di organismi e istituzioni competenti. Tutte queste difficoltà possono esitare in forme di disagio intrafamiliare, che spesso portano a disattendere i compiti di cura quando addirittura non generano vere e proprie forme di maltrattamento e abuso.

Un ulteriore aspetto del dibattito, fin qui rimasto sullo sfondo, è relativo agli attori societari, che – a vario titolo – accanto alle famiglie (e allo Stato) giocano un ruolo nell'assistenza agli anziani, e cioè mercato e Terzo Settore. Compiti specifici, competenze e ruoli differiscono da Paese a Paese e dipendono dai vari sistemi di *welfare* in vigore nelle diverse zone.

Quando si parla di assistenza agli anziani e ci si addentra maggiormente nello specifico delle tipologie esistenti è poi necessario tenere in conto la possibilità di una tipologizzazione sulla base del *focus* della cura. Come si anticipava poc'anzi, in Europa sono presenti alcune tipologie di

intervento a favore degli anziani (e in particolar modo per quelli con compromissione parziale o totale dell'autosufficienza) analoghe e ricorrenti, di cui si darà brevemente conto in seguito (non saranno trattati i sostegni economici e finanziari, ma ci si soffermerà sui servizi *tout court*).

Il criterio di tipologizzazione utilizzato è relativo al focus della cura, vale a dire la collocazione lungo un *continuum* immaginario che va dalla casa come luogo d'elezione per l'assistenza alla residenza protetta, passando per forme intermedie di assistenza diurna o temporanea e esperienze di coinvolgimento di reti comunitarie o di prossimità.

Un altro criterio sovente rinvenuto in letteratura e che qui viene utilizzato in maniera trasversale, è relativo all'intensità della cura (da un massimo a un minimo), che varia in base ai bisogni sociali e sanitari dell'anziano e all'offerta. Tendenzialmente l'intensità della cura è inversamente proporzionale alla focalizzazione sulla casa, quindi i servizi domiciliari sono quelli – tendenzialmente – a minore intensità, mentre i ricoveri in strutture protette sono quelli contraddistinti da una maggiore intensità di cura.

#### A. Servizi di cura domiciliari

Per servizi domiciliari comunemente si intendono tutte quelle misure che non prevedono lo spostamento dell'anziano dal proprio domicilio. Molti studi hanno individuato la casa come luogo preferito per le cure (Samaroo 1995; Porter 2004) sia sotto l'aspetto economico, sia per la possibilità di rispondere ai desideri dell'anziano, migliorando la sua qualità di vita attraverso il permanere nell'ambiente domestico. La casa, infatti, rappresenta: «il luogo dove la maggior parte delle persone sente di essere più spontanea, sincera, al centro della propria esistenza, padrona dei più intimi rapporti e partecipe delle più profonde emozioni» (Ruddick 1994) e ad essa viene riconosciuta una funzione attiva nel consentire al soggetto anziano e/o malato di recuperare le proprie capacità residue o almeno di mantenere la salute e l'autonomia relative.

L'assistenza domiciliare è presente in varie forme nella maggior parte dei paesi EC e scandinavi e in alcune zone dell'Europa orientale (Hugman 1994; Daatland 1992). In alcuni Paesi del sud (Grecia, Spagna e Portogallo) e dell'est Europa (Ungheria e Polonia) pratiche di *home care* si sono imposte a partire dagli anni '90.

Quello domiciliare è in realtà più un approccio che una tipologia specifica di intervento, che spesso implica assistenza sociale e sanitaria integrate. Sotto questa denominazione spesso ricadono interventi "leggeri" come il supporto domestico, la consegna di pasti a domicilio, la cura della persona, l'assistenza medico-infermieristica a casa del paziente anziano e così via. Esistono però forme di *home care* caratterizzate da una maggiore intensità della cura, quali l'ospedalizzazione a domicilio che spesso comporta la medicalizzazione dello spazio domestico mediante l'introduzione di macchinari sanitari e presidi e la presenza più o meno costante nell'arco delle 24 ore di personale professionale sanitario. *L'ospedale a domicilio* è un modello assistenziale nato in Francia agli inizi degli anni '60 del secolo appena trascorso e da allora diffusosi in molti altri paesi (Rossi, Bramanti, Meda 2007). Consiste in un intervento particolarmente qualificato in termini sanitari come forma alternativa al ricovero in ambito ospedaliero per utenti anziani, malati, cronici e terminali; esso inoltre costituisce una forma di supporto alle dimissioni ospedaliere precoci. In Gran Bretagna, in particolare, l'ospedale a domicilio è principalmente legato a cure di tipo infermieristico. Generalmente i due termini, *home care* e *hospital at home*, vengono usati come sinonimi, ma di fatto designano concetti differenti: "l'obiettivo dell'*hospital at home* è prevalentemente quello di tagliare i costi, riducendo il numero dei ricoveri e il periodo di degenza. Obiettivo solo in parte sovrapponibile a quello dell'*home care* [...], dove – anche se in certi casi si può ottenere una riduzione dei costi – lo scopo precipuo è quello di migliorare la qualità di vita dei malati" [Di Mola, Ventafridda 2000, p. 209]<sup>93</sup>. L'ospedale a

---

<sup>93</sup> Va tenuto presente che "la tendenza sempre più diffusa a medicalizzare l'ambiente domestico può provocare una fastidiosa contaminazione della sfera privata, per l'intrusione di personale di cura, di presidi sanitari e dell'obbligo di rispettare gli orari. Non va però dimenticato che solo raramente la cura

domicilio sembra quindi collocarsi in una dimensione più strumentale (riduzione dei costi, far fronte alla mancanza di posti letto in ospedale) che relazionale. Questo apre a numerosi interrogativi anche dal punto di vista strettamente economico (consente realmente di ridurre i costi?), oltre che di valutazione dell'adeguatezza degli standard assistenziali (l'*outcome* è davvero migliore rispetto al ricovero in struttura?)<sup>94</sup>.

L'assistenza domiciliare è soggetta a differenze specifiche per ciascun Paese sia in termini di diffusione sia in termini di caratteristiche specifiche dei servizi: nei Paesi nordici, per esempio, la percentuale di over65enni che beneficiano di servizi domiciliari è del 20%, percentuale che scende al 10-12% in Francia e Austria e al 2-5% nei Paesi che si affacciano sul Mediterraneo.

I servizi domiciliari necessitano della presenza di una rete familiare convivente con l'assistito, che svolga funzione di cura e di coordinamento delle varie risorse attivate. Questo spesso implica per le famiglie un forte carico di lavoro e di stress emotivo, esponendole al rischio di *burn out*. Per questo motivo, a sostegno delle famiglie che scelgono di attivare forme di *home care* vengono sovente realizzati interventi di supporto quali gruppi di auto-mutuo-aiuto; forme di training e corsi di formazione etc.

Analogamente, nei casi in cui l'anziano sia solo e impossibilitato ad attivare e gestire forme di cura domiciliare, vengono attivate modalità vicarie delle figure di riferimento familiare.

Che la famiglia rivesta il ruolo di *caregiver* primario nell'assistenza domiciliare è un fatto ormai riconosciuto da più parti. In Germania questo ruolo è perfino previsto dalla legge. Altri Paesi dell'Europa occidentale hanno introdotto schemi assicurativi che compensano i *caregiver* per il lavoro che svolgono. Per esempio, la Finlandia, la Francia e la Svezia guardano all'assistenza sanitaria informale come a un lavoro e sono disposti a pagare per questo. Sebbene la maggior parte dei Paesi non sia favorevole a erogare *cash benefits* ai familiari che si occupano di disabili o anziani non autosufficienti, la Germania è stato uno dei pochi Paesi a introdurre un programma assicurativo per la *long term care* specificatamente pensati per le fasce di popolazione che necessitano di assistenza sanitaria, attraverso i quali erogare prestazioni socio-sanitarie sia in regime di residenzialità sia al domicilio.

### B. Day care

Un'altra tipologia di intervento di tipo intermedio, cioè che non può essere assimilata né all'assistenza domiciliare né all'istituzionalizzazione, è la *day care*, che in tutta Europa prende la forma tipica del Centro Diurno (o *social centre*). In alcuni Paesi, quali Danimarca, Francia, Italia e UK, gli ospedali offrono servizi di *day hospital (hospital care on day basis)*, soprattutto nell'ambito della riabilitazione (Collins 1989). La Grecia, a partire dagli anni '80, ha avviato un progetto di integrazione socio-sanitaria nei centri diurni (KAPI) (Teperoglou et al. 1990; Minev et al. 1990).

Le forme di assistenza diurna si caratterizzano tipicamente come interventi a bassa o media intensità.

I centri diurni possono essere organizzati e gestiti secondo modalità proprie e metodologie di intervento specifiche. Per evitare la creazione di veri e propri "ghetti" per anziani, in Italia, ma anche in altri Paesi, si assiste al proliferare di attività di apertura dei centri alla comunità, spesso attivando esperienze di scambio intergenerazionale, che coinvolgono i bambini delle scuole e i

---

a domicilio è organizzata come un complesso unico, che sia coerente con i criteri di efficienza" [Aavv 1994, citato in Di Mola, Ventafridda, 2000, p. 207]. Per una rassegna sul tema fare riferimento a: Lovati A. e Lovati M., Cura e assistenza a domicilio dei malati di cancro in fase terminale, *Servizi Sociali*, 1993, 5, pp. 63-69. Bindi M., Todini M., La Cava C., Bracciali M.G., Zeitler G., Dominici M. e Tucci E., Volontariato e professionalità: l'assistenza domiciliare oncologica quale superamento della ospedalizzazione domiciliare e dell'assistenza domiciliare integrata, *Difesa Sociale*, 1995, 3, pp. 103-109.

<sup>94</sup> Cfr. il recente studio "*Hospital-at-home concept does not save money or improve outcomes, study finds*" all'indirizzo internet [www.medicalnewstoday.com](http://www.medicalnewstoday.com)

soggetti più giovani della comunità locale (anche in veste di volontari) (Lui, Everingham, Warburton, Cuthill, Bartlett 2009).

### *C. Respite care e ricoveri temporanei*

*Respite care* e ricoveri temporanei sono forme di assistenza residenziale a breve termine per gli anziani pensate per far fronte a una fase di acuzie o di riabilitazione o per sostituire temporaneamente i *caregiver* familiari dell'anziano consentendo un loro alleggerimento momentaneo rispetto al compito di cura. Sono tipicamente servizi che integrano la dimensione sociale e quella sanitaria e possono essere utilizzati in condizioni di emergenza o in modo più pianificato. Sono considerati servizi a bassa o media intensità di cura.

Tra i servizi di *respite* è possibile collocare anche tutte le esperienze locali di *ospedali di comunità*. Questi sono dei servizi integrativi e sostitutivi delle cure domiciliari gestiti dai medici di medicina generale e diffusi, in Italia, prevalentemente in contesti montani o rurali. Nascono sulla scia della tradizione anglosassone e nel segno del recupero di piccole unità di cura territoriali molto diffuse in passato nelle nostre comunità rurali. Vi si ricorre quando il paziente non è più gestibile al domicilio per il complessificarsi delle sue condizioni sanitarie e in questo senso è un servizio che sostituisce la casa. Al tempo stesso consente di poter continuare a vivere nel territorio di appartenenza (comunità) senza doversene allontanare per un ricovero ospedaliero. Gli ospedali di comunità spesso segnano una tappa intermedia tra le dimissioni ospedaliere e l'assistenza domiciliare o l'istituzionalizzazione. Accolgono differenti tipologie di pazienti, non solo anziani, e in genere non è possibile protrarre l'assistenza oltre un certo periodo di tempo. L'azione che vi si svolge è mirata al paziente e sintonizzata sulla centralità della persona. In genere si assiste a un rapporto diretto e attivo tra l'utente e l'ospedale e si lavora in sinergia con la famiglia, il terzo settore, le organizzazioni di volontariato e i singoli che offrono attività prosociali.

Tra i servizi di *respite/ricovero temporaneo* Hugman (1994) annovera anche le varie forme di affido domiciliare di un anziano a soggetti (tipicamente retribuiti) che non appartengono al nucleo familiare. È il caso dell'*accueil familial* in Francia e dei servizi di affido degli anziani sperimentati da alcuni Comuni virtuosi italiani (Rossi, Bramanti, Meda 2007), che prevedono per persone di età avanzata in condizioni di difficoltà e solitudine un vero e proprio affido residenziale presso una famiglia di volontari. Questo tipo di intervento è in realtà piuttosto residuale in termini percentuali, in quanto gli anziani preferiscono rimanere a casa propria, nel proprio contesto abitativo e di vita, piuttosto che spostarsi presso il domicilio della famiglia affidataria. Per questo motivo, per venire comunque incontro alle necessità di cura di un numero sempre crescente di anziani in difficoltà, negli ultimi anni si sono diffuse sempre più forme di affidamento «diurno», che non implica il dislocamento presso la dimora della famiglia affidataria, ma consente all'anziano di rimanere a casa propria con la garanzia di un supporto quotidiano offerto da uno o più volontari che si recano presso il domicilio dell'anziano stesso. In Francia, dove l'*accueil familial* è nato, la situazione è differente. Si ha un *accueil familial* ([www.famidac.net](http://www.famidac.net)) quando una persona non autosufficiente (un adulto disabile o un anziano) viene nutrito, alloggiato e accudito quotidianamente al domicilio di un affidatario familiare concordato (che percepisce un salario, un affitto e un rimborso spese) e che si impegna alla presa in carico materiale, relazionale e morale dell'affidato<sup>95</sup>. Questa forma di affido prevede un periodo di formazione per le famiglie e un continuo monitoraggio da parte di personale tecnico qualificato.

---

<sup>95</sup> L'*accueil familial*, normato dal *Code de l'Action Sociale et des Familles* (articoli da L441-1 a L443-12 Legge n° 89-475 del 10 luglio 1989, modificata dalla Legge n° 2002-73 del 17 gennaio 2002, articolo 51), può essere permanente o temporaneo, a tempo pieno o parziale, in contesti urbani o non, in camere individuali o in soluzioni indipendenti. L'*accueil familial* è essenzialmente di due tipi: sociale o terapeutico. Il primo consiste in una formula di tipo alberghiero, in cui l'affidatario garantisce una presenza costante e si impegna ad accettare le visite di controllo e le cure medico-sociali della persona in affido, assicurate dai servizi del Consiglio Generale.

Una tipologia di servizi al confine tra la domiciliarità, il *respite* e l'intervento di comunità riguarda gli *alloggi protetti*, che rappresentano il tentativo di ricreare ambienti domestici sostitutivi. Spesso queste esperienze sono liminali rispetto agli interventi *community oriented* in quanto presuppongono un forte coinvolgimento della comunità locale (intesa come intreccio sinergico di istituzioni, attori di mercato, terzo settore e famiglie) che si trova a svolgere funzioni integrate di controllo e assistenza.

Un'ulteriore forma di servizi di *respite* è quella degli Alzheimer Café, nati per affiancare quei familiari di persone affetta da morbo di Alzheimer che si dedicano alla cura dell'anziano senza ricorrere alla sua istituzionalizzazione. Il primo Alzheimer Café nacque il 15 settembre 1997 a Leida, Olanda, da un progetto dello psicogeriatra olandese Bere Miesen. Dopo Inghilterra, Germania, Belgio, Grecia e Australia solo di recente l'idea è approdata anche in Italia, ma sta conoscendo una diffusione molto rapida e capillare, perché a fronte della mancanza di risposte farmacologiche efficaci alla malattia di Alzheimer da parte della ricerca biomedica diviene sempre più necessario rafforzare gli interventi, le cure e le terapie psicosociali. Uno di questi strumenti è proprio l'Alzheimer Café, dove malati, familiari, assistenti e volontari possono incontrarsi, bere un caffè insieme e, sotto la guida di un esperto, ricevere informazioni e scambiarsi esperienze. Gli Alzheimer Café, nonostante le differenze specifiche dei Paesi e dei *milieux* all'interno dei quali vengo realizzati, hanno caratteristiche analoghe: sono ambienti caratterizzati da un'atmosfera rilassata, in cui tra persone coinvolte nello stesso problema possono incontrarsi e confrontarsi, aiutandosi l'un l'altro a uscire dal tabù, dallo stigma e dall'imbarazzo che spesso circonda la malattia. Ma non sono solo i familiari a incontrarsi, sono le stesse persone affetta da Alzheimer che - all'interno dei Café - possono entrare in contatto con persone di cui si fidano, perché sono in grado di capire il loro problema o perché si trovano nella medesima situazione. Se quindi per il familiare è importante parlare con persone competenti da cui ricevere indicazioni su come comportarsi, sulle possibili forme di assistenza e sul significato della malattia, l'esperienza dei Café Alzheimer non si risolve tuttavia nella modalità del mutuo aiuto o della formazione ai *caregiver* familiari, ma agisce sul duplice fronte del sostegno a chi cura e della cura per l'anziano, che viene cotestualmente implicato e coinvolto in attività animative e occupazionali che gli consentono di mantenere il più a lungo possibile le *skills* cognitive, anamnestiche e prestazionali. Miesen, in origine, indicò tre obiettivi per gli Alzheimer Caffè: primo, informare sugli aspetti medici e psicosociali della demenza; secondo, sottolineare l'importanza di parlare apertamente dei propri problemi; terzo, prevenire l'isolamento dei malati e dei loro familiari.

La diffusione dei Café Alzheimer testimonia di una certa efficacia nell'affrontare il problema dei malati e delle famiglie. Hanno il vantaggio di non richiedere grossi costi di gestione e quindi di non gravare eccessivamente sugli utenti. Inoltre, è pensabile che gli Alzheimer Café avranno crescenti possibilità di successo non solo se funzioneranno bene, ma anche se saranno facilmente raggiungibili, perché non bisogna dimenticare che i malati e le loro famiglie possono avere problemi di logistica e di trasporto.

#### *D. Assistenza continuativa (long-term care) residenziale*

Da ultimo, tutti i Paesi europei, inclusi quelli scandinavi, presentano forme di assistenza continuativa residenziale per soggetti anziani non autosufficienti (Daatland 1992), articolati tra ricoveri di lungo termine in ospedale, residenze sanitarie e case di riposo. Ciò che accomuna queste realtà è l'elevato livello di cura diretta, la gestione quasi completa della vita degli ospiti da parte di professionisti e il fatto che la struttura diventi la residenza dell'anziano.

La differenza in Europa nelle varie configurazioni assistenziali/prestazionali a favore degli anziani si riflette nei dati che riguardano i servizi e le strutture di *long-term care*: in Svezia e nei Paesi Bassi, per esempio, oltre il 7% degli anziani che vengono curati a lungo termine usufruiscono di strutture residenziali, mentre in Italia e Irlanda la stima è inferiore al 2%. Al tempo stesso però va notato che in Svezia gli ospiti delle strutture residenziali hanno diritto a una stanza singola o a un

appartamento (alloggio protetto) personale, mentre negli altri Paesi il numero di ospiti per stanza varia da 1.4 in Germania e Regno Unito a 2 (Paesi Bassi) e più (OECD 2005).

Anche nelle strutture residenziali di cura agli anziani si registra, in Europa, un certo sbilanciamento a favore della dimensione sanitaria piuttosto che assistenziale. Per esempio, in Irlanda, i centri sono per definizione "sociali", ma questo non ostacola la presenza massiccia di personale sanitario. Secondo Hugman (1994), in Germania, Italia, Spagna e Gran Bretagna c'è una sostanziale distinzione tra i centri residenziali a maggior intensità sanitaria e quelli più spostati sull'assistenza alla persona. È evidente, tuttavia, che alla luce dei bisogni complessi della popolazione anziana è difficile tracciare una netta linea di demarcazione tra la componente sanitaria e quella socio assistenziale dei servizi.

## **2.5. INVECCHIAMENTO, FAMIGLIA E CURA IN EUROPA: LE GRANDI QUESTIONI APERTE**

È sempre più evidente che i recenti fenomeni demografici e i cambiamenti sociali e societari impongono una riflessione sulla relazione tra l'invecchiamento della popolazione, le strutture e i legami familiari e la cura, cercando di individuare non solo le modalità assistenziali più adeguate, ma identificando al contempo gli agenti di cura più indicati e le modalità di supporto agli stessi, il tutto non perdendo di vista la questione economica.

Infatti, l'aumento del numero di anziani, che continueranno a crescere anche nei prossimi anni, farà incrementare la domanda di assistenza sociale e sanitaria, in particolare per quanto riguarda la *long term care*, e lievitare i relativi costi. Secondo (Leichsenring 2009) l'aumento della spesa per il settore di *long-term care* dipenderà comunque meno dallo sviluppo demografico e dallo stato di salute, e maggiormente dallo sviluppo di servizi e dal numero di persone che potranno usufruire di servizi pubblici (OECD 2005). L'interrogativo che esperti e *policy makers* si pongono è se aumentare l'offerta assistenziale medico-sanitaria e i relativi costi per venire incontro alla domanda in crescita e fino a che punto lo stato dovrebbe sussidiare questi costi. In altri termini, è necessario trovare modalità di contenimento della rapida crescita dei costi associati all'assistenza medico-sanitaria? (Teitelbaum 2000). Per limitare e controllare la spesa sanitaria sono state pensate diverse misure. Ad esempio, in Germania e Olanda fino a poco tempo fa era previsto il rimborso per le spese mediche. Al contempo, tariffe forfettarie (*flat*) venivano pagate per medicinali o ricoveri ospedalieri (Höhn, 2000).

Accanto alla questione economica, si impone la necessità di riflettere su alcuni nodi ancora problematici nell'assistenza agli anziani. Essi riguardano le modalità di cura e gli agenti di tale cura: quali sono le pratiche migliori di intervento, quelle maggiormente rispettose dell'anziano nella sua dignità di persona avente diritti e inserita in una rete più o meno fitta di relazioni sociali, familiari e comunitarie? Quali di queste pratiche possono dirsi eccellenti per l'efficacia e l'efficienza, per il numero di persone che riescono a intercettare, per la replicabilità, per le modalità di governance che vengono attuate, per l'ottimizzazione dei costi e delle risorse? E all'interno di quali configurazioni di *welfare* e di *policy* sono collocabili? Come sostengono i *caregiver* familiari e la solidarietà tra le generazioni? Tutti questi sono interrogativi ancora aperti a cui ricercatori e *policy maker* cercando di dare risposte, nell'interesse dei singoli individui coinvolti, delle famiglie e della società nel suo complesso.

### 3. UNO SGUARDO D'INSIEME: I TREND STATISTICI, INDICATORI DI BENESSERE E DI CURA DELLE FAMIGLIE CON ANZIANI NON AUTOSUFFICIENTI IN LOMBARDIA, LIGURIA E SICILIA

*di Matteo Moscatelli*

#### 3.1. ALCUNI DATI SULLE FAMIGLIE CON ANZIANI IN ITALIA

L'invecchiamento progressivo della popolazione è un fenomeno che sta interessando sempre di più i paesi occidentali. I dati Eurostat del 2003 registrano in Europa oltre 74 milioni di anziani, corrispondenti al 16,3% dell'intera popolazione europea, di questi circa la metà è concentrata fra Germania, Italia e Francia. L'Italia ha il numero maggiore di anziani residenti in Europa, con un'incidenza del 19%; percentuale maggiore rispetto agli altri paesi al vertice della "classifica": la Germania (17,5%), la Grecia (17,5%), la Svezia (17,2%) ed il Belgio (17%). Le proiezioni demografiche dell'Unione Europea mostrano che a fronte di una piccola riduzione della popolazione europea complessiva si assisterà ad un consistente incremento della popolazione anziana, che, in cinquanta anni, dovrebbe aumentare da 74 a 127 milioni, inoltre la quota di ultraottantenni salirà a 38 milioni nel 2050 (Irs, 2006).

Una notevole riduzione della popolazione complessiva è prevista anche in Italia per i prossimi decenni (di circa 5 milioni nel 2050), in concomitanza con un aumento considerevole dell'incidenza della popolazione anziana sul totale<sup>96</sup>, con particolari differenziazioni regionali, perché le Regioni settentrionali hanno tassi di fecondità più bassi, una maggiore speranza di vita alla nascita ed una più alta percentuale di anziani<sup>97</sup> (Istat, 2006). Questi numeri considerevoli hanno un riscontro nella composizione delle famiglie: nel 2010 le famiglie italiane con un anziano e più sono oltre 1/3 del totale (il 36,5%), molte di più di quelle con minori che raggiungono "solo" il 28%. Le famiglie con almeno un anziano over 75 sono il 19,2%. Ci sono molte famiglie composte solamente da persone anziane (il 23,1%) e da over 75 (l'11,7%) (Istat, 2010) (Tabella 3-1).

Le Regioni su cui si concentra questo rapporto presentano alcune differenziazioni importanti: mentre la Lombardia ha percentuali leggermente inferiori di famiglie con anziani rispetto ai dati complessivi nazionali, come già anticipato anche per via dei flussi migratori, la Liguria ha un numero molto alto di famiglie con almeno un anziano (oltre il 40%) e di famiglie con soli anziani over 65, che sono il 30% circa. Le famiglie Siciliane di anziani invece sono allineate con le percentuali e le proporzioni nazionali: il 23% circa delle famiglie Siciliane sono nuclei con soli membri ultrasessantacinquenni e il 12% circa con soli componenti di età oltre i 75 anni.

---

<sup>96</sup> Nel 2001 in Italia il numero di ultra65enni ammontava a circa 10 milioni e mezzo di persone, il 18% della popolazione italiana, con 4 milioni e mezzo di over 75, nel 2006 si arrivò a circa 11 milioni e mezzo di persone, nel 2050 si stima che la popolazione over 65 potrebbe raggiungere un'incidenza complessiva stimata al 34,4% (tra i 15 e 17 milioni di anziani). (Istat, 2006).

<sup>97</sup> In Sicilia nel 2001 gli anziani erano oltre 820 mila, in Liguria oltre 400 mila, in Lombardia oltre 1 milione e 580 mila. La Lombardia ha un'incidenza della popolazione anziana pari al 18,6% leggermente inferiore alla media dell'Italia settentrionale (19,4%) e ciò è dovuto al fenomeno migratorio più sviluppato (Istat, 2006).



Tabella 3-1- Famiglie con anziani nelle regioni (media 2008-2009) per 100 famiglie

Regioni	Con almeno un anziano (65 anni e più)	Con almeno un anziano 75 anni e più	Con tutti anziani 65 anni e più	Con tutti anziani 75 anni e più
Piemonte	37,3	19,2	26,0	12,2
Valle d'Aosta	33,3	15,4	23,4	10,9
Lombardia	34,5	17,1	22,3	10,8
Trentino-Alto Adige	32,0	15,6	21,4	9,8
Veneto	35,2	18,4	21,0	10,5
Friuli	38,9	20,0	25,6	11,5
Liguria	41,9	23,6	30,5	15,6
Emilia-Romagna	37,4	19,2	24,8	11,9
Toscana	40,4	23,2	24,5	13,0
Umbria	41,0	23,8	26,1	14,1
Marche	40,3	22,4	23,4	12,0
Lazio	35,4	17,8	22,9	11,4
Abruzzo	39,6	22,6	23,4	13,0
Molise	41,7	25,2	26,6	16,1
Campania	34,0	18,3	19,3	10,8
Puglia	35,6	18,7	23,1	12,2
Basilicata	38,9	21,5	24,8	14,4
Calabria	37,2	19,2	22,4	12,3
Sicilia	36,7	20,2	23,0	12,5
Sardegna	35,7	17,3	20,2	9,9
<b>Italia</b>	<b>36,5</b>	<b>19,2</b>	<b>23,1</b>	<b>11,7</b>

Fonte: indagine multiscopo "aspetti della vita quotidiana"- Media 2008-2009

Come è noto l'incidenza della disabilità motoria e dei deficit cognitivi rendono molti degli anziani presenti in queste famiglie non autosufficienti, gravando gli altri componenti della famiglia di compiti di cura sempre più difficili da sostenere, tali da rendere necessari particolari cure e servizi socio-assistenziali (ciò verrà trattato nei paragrafi successivi).

L'indagine Multiscopo sulle "Condizioni di salute e ricorso ai servizi sanitari" 2004-2005 stima che in Italia ci siano circa 2 milioni e 200 mila anziani che riportano una condizione di totale mancanza di autosufficienza per almeno una delle funzioni essenziali della vita quotidiana, pari al 18,5% della popolazione ultra sessantacinquenne. Un'altra stima più restrittiva della non autosufficienza<sup>98</sup> calcolata dall'Agenzia per i Servizi Sanitari Regionali identifica l'area della disabilità tra gli anziani come una caratteristica medio-grave, corrispondente all'incapacità di muoversi dal domicilio, che complessivamente riguarda il 12% del totale della popolazione con più di 65 anni (Irs,2006).

Gli anziani non autosufficienti residenti in Regione Lombardia, a seconda che si faccia riferimento al parametro Istat o al parametro Assr, sono stimati tra le 171.000 e le 286.000 persone, pari rispettivamente al 10% e al 17% circa della popolazione anziana regionale (Irs, 2006). Il trend è in aumento, nel 2013 gli over 65 dovrebbero passare dal 19% al 21,5% e gli over 85 da un'incidenza del 2,1% ad una del 3,2%.

<sup>98</sup> Non esiste in Italia una definizione univoca della 'non autosufficienza'. Diversi sono gli strumenti presenti per l'accertamento del bisogno assistenziale della persona e per la conseguente attivazione dei servizi: il riconoscimento della invalidità civile e dell'indennità di accompagnamento (INPS), gli accertamenti per l'accesso ai servizi sanitari (ASL) e ai servizi sociali (Comuni). La diversità di valutazioni non consente pertanto di ricostruire a livello nazionale un quadro omogeneo di profili della non autosufficienza.

Presentiamo un' altra stima della non autosufficienza, elaborata attraverso i dati dell'indagine IT-Silc, in questa classificazione è possibile fare una distinzione della gravità della non autosufficienza facendo riferimento alla presenza di limitazioni più o meno gravi, intese come patologie altamente invalidanti (Tabella 3-2). Secondo questa elaborazione i 65-74enni che versano in questa condizione sono il 13,6%. Mentre il 35,7% dei 64-75enni presenta limitazioni non gravi. Tra gli over 75enni è il 28,7% che presenta limitazioni gravi e il 46,3% ad essere interessato da limitazioni non gravi.

*Tabella 3-2 Distribuzione % degli anziani in base alla presenza di limitazioni nella vita quotidiana dovute a problemi di salute per fascia d'età dell'anziano. Anno 2008. Italia e regioni italiane.*

Regione	65-74enni			75enni e più		
	Limitazioni gravi	Limitazioni non gravi	Nessuna limitazione	Limitazioni gravi	Limitazioni non gravi	Nessuna limitazione
Lombardia	12,2	28,6	59,2	23,7	41,9	34,3
Liguria	10,6	28,8	60,6	22,3	43,2	34,5
Sicilia	17,7	39,5	42,8	30,3	50,6	19,0
<b>Italia</b>	<b>13,6</b>	<b>35,7</b>	<b>50,7</b>	<b>28,7</b>	<b>46,3</b>	<b>25,0</b>

Fonte: Ns. Elaborazioni su dati Istat, Indagine IT-SILC "Reddito e condizioni di vita", anno 2008.

Nota: Statistiche calcolate solo sugli anziani con malattie croniche o problemi di salute di lunga durata

Come intuibile il numero di persone non autosufficienti cresce considerevolmente con l'età, raddoppiando negli over 75, inoltre varia a seconda del territorio con una incidenza più marcata nel sud Italia, stesse tendenze anche per quello che concerne le patologie e le malattie croniche. Secondo il rapporto sulla non autosufficienza 2010 "la disabilità, considerata come la limitazione più grave, infatti cresce con l'età: è pari al 9,7% della fascia di popolazione dai 70-74 anni, si eleva al 17,8% nella fascia dai 75-79 anni, e raggiunge il 44,5% degli 80enni. La disabilità è più diffusa nell'Italia del Sud (5,2%) e nelle isole (5,7%), al Nord supera di poco il 4%". Anche se i dati longitudinali sulla non autosufficienza sembrano mostrare che mediamente si vive di più e si vive meglio, il peso complessivo assistenziale è destinato ad aumentare (Ministero del lavoro, 2010). Oltre a coloro che vivono in condizioni più o meno invalidanti ci sono un gran numero di anziani che soffrono di patologie che ne compromettono comunque lo stile di vita, tra questi alcuni versano in condizione di malattia cronica<sup>99</sup>. Le stime (Tabella 3-3) rilevano che in Italia più di 1 anziano su due soffre di una malattia di lunga durata. In particolare è il 37,9 % dei 65-74enni a soffrire di malattie o problemi di salute cronici, tra gli over 75 la percentuale sale al 58% circa. Complessivamente la situazione appare più critica nelle regioni del Sud ed isole, in Lombardia si registra una percentuale un po' inferiore di malattia (rispettivamente il 34,4% e il 52,6% nelle due categorie); in Liguria c'è un livello di salute più elevato con percentuali di molto inferiori (rispettivamente il 32,6% e il 48%). Se in Sicilia il dato sulla fascia 65-74enni rispecchia il dato complessivo Italiano, il dato riferito agli over 75 marca una percentuale molto più elevata di anziani con malattie croniche o problemi di salute di lunga durata (67,4%).

<sup>99</sup> Le malattie cronico degenerative affliggono, con almeno una malattia grave, il 59,4 % degli individui con disabilità. La malattia di Alzheimer, la più frequente tra le cause di demenza (43%-64%), affligge un numero stimato di pazienti nella popolazione italiana ultrasessantacinquenne pari a 492.000 casi nel 2001 e ci sono circa 65.000 nuovi casi/anno.

Tabella 3-3 - Quota % di anziani con malattie croniche o problemi di salute di lunga durata per fascia d'età dell'anziano. Anno 2008. Italia e regioni italiane.

Regione	65-74enni	75enni e più
Piemonte	31,3	53,0
Valle d'Aosta	33,3	54,0
Lombardia	34,4	52,6
Trentino Alto Adige	34,6	50,0
Veneto	41,0	61,1
Friuli Venezia Giulia	41,3	51,1
Liguria	32,6	48,0
Emilia Romagna	46,7	59,3
Toscana	33,1	52,5
Umbria	39,9	59,5
Marche	43,1	54,7
Lazio	40,4	62,1
Abruzzo	37,6	57,3
Molise	37,7	51,9
Campania	43,0	61,4
Puglia	32,3	58,5
Basilicata	43,4	53,3
Calabria	43,2	66,5
Sicilia	38,3	67,4
Sardegna	35,8	71,5
<b>Italia</b>	<b>37,9</b>	<b>57,9</b>

Fonte: Ns. Elaborazioni su dati Istat, Indagine sulle Condizioni di vita. Anno 2008.

### 3.1.1 INDICATORI DI BENESSERE RELAZIONALE DELLE FAMIGLIE CON ANZIANI

Tra gli ultra 75enni (oltre il 10% delle famiglie italiane è composto da tutti anziani 75 anni e più), quelli che vivono soli in Italia sarebbero 2 milioni e 149 mila (Istat, 2010), circa quattro ogni dieci soggetti della corrispondente età, soprattutto donne (sono l'81% di questo totale). Sempre più di frequente alla fragilità tipica derivante dall'età si aggiunge quella dell'isolamento dalle reti familiari. In proposito, diventa importante acquisire consapevolezza sul fatto che, nel quadro della straordinaria crescita della popolazione anziana prevista in futuro, oltre all'aumento in numero assoluto di anziani non autosufficienti, l'incremento delle situazioni di anziani soli si rivelerà altrettanto rilevante (Blangiardo, 2010). I dati dell'ultimo quindicennio segnalano che, a fronte di un aumento degli ultra 75enni pari al 62,6%, quelli soli sono aumentati ancor più (69,6%), a testimonianza di come al fattore di cambiamento demografico si associno dinamiche che tendono ancor più ad isolare la componente meno giovane.

Il progressivo invecchiamento della popolazione, le stime sulla non autosufficienza, sulle malattie di cui questa fascia è portatrice e il numero di anziani soli mettono alla prova il sistema di welfare che è chiamato a progettare nuove strategie e ottimizzare gli interventi. Le reti informali e le risorse relazionali delle famiglie (che appaiono sempre più rarefatte) sono attori fondamentali nella risposta ai bisogni della popolazione anziana. I progetti presentati all'interno di questo rapporto si occupano spesso proprio all'attivazione delle reti familiari e informali all'interno delle comunità sociali, coerentemente con un modello di welfare community che dovrebbe consentire ai contesti sociali di crescere nella capacità di risposta ai bisogni emergenti, in una prospettiva sussidiaria e di *empowerment* relazionale.

Dedicheremo uno spazio ad una analisi e ad un dimensionamento delle risorse familiari e delle reti informali, prima di presentare dati sui servizi socio assistenziali e sul lavoro privato di cura, consapevoli anche dell'importanza sempre maggiore che esse assumono all'interno degli interventi sociali per anziani. Le informazioni sono state elaborate attraverso analisi sulle indagini Istat Multiscopo Famiglia e Soggetti sociali (Anno 2003), Multiscopo Aspetti della Vita Quotidiana (Anno 2008), Multiscopo Condizione di Salute e Ricorso ai Servizi Sanitari (Anno 2005) e l'indagine sulle Condizioni di vita (Anno 2008). Saranno prese in considerazione, con un dettaglio Regionale, alcune dimensioni del benessere relazionale delle famiglie con anziani, intese come la disponibilità agli aiuti informali (siano essi incontri, telefonate, compagnia) da parte dei propri parenti e familiari, ma anche in riferimento ad amici e vicini e viceversa, quella degli anziani nei confronti degli altri familiari. Le analisi confermano che gli anziani, pur inseriti in un quadro statistico che in prospettiva evidenzia sempre più il rischio di solitudine dovuto alla non coabitazione con altri componenti della famiglia, hanno comunque a disposizione risorse relazionali che possono attivarsi in caso di difficoltà.

### 3.1.1.1. IL BENESSERE RELAZIONALE INTERGENERAZIONALE: LIVELLO DELLE COMUNICAZIONI FRA PARENTI NON COABITANTI E GLI AIUTI

Una prima dimensione su cui ci soffermeremo relativa al benessere relazionale delle famiglie con anziani (che come precedentemente illustrato sono oltre 1/3 delle famiglie italiane) riguarda le modalità della relazione tra le generazioni: quella tra figli adulti e genitori anziani e quella tra i nipoti e i nonni. Il primo dato rassicurante è che in Italia un segmento significativo di nonni (il 36,4%) vede i propri nipoti tutti i giorni oppure li frequenta almeno qualche volta a settimana (circa il 29%). I nonni che vedono i nipoti solo una volta a settimana sono il 10,8%, mentre solo 1/5 dei nonni vedono i nipoti qualche volta al mese o più raramente, una volta all'anno. Liguria, Lombardia e Sicilia non si discostano molto da questi dati relativi all'intera penisola, se non per il fatto che la Sicilia registra una percentuale maggiore di nonni che vedono i nipoti tutti i giorni (40,8%) ma anche tre punti percentuali in più relativi a chi si vede solo qualche volta all'anno, indicazione che nell'isola sono presenti molti nuclei divisi dal fenomeno migratorio "vedersi tutti i giorni" oppure "vedersi raramente" e le categorie intermedie risultano un po' meno frequenti rispetto alle altre Regioni. Ciò è dovuto probabilmente alle grandi distanze tra genitori e figli emigrati al Centro Nord. La Liguria ha una tendenza diversificata relativa a chi vede meno frequentemente i nipoti: un minor valore percentuale rispetto al dato Italiano di nonni che vedono i nipoti una volta a settimana (il 7,2%) e una maggior percentuale che si vede qualche volta al mese (il 17,6%) (Tabella 3-4).

*Tabella 3-4 -Distribuzione percentuale dei nonni in base alla frequenza con cui vedono i nipoti non conviventi (Valori medi sui primi 3 nipoti più vicini). Anno 2003. Italia e regioni italiane.*

Regione	Tutti i giorni	Qualche volta a settimana	Una volta a settimana	Qualche volta al mese	Qualche volta all'anno	Mai
Lombardia	36,7	27,3	13,3	15,5	6,5	0,8
Liguria	36,0	31,0	7,2	17,6	7,2	1,0
Sicilia	40,6	29,6	8,5	7,0	12,4	1,9
<b>Italia</b>	36,4	28,9	10,8	12,8	9,6	1,4

*Fonte: Elaborazioni su dati Istat, Indagine multiscopo "Famiglia e soggetti sociali", anno 2003.*

Tabella 3-5 Distribuzione percentuale dei figli adulti in base alla frequenza con cui vedono i genitori ultra65enni non conviventi. Anno 2003. Italia e regioni italiane.

Regione	Tutti i giorni	Qualche volta a settimana	Una volta a settimana	Qualche volta al mese	Qualche volta all'anno	Mai
Lombardia	35,3	24,4	12,0	8,3	18,2	1,8
Liguria	32,1	25,7	13,6	11,4	15,0	2,1
Sicilia	43,3	33,4	8,9	7,4	6,3	0,7
<b>Italia</b>	<b>36,0</b>	<b>28,6</b>	<b>11,6</b>	<b>10,0</b>	<b>12,2</b>	<b>1,5</b>

Fonte: Elaborazioni su dati Istat, Indagine multiscopo "Famiglia e soggetti sociali", anno 2003.

I rapporti tra generazione di adulti e genitori anziani danno altre informazioni sul benessere intergenerazionale di queste famiglie. I dati sulla frequenza con cui figli adulti vedono i genitori anziani sono molto simili ai dati nonni-nipoti (il 36% si vede tutti i giorni, 28,6% qualche volta a settimana, l'11,6% una volta a settimana, il 10% qualche volta al mese, il 12,2% qualche volta all'anno). È presente qualche particolarità regionale: la Sicilia si distingue molto bene per la frequentazione giornaliera e settimanale, mentre la Lombardia ha distribuzioni meno ottimiste con dati inferiori al quadro nazionale soprattutto nella categoria "qualche volta a settimana" (4 punti percentuali in meno rispetto al dato Italiano) e viceversa maggiori nella categoria "qualche volta all'anno" (6 punti percentuali in più rispetto al dato nazionale) (Tabella 3-5).

Sentire i propri nipoti telefonicamente marca un altro tipo di benessere tra le generazioni, questa volta relativo alla frequenza delle comunicazioni. Il 65% circa dei nonni si sente di frequente con i nipoti, almeno settimanalmente (Tabella 3-6), mentre il rimanente 35% si sente raramente o mai, ciò forse può essere dovuto ad una bassa propensione degli anziani ad utilizzare il telefono.

Per quanto riguarda la comunicazione tra figli e genitori ultra65enni, 1/3 circa sente i propri genitori tutti i giorni, mentre un altro 33,7% qualche volta alla settimana, il 9% si sente una volta a settimana, l'8% qualche volta al mese. È il 16% circa che non si sente mai oppure solo qualche volta all'anno.

Tabella 3-6 -Distribuzione percentuale dei nonni in base alla frequenza con cui sentono per telefono i nipoti non conviventi (Valori medi sui primi 3 nipoti più vicini). Anno 2003. Italia e regioni italiane.

Regione	Tutti i giorni	Qualche volta a settimana	Una volta a settimana	Qualche volta al mese	Qualche volta all'anno	Mai
Lombardia	30,8	32,6	8,3	10,9	3,1	14,2
Liguria	36,6	34,9	5,6	9,6	2,2	11,1
Sicilia	31,1	29,7	4,1	11,8	2,8	20,4
<b>Italia</b>	<b>26,4</b>	<b>30,6</b>	<b>8,1</b>	<b>11,3</b>	<b>4,4</b>	<b>19,3</b>

Fonte: Elaborazioni su dati Istat, Indagine multiscopo "Famiglia e soggetti sociali", anno 2003.

La Sicilia e la Liguria si distinguono per una maggior percentuale di figli adulti che sentono i genitori ultra65enni<sup>100</sup> (Tabella 3-7), nell'isola ciò è probabilmente dovuto all'elevato numero di figli migrati al Nord.

<sup>100</sup> La Liguria registra circa 8 punti percentuali in più rispetto alla Lombardia.

Tabella 3-7- Distribuzione percentuale dei figli adulti in base alla frequenza con cui sentono per telefono i genitori ultra65enni non conviventi. Anno 2003. Italia e regioni italiane.

Regione	Tutti i giorni	Qualche volta a settimana	Una volta a settimana	Qualche volta al mese	Qualche volta all'anno	Mai
Lombardia	32,0	33,4	10,1	9,6	3,1	11,8
Liguria	43,5	33,3	7,3	6,2	3,2	6,5
Sicilia	40,0	32,0	5,3	5,5	1,8	15,3
<b>Italia</b>	32,9	33,7	9,1	8,0	3,0	13,2

Fonte: Elaborazioni su dati Istat, Indagine multiscopo "Famiglia e soggetti sociali", anno 2003.

Un dato molto importante sullo stile di vita delle famiglie con anziani è relativo a quanto i nonni si prendono cura dei nipoti non conviventi in determinate situazioni: il 16% circa cura i nipoti quando i genitori lavorano e un altro 16% se ne occupa durante gli impegni occasionali dei genitori, l'11% in momenti di emergenza, il 7,7% quando i genitori vogliono uscire e il 6% quando il nipote è malato (Tabella 3-8).

Tabella 3-8 -Quota percentuale di nonni che si prendono cura dei nipoti non conviventi in determinate situazioni (Valori medi sui primi 3 nipoti più vicini). Anno 2003. Italia e regioni italiane.

Regione	Mai	Mentre i genitori lavorano	Durante impegni occasionali dei genitori	Quando i genitori vogliono uscire	Durante i periodi di vacanza	Quando il nipote è malato	In momenti di emergenza	In altre occasioni
Piemonte - Valle d'Aosta	9,4	21,0	19,6	7,8	6,0	8,1	9,2	0,8
Lombardia	9,8	20,4	20,0	7,7	7,2	5,8	12,1	1,7
Trentino Alto Adige	11,2	18,1	24,1	10,6	7,5	8,3	12,8	0,6
Veneto	12,0	16,3	13,1	4,4	5,2	5,4	9,6	2,5
Friuli Venezia Giulia	13,7	22,4	16,3	9,5	4,7	7,7	11,8	0,9
Liguria	9,6	19,4	22,5	10,9	8,0	9,0	11,4	1,4
Emilia Romagna	6,5	18,0	14,4	9,1	7,5	10,8	10,3	0,8
Toscana	6,8	20,8	16,9	8,7	3,2	7,2	11,3	0,7
Umbria	6,2	14,4	12,5	3,1	3,7	2,1	6,7	2,3
Marche	6,9	15,1	15,2	7,3	3,8	5,9	11,5	1,7
Lazio	10,6	15,9	15,8	6,9	5,7	4,8	11,3	2,1
Abruzzo	7,3	12,7	9,9	4,7	6,5	5,6	9,5	0,2
Molise	10,7	10,9	14,7	7,3	6,4	5,1	7,9	0,5
Campania	14,8	8,8	14,4	5,9	4,3	6,1	11,0	0,6
Puglia	11,9	13,2	18,7	7,4	7,8	4,4	9,2	0,8
Basilicata	14,6	15,9	19,4	4,8	5,5	3,8	8,6	0,2
Calabria	14,2	8,7	16,2	7,8	8,6	3,3	10,5	0,8
Sicilia	11,9	10,0	13,7	10,7	5,2	4,7	11,8	0,7
Sardegna	12,3	15,4	21,1	9,3	7,6	6,4	18,1	0,0
<b>Italia</b>	10,5	16,0	16,7	7,7	6,0	6,2	10,9	1,2

Fonte: Elaborazioni su dati Istat, Indagine multiscopo "Famiglia e soggetti sociali", anno 2003.

Sono dati percentuali inferiori alla propensione dei genitori a lasciare i propri figli in accudimento ai genitori anziani<sup>101</sup>, tuttavia essi registrano l'effettiva disponibilità degli anziani alla cura delle generazioni più giovani e non solo di quelli nella fascia 0-5 anni, riferendosi inoltre specificatamente ai nipoti non conviventi. Lombardia e Liguria presentano percentuali un po' più elevate per quello che concerne gli aiuti dei nonni nelle situazioni di impegno lavorativo dei genitori e ciò può essere dovuto anche a una maggior percentuale di famiglie nel Nord dove entrambi i genitori lavorano. La Sicilia come la maggior parte del Sud Italia viceversa registra percentuali sempre complessivamente inferiori rispetto al dato complessivo Italiano, eccezion fatta per le situazioni di emergenza o nelle occasioni in cui i genitori vogliono uscire che sono più simili a quelle delle altre Regioni considerate.

### 3.1.1.2. LA RETE INFORMALE A DISPOSIZIONE DELLE FAMIGLIE CON ANZIANI

La rete informale e le reti di supporto naturali a disposizione dell'anziano rappresentano delle leve importanti per le buone pratiche studiate in questo rapporto. Queste reti di fronteggiamento naturale, laddove non siano presenti o si evidenzino fragili, vengono sostenute e promosse dal lavoro sia di operatori esperti, sia di *caregiver* naturali, che cercano di renderle il più possibile attive.

Tabella 3-9- Quota % di anziani che hanno uno o più amici su cui poter contare in caso di bisogno per fascia d'età dell'anziano. Anno 2003. Italia e regioni italiane.

Regione	65-74enni	75enni e più
Piemonte - Valle d'Aosta	54,5	47,8
Lombardia	<b>41,1</b>	<b>34,8</b>
Trentino Alto Adige	49,1	40,7
Veneto	49,6	31,8
Friuli Venezia Giulia	49,4	37,8
Liguria	<b>51,6</b>	<b>37,9</b>
Emilia Romagna	52,0	30,6
Toscana	47,0	33,7
Umbria	46,9	32,1
Marche	48,3	37,7
Lazio	49,2	32,9
Abruzzo	36,1	22,0
Molise	41,6	34,9
Campania	28,6	21,5
Puglia	33,6	25,6
Basilicata	38,8	30,9
Calabria	40,1	36,2
Sicilia	<b>36,1</b>	<b>24,8</b>
Sardegna	52,0	40,2
<b>Italia</b>	<b>44,2</b>	<b>32,6</b>

Fonte: Ns.Elaborazioni su dati Istat, Indagine multiscopo "Famiglia e soggetti sociali", anno 2003.

<sup>101</sup> Secondo i dati Istat la modalità scelta dai giovani ricercatori per l'affidamento dei figli è, per il 55,7% degli intervistati, rappresentata dai nonni che risultano quindi il cuore del sistema di cura dei nipoti (Donne che hanno avuto figli nel luglio 2000-giugno 2001).

Il 44,2% dei 65-74enni e il 32,6 % degli over 75enni ha uno o più amici su cui poter contare. I dati sulle Regioni sono piuttosto variegati: la Liguria supera la percentuale complessiva italiana, caratterizzandosi per una disponibilità molto elevata della rete informale, qui 1 anziano su due (nella fascia 65-74), il 51,6%, ha uno o più amici su cui poter contare in caso di bisogno, il 38% dei 75enni e più si trova nella stessa positiva condizione. La Sicilia, invece, registra un dato inferiore rispetto alla percentuale complessiva italiana con solo 36% di 65-74enni e il 24,8% degli over 75 che dispongono di amici in caso di bisogno e ciò fa ipotizzare anziani mediamente più soli e a volte un impegno più consistente da parte dei servizi per riuscire a coinvolgere le reti amicali nei progetti di aiuto (Tabella 3-9).

La frequenza con cui vedono questi amici è un'altra indicazione del benessere relazionale degli anziani e della disponibilità della rete; il dato nazionale registra che 1/5 degli anziani vede i propri amici tutti i giorni; mentre la metà li vede una o più volte a settimana; il rimanente 20% li vede più raramente. La situazione è abbastanza simile in relazione agli over 75: ben 1/3 li vede giornalmente e il 45,2% li frequenta una o più volte a settimana. Il 20% più raramente. Anche qui i dati regionali sono davvero variegati e non rilevano tendenze particolari ma solo sfumature. La Liguria sembra avere una frequenza di incontro più moderata con percentuali maggiori nella categoria "una o più volte a settimana". In Lombardia, rispetto al dato complessivo nazionale, un numero più elevato di anziani (oltre 1/3 tra 65-74enni, oltre il 40% degli over 75enni) vede i propri amici tutti i giorni. In Sicilia ci sono percentuali molto più elevate di frequentazione rispetto al dato nazionale, indicando che anche se il numero di anziani con amici è inferiore rispetto al dato nazionale, quand'essa è presente vi è una buona disponibilità della rete amicale degli anziani in entrambe le fasce (65-74enni e over 75): nell'isola oltre l'85% degli anziani vede tutti i giorni o una o più volte a settimana i propri amici. Ciò probabilmente è dovuto al fatto che nel Sud Italia gli amici coincidono spesso con i vicini di casa o sono concittadini dell'anziano.

*Tabella 3-10- Distribuzione % degli anziani che hanno uno o più amici su cui poter contare per frequenza con cui li vedono, per fascia d'età dell'anziano. Anno 2003. Italia e regioni italiane.*

Regione	65-74enni				75enni e più			
	Tutti i giorni	Una o più volte a settimana	Più raramente	Mai	Tutti i giorni	Una o più volte a settimana	Più raramente	Mai
Lombardia	34,4	41,4	22,8	1,4	41,9	37,3	18,0	2,8
Liguria	18,2	57,6	23,3	0,9	26,2	48,5	21,8	3,5
Sicilia	42,9	42,4	12,4	2,4	46,3	42,1	8,1	3,5
<b>Italia</b>	<b>25,7</b>	<b>52,5</b>	<b>20,8</b>	<b>1,0</b>	<b>33,0</b>	<b>45,2</b>	<b>19,9</b>	<b>1,8</b>

*Fonte: Ns.Elaborazioni su dati Istat, Indagine multiscopo "Famiglia e soggetti sociali", anno 2003.*

Le reti informali del vicinato rappresentano un'altra risorsa, anche se non sempre sono attivabili o disponibili; le nostre elaborazioni rilevano che circa la metà degli anziani (il 48%) in entrambe le fasce d'età (65-74enni e over 75) dispone di vicini (esclusi i parenti) sui quali può contare in caso di necessità. La Regione Lombardia ha valori piuttosto bassi rispetto al dato italiano, segnale che il vicinato non è sempre facilmente attivabile: non si hanno indizi se ciò sia dovuto allo stile di vita nelle realtà meno popolate o se il dato è invece influenzato dallo stile di vita nelle città e capoluoghi di provincia. La Sicilia e la Liguria sono più allineate al dato nazionale, con una buona situazione relativa agli over 75 liguri che in oltre la metà dei casi (52,7%) hanno persone che abitano vicino sulle quali possono contare in caso di necessità. Si evidenzia ulteriormente che nelle Isole (Sicilia e Sardegna) il vicinato è molto presente (Tabella 3-11).



Tabella 3-11- Quota % di anziani che, escludendo i parenti, ha persone che abitano vicino sulle quali può contare in caso di necessità per fascia d'età dell'anziano. Anno 2003. Italia e regioni italiane.

Regione	65-74enni	75enni e più
Piemonte - Valle d'Aosta	55,1	61,4
Lombardia	<b>43,5</b>	<b>44,9</b>
Trentino Alto Adige	56,2	50,7
Veneto	49,3	46,4
Friuli Venezia Giulia	53,0	46,4
Liguria	<b>45,1</b>	<b>52,7</b>
Emilia Romagna	49,6	51,1
Toscana	57,8	57,1
Umbria	43,4	43,4
Marche	48,3	48,2
Lazio	47,8	42,1
Abruzzo	51,0	47,0
Molise	55,1	42,7
Campania	46,4	45,4
Puglia	37,4	38,8
Basilicata	44,2	47,3
Calabria	44,4	46,5
Sicilia	<b>47,2</b>	<b>42,6</b>
Sardegna	62,9	60,6
<b>Italia</b>	<b>48,3</b>	<b>48,1</b>

Fonte: Elaborazioni su dati Istat, Indagine multiscopo "Famiglia e soggetti sociali", anno 2003.

In conclusione i dati molto diversificati per Regione identificano una buona disponibilità della rete informale di amici per gli anziani in Liguria e in Sicilia, dove la frequentazione tra amici, quando presenti è molto elevata. Ciò è probabilmente dovuto al fatto che nell'isola gli amici sono i vicini di casa, motivo per cui si vedono, in gran parte dei casi (oltre il 40%), tutti i giorni.

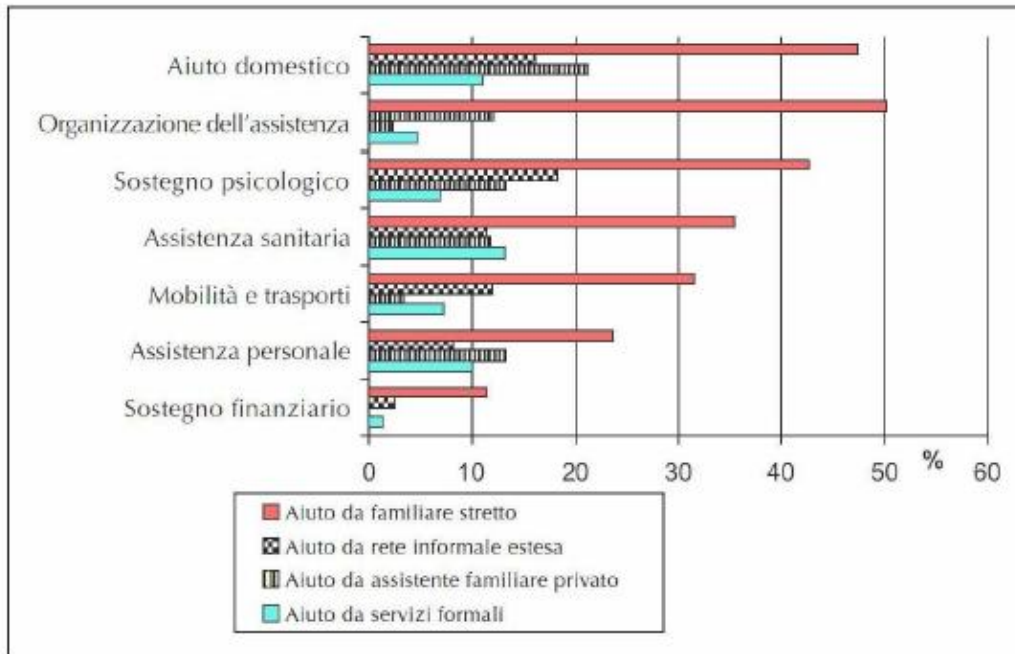
### 3.1.2 LA CURA DELLE FAMIGLIE CON ANZIANI NON AUTOSUFFICIENTI : L'UTILIZZO DEI SERVIZI DI ASSISTENZA DOMICILIARE E LA DIFFUSIONE DI ASSISTENTI DOMICILIARI/DOMESTICI/BADANTI

Nonostante il buon livello di relazionalità appena illustrato nelle famiglie con anziani, il sostegno informale che esse possono offrire, specialmente al Nord, è in progressiva diminuzione. Ciò si deve principalmente alle trasformazioni demografiche, che vedono una forte riduzione nel numero dei figli (e quindi di persone potenzialmente dedite al care), ed alla maggiore partecipazione delle donne al mercato del lavoro. In questo contesto infatti, si sta affermando con sempre maggior forza l'utilizzo dell'assistenza privata a pagamento, oltre all'assistenza socio assistenziale.

La figura 1 mostra il peso delle diverse forme di assistenza ricevuta dalle persone con oltre 65 anni completamente non autosufficienti per tipologia di bisogno (anno 2007). L'aiuto da parte di familiare stretto è comunque la forma più diffusa rispetto alle altre opzioni: oltre il 40% degli anziani non autosufficienti è aiutato dalla famiglia nella cura della casa, nell'organizzazione dell'assistenza e nel sostegno psicologico; elevate anche le percentuali di anziani aiutati dalle reti informali: oltre il 10 per cento degli anziani riceve attraverso questa rete aiuti domestici e sostegno psicologico e cura assistenziale; alta la quota di anziani non autosufficienti curati da assistenti familiari privati (badanti), questa figura incide per oltre il 20% degli anziani nell'aiuto domestico, e per oltre il 10 per cento nell'organizzazione dell'assistenza, nel sostegno psicologico e nell'assistenza personale e sanitaria. È possibile rilevare che la rete dei servizi formali offre aiuto a un maggior numero di anziani rispetto alla rete informale solo nell'area dell'assistenza

personale e ha un'incidenza maggiore dell'assistenza familiare privata solo nella tipologia di aiuto "organizzazione dell'assistenza".

Figura 3-1- Persone con oltre 65 anni completamente non autosufficienti per fonte di assistenza ricevuta, Italia 2007, valori %



Secondo le stime dell'Istituto di Ricerca Sociale la rete pubblica riesce a coprire attraverso le strutture residenziali (RSA) una percentuale ricompresa tra il 25% ed il 43% circa degli anziani non autosufficienti ed un numero di non autosufficienti leggermente superiore sarebbe quello raggiunto dalla totalità degli interventi/servizi domiciliari (ADI e SAD)<sup>102</sup>, inoltre rispetto ai Paesi dell'Europa del Nord, l'Italia presenta una minore diffusione dei servizi domiciliari e residenziali. In questo contesto di forte bisogno, l'intervento pubblico risulta pertanto circoscritto e le famiglie rappresentano nettamente la principale fonte di cura per gli anziani non autosufficienti, come pure per gli altri individui in difficoltà (Irs, 2006).

La percentuale di comuni coperti da assistenza domiciliare socio assistenziale in Italia varia molto da Nord a Sud, a Nord la copertura è oltre il 90% a Sud è inferiore all'80% (il 73% dei comuni). E la spesa media per utente nel Sud è molto bassa: è quasi la metà rispetto al nord-est anche se l'indicatore di presa in carico degli utenti ha un valore simile (1,7 la Sicilia; 2 il Nord-est). Complessivamente il Sud spende circa 550 euro in meno rispetto alla media di spesa nazionale (ADI e SAD) per singolo anziano in carico. Infatti l'Italia, oltre a presentare una differenza marcata tra Regioni in termini di spesa e di efficacia nell'area sanitaria, registra, probabilmente di

<sup>102</sup> Abbiamo a disposizione sull'utilizzo dei servizi sociali per anziani dati specifici dalla Lombardia. Nel 2003, il servizio di assistenza domiciliare socio-assistenziale (SAD), risultava erogato, a cura degli Enti locali, a circa 30.000 anziani. Il Ministero della Salute stimava inoltre, con riferimento allo stesso anno, in 45.000 gli over-65enni beneficiari di assistenza domiciliare integrata (ADI), essenzialmente erogata attraverso il voucher socio-sanitario. Infine, nel 2005, secondo i dati di monitoraggio regionale sui Piani di Zona, ammontavano a 12.000 gli utenti anziani del buono sociale. Al 31.12.2004, risultavano presenti in regione 571 strutture RSA per oltre 50.000 posti letto e per l'anno 2002 la rilevazione del Tavolo di Monitoraggio sui Lea (ASSR, 2004) si stimava un flusso di 72.874 di over 65enni utenti di prestazioni territoriali residenziali.

conseguenza, una uguale eterogeneità in ambito assistenziale (Tabella 3-12 e Tabella 3-13). Il divario Nord – Sud emerge in tutta la sua forza con Veneto, Friuli Venezia Giulia, Emilia Romagna e Lombardia che “prendono in carico” a diverso titolo (in rapporto alla popolazione) il triplo degli anziani non autosufficienti di Campania, Puglia, Calabria. Lo stesso parametro raggiunge il valore di 4 -5 volte se si considera la percentuale di anziani utenti di ADI.

Il rapporto 2010 sulla non autosufficienza evidenzia che nell'assistenza domiciliare un gruppo di Regioni esprime buone performance nel Nord (Veneto, Emilia Romagna, Lombardia, Friuli Venezia Giulia), altre (Liguria, Bolzano, Trento, Piemonte, Valle d'Aosta) devono maggiormente investire nei servizi domiciliari. I fanalini di coda sono le Regioni del Sud (Calabria, Campania, Puglia, Sicilia), con bassi livelli di assistenza dove i servizi territoriali qui, in primis quelli per gli anziani, sono rimasti “anchilosati” mantenendo un livello qualitativamente basso (Ministero del lavoro del Lavoro e delle politiche sociali, 2010).

Un'altra risorsa che è spesso utilizzata per la cura degli anziani non autosufficienti è la badante; il peso assunto dalle assistenti familiari nell'assetto assistenziale è sempre maggiore e diventa necessaria una loro integrazione nel sistema, come documenta un caso studiato in questo rapporto. Si stima che il 6,6% degli anziani over 65 utilizzi una badante (1 su dieci al Nord) (Dati ministero del Lavoro e delle politiche sociali, 2010). Secondo un'indagine del Censis, ricorre a queste figure il 10,2% delle persone con almeno 60 anni, che diventano il 12,4% degli anziani tra i 70 ed i 79 anni ed il 20% di quelli con almeno 80 anni (Censis, 2002). Il numero di assistenti familiari operanti in Italia è ancora di difficile quantificazione per due motivi principali. Innanzitutto si tratta di una attività esercitata spesso irregolarmente, in secondo luogo perché i dati ufficiali sui lavoratori regolari inglobano la categoria “badanti” all'interno di quella più ampia dei lavoratori domestici, dove sono inclusi anche coloro che si occupano della pulizia e della custodia delle abitazioni (Irs, 2008).

Le badanti in Italia sono stimate in 774.000 di cui 700.000 straniere (Irs, 2009). Si tratta cioè di un mercato dalle proporzioni considerevoli in aumento poiché secondo l'IRS nel 2006 le assistenti familiari italiane e straniere (regolari e non) attive in Italia ammontavano a circa 693.000 unità, pari a 6,1 ogni 100 persone ultra 65enni. I dati INPS mostrano che nell'arco di cinque anni i lavoratori domestici presenti in Italia sono quasi raddoppiati attestandosi, nel 2003, su 485.091 persone, di cui il 76,6% stranieri. In particolare, si può notare una impennata tra il 2001 ed il 2002 dovuta alla Sanatoria<sup>103</sup>.

che ha portato alla regolarizzazione lavorativa di molte persone straniere (Irs,2006). Questi sono i dati dei lavoratori domestici con regolare contratto di lavoro, ma non coprono il dato effettivo dell'universo delle badanti che prestano servizio e assistenza fissa o saltuaria al domicilio alle persone anziane poiché solo una badante su tre si ritiene abbia un regolare contratto di lavoro. Inoltre non è possibile operare un distinguo tra i lavoratori impegnati in attività prettamente domestiche o più propriamente di cura (Irs,2006).

---

<sup>103</sup> Prima della sanatoria alcune ricerche avevano stimato nel 43% la percentuale di occupazione straniera irregolare nel comparto dei servizi (Fondazione Andolfi , 2003), altre addirittura nel 77% (Censis, 2002).

Tabella 3-12 – L'assistenza domiciliare socio-assistenziale (a) nell'area anziani: indicatori territoriali – Anno 2007

REGIONI E RIPARTIZIONI GEOGRAFICHE	Percentuale di comuni coperti dal servizio (b)	Indice di copertura territoriale del servizio (c) (per 100 persone)	Indicatore di presa in carico degli utenti (d) (per 100 persone)
Piemonte	95,9	96,0	1,4
Valle d'Aosta/Vallée d'Aoste	79,7	84,7	4,3
<b>Lombardia</b>	<b>85,9</b>	<b>93,2</b>	<b>1,9</b>
Trentino - Alto Adige	100,0	100,0	3,8
<i>Trento</i>	<i>100,0</i>	<i>100,0</i>	<i>3,6</i>
Veneto	92,4	96,9	1,7
Friuli - Venezia Giulia	96,8	98,0	2,7
<b>Liguria</b>	<b>99,6</b>	<b>99,8</b>	<b>1,3</b>
Emilia - Romagna	94,7	94,3	1,6
Toscana	95,8	97,3	1,4
Umbria	88,0	79,8	0,5
Marche	79,3	91,8	0,9
Lazio	81,2	95,0	1,2
Abruzzo	99,0	93,1	2,3
Molise	80,1	72,1	3,2
Campania	85,5	91,4	2,1
Puglia	75,2	84,0	0,9
Basilicata	77,9	78,0	1,5
Calabria	34,5	56,7	1,4
<b>Sicilia</b>	<b>72,6</b>	<b>85,8</b>	<b>2,5</b>
Sardegna	91,8	95,5	2,5
<b>Nord-ovest</b>	<b>90,7</b>	<b>94,8</b>	<b>1,7</b>
<b>Nord-est</b>	<b>94,9</b>	<b>96,1</b>	<b>2,0</b>
<b>Centro</b>	<b>85,5</b>	<b>94,1</b>	<b>1,2</b>
<b>Sud</b>	<b>73,7</b>	<b>83,0</b>	<b>1,7</b>
<b>Isole</b>	<b>82,0</b>	<b>88,2</b>	<b>2,5</b>
<b>ITALIA</b>	<b>86,1</b>	<b>91,8</b>	<b>1,7</b>
(a) Questa voce comprende il servizio di assistenza domiciliare socio-assistenziale			
(b) Percentuale di comuni in cui è attivo il servizio. Per il Nord-est e per il totale Italia l'indicatore è calcolato al netto della Provincia di Bolzano.			
(c) Quota della popolazione di riferimento che risiede in un comune in cui è presente il servizio. Popolazione di riferimento: persone con età maggiore o uguale a 65 anni. Per il Nord-est e per il totale Italia l'indicatore è calcolato al netto della Provincia di Bolzano.			
(d) Utenti sul totale della popolazione di riferimento della regione o della ripartizione. Popolazione di riferimento: persone con età maggiore di 65 anni.			

Tabella 3-13 – L'assistenza domiciliare socio-assistenziale (a) nell'area anziani: utenti, spesa e spesa media per utente, per regione e ripartizione geografica – Anno 2007

REGIONI E RIPARTIZIONI GEOGRAFICHE	Utenti	Spesa	Spesa media per utente
Lombardia	35.872	58.265.832	1.624
Liguria	5.605	10.520.137	1.877
Sicilia	22.639	35.243.960	1.557
<b>Nord-ovest</b>	<b>56.689</b>	<b>89.408.140</b>	<b>1.577</b>
<b>Nord-est</b>	<b>46.125</b>	<b>102.572.100</b>	<b>2.224</b>
<b>Centro</b>	<b>29.280</b>	<b>59.176.026</b>	<b>2.021</b>
<b>Sud</b>	<b>41.159</b>	<b>49.883.013</b>	<b>1.212</b>
<b>Isole</b>	<b>30.152</b>	<b>57.244.022</b>	<b>1.899</b>
<b>ITALIA</b>	<b>203.405</b>	<b>358.283.301</b>	<b>1.761</b>

(a) Questa voce comprende il servizio di assistenza domiciliare socio-assistenziale.

Secondo alcune stime dell'IRS, le assistenti familiari regolarizzate in Italia nel 2006 ammontavano a 277.284 unità di cui oltre 50mila in Lombardia (Tabella 3-14) (Irs,2006).

Il 18,2% del personale privato addetto alla cura presente nel nostro paese risulta concentrato in Lombardia. La regione mobiliterebbe infatti 126.000 assistenti familiari a pagamento, corrispondenti a 7 'badanti' ogni 100 anziani residenti. A sua volta, la Provincia di Milano concentra il 59,5% delle assistenti familiari Lombarde<sup>104</sup> (Irs, 2006).

Tabella 3-14- Le assistenti familiari italiane con regolare contratto di lavoro al 2006

	stima assistenti familiari regolarizzate INPS al 2006
Italia	277.284
<i>di cui stranieri</i>	247.893
Regione Lombardia	50.473
<i>di cui stranieri</i>	46.823

Fonte:Elaborazioni IRS su dati Inps e Ministero Interni

I dati relativi al continente di provenienza dei lavoratori domestici stranieri mostrano che ben il 54% proviene dall'Europa (del Centro e dell'Est), circa il 15% dall'America, infine solo l'8,6% è di origine africana (Irs, 2006).

Per cercare di dimensionare il fenomeno utilizziamo alcune elaborazioni dell'indagine famiglia e soggetti sociali 2003 e rileviamo che nel 2003 circa l'8% degli anziani viveva con una persona a pagamento che l'assisteva, si occupava di lui e delle faccende domestiche (

Tabella 3-15).

<sup>104</sup> Secondo la ricerca IRS 2006 La maggior parte delle badanti lombarde è da 5 anni in Italia ha un progetto migratorio stabile (il 60%), un'età media di 41 anni e uno stipendio medio di 800 euro circa, il 70% vive in residenza con l'assistito e ha oltre 3 anni di esperienza, circa un terzo delle badanti intervistate progetta un ricongiungimento migratorio.

*Tabella 3-15 Quota % di individui con madre e/o padre anziano che vive con una persona a pagamento che l'assiste, si occupa di lui e delle faccende domestiche per fascia d'età dell'anziano. Anno 2003. Italia e regioni italiane.*

<b>Regione</b>	<b>65-74enni</b>	<b>75enni e più</b>
Piemonte - Valle d'Aosta	1,6	3,7
Lombardia	2,4	5,8
Trentino Alto Adige	2,2	4,9
Veneto	2,6	6,3
Friuli Venezia Giulia	0,7	6,5
Liguria	1,3	6,7
Emilia Romagna	2,1	5,9
Toscana	3,0	5,6
Umbria	1,5	5,7
Marche	0,0	3,7
Lazio	3,1	8,9
Abruzzo	1,5	4,6
Molise	1,3	5,5
Campania	3,7	7,8
Puglia	0,4	5,4
Basilicata	0,6	4,8
Calabria	0,9	5,1
Sicilia	1,7	6,9
Sardegna	3,2	7,3
<b>Italia</b>	<b>2,2</b>	<b>6,1</b>

*Fonte: Elaborazioni su dati Istat, Indagine multiscopo "Famiglia e soggetti sociali", anno 2003.*

Mentre la quota % di famiglie che si avvalgono (saltuariamente) del servizio di personale italiano o straniero per assistere un anziano per fascia d'età dell'anziano è pari al 5,6%<sup>105</sup>. La spesa è sostenuta prevalentemente dall'anziano stesso (circa nell'80% dei casi), dai familiari parenti nell'8,7% dei casi o in combinazione da anziano e familiari nel 10% circa dei casi rimanenti. In particolare in Liguria c'è una percentuale più alta di familiari che sostengono le spese dell'assistente familiare. Secondo la stessa fonte le famiglie italiane sostengono una spesa di oltre 9 miliardi per retribuire le badanti (pari al 7% della spesa sanitaria delle Regioni).

*Tabella 3-16- Distribuzione % dei casi di individui con madre e/o padre anziano che vive con una persona a pagamento che l'assiste, si occupa di lui e delle faccende domestiche in base a chi sostiene la spesa. Anno 2003. Italia, Lombardia, Liguria e Sicilia*

<b>Regione</b>	L'anziano stesso	Familiari/parenti	Altre persone	L'anziano e familiari/parenti	Altre combinazioni
Lombardia	79,4	7,8	1,4	11,4	0,0
Liguria	71,7	18,7	5,4	4,3	0,0
Sicilia	84,2	1,6	0,0	14,2	0,0
<b>Italia</b>	<b>79,1</b>	<b>8,7</b>	<b>1,9</b>	<b>9,6</b>	<b>0,8</b>

*Fonte: Elaborazioni su dati Istat, Indagine multiscopo "Famiglia e soggetti sociali", anno 2003.*

<sup>105</sup> Ns. Elaborazioni su dati Istat, Indagine multiscopo "Famiglia e soggetti sociali", anno 2003.

In media le persone a pagamento lavorano nelle famiglie dei 65-74enni 23 ore e negli over 75 26 ore, la Liguria registra un maggior numero medio di ore pagate nelle famiglie con gli over 75 (38 ore). La coppia senza figli riesce a contribuire maggiormente al care dell'anziano pertanto le ore medie a pagamento dell'assistente familiare si riducono a 21 e 25 (rispettivamente nella fascia 65-74enni e 75enni e più). Considerando il tipo familiare d'appartenenza dell'anziano si riduce ancora di più il numero di ore medio di servizio nella tipologia coppia con figli, (rispettivamente 16 nella fascia 65-74enni e 13 in relazione ai 75enni e più).

*Tabella 3-17-Numero medio di ore di servizio di persone a pagamento per l'assistenza di un anziano per fascia d'età e tipologia familiare d'appartenenza dell'anziano. Anno 2008. Italia.*

<b>Tipologia familiare d'appartenenza</b>	<b>65-74enni</b>	<b>75enni e più</b>
Persona sola	24	28
Coppia senza figli	21	25
Coppia con figli	16	13
Monogenitore con figli	20	28
Coppia senza figli e altri isolati	0	50
Coppia con figli e altri isolati	26	20
Monogenitore con figli e altri isolati	0	0
Famiglia a più nuclei	36	8
Altro	46	28
<b>Totale</b>	<b>23</b>	<b>26</b>

*Nota: la media è calcolata considerando esclusivamente le famiglie che usufruiscono di persone a pagamento, mentre il valore nullo indica il ricorso saltuario.*

*Fonte: Elaborazioni su dati Istat, Indagine multiscopo "Aspetti della vita quotidiana", anno 2008.*

## 4. BUONE PRATICHE A FAVORE DI ANZIANI E FAMIGLIE: IL FOLLOW UP DEI CASI INDIVIDUATI NELLA RICERCA DEL 2006

di Stefania Meda

### 4.1. CORREVA L'ANNO 2006: BUONE PRATICHE DI INTERVENTO A FAVORE DEGLI ANZIANI NON AUTOSUFFICIENTI E DELLE LORO FAMIGLIE

Nel corso del 2006 sono state contattate e studiate alcune realtà che operano a favore degli anziani non autosufficienti e dei loro familiari.

Il lavoro di analisi e approfondimento svolto su questi casi è confluito in una serie di pubblicazioni<sup>106</sup> inerenti il tema delle buone pratiche *family friendly* a favore degli anziani fragili e delle loro famiglie.

La Tabella 4-1 mostra e descrive sinteticamente le buone pratiche individuate e analizzate nel corso del 2006.

Tabella 4-1 – Buone pratiche individuate nel 2006 e principali caratteristiche

Focus su:	Denominazione	Descrizione BP
La casa	Assistenza domiciliare Associazione Seneca (MI)	L'associazione di volontariato «Seneca», che si occupa di anziani bisognosi nella città di Milano, mette a punto interventi domiciliari per l'anziano non autosufficiente e la sua famiglia in connessione con altre realtà di tipo sanitario e/o socio-assistenziale del pubblico, di mercato e del terzo settore.
	Centri Multiservizi Anziani Comune di Milano (MI)	I Centri Multiservizi Anziani del Comune di Milano programmano, organizzano e mettono in connessione i servizi per gli anziani della città, nell'ottica di un supporto alla domiciliarità. La loro peculiarità consiste nel far incontrare la domanda dei cittadini anziani, nelle sue molteplici sfaccettature, con le possibili risposte da parte dell'Amministrazione.
	ADI Usl Reggio Emilia (RE)	L'Assistenza Domiciliare Integrata offerta dall'Azienda UsI di Reggio Emilia è un servizio di cura della persona presso il proprio domicilio, con un'attenzione particolare all'integrazione delle dimensioni sanitarie e sociali. L'eccellenza del servizio è confermata dal prevalere di una cultura dell'educazione e della formazione dell'utente e dei suoi familiari in un'ottica di <i>empowerment</i> e nel sostegno alle dimissioni protette.
	Ospedale a domicilio Aulss 21 di Legnago (VR)	L'ospedale a domicilio della Aulss 21 di Legnago (VR) offre un servizio di assistenza al domicilio del malato estremamente qualificato in termini sanitari e rappresenta una forma alternativa al ricovero in ambito ospedaliero per utenti anziani, malati, cronici e terminali. La

<sup>106</sup> Rossi G., Bramanti D. (a cura di), Anziani non autosufficienti e servizi family friendly, Franco Angeli, Milano, 2006; Rossi G., Bramanti D., Meda S., *Sostenere gli anziani e le loro famiglie è possibile: alcuni esempi emblematici*, in Donati P. (a cura di), Famiglie e bisogni sociali: la frontiera delle buone prassi, Franco Angeli, Milano, 2007, pp. 324-365; Meda S., *I servizi che coinvolgono la casa*, in Rossi G., Bramanti D. (a cura di), Anziani non autosufficienti e servizi family friendly, Franco Angeli, Milano, 2006, pp. 62-101; Meda S., *La casa come luogo preferito per la cura: buone pratiche di intervento domus-oriented per l'anziano non autosufficiente*, in Politiche sociali e servizi, 2 (2006), pp. 131-149



		bontà della pratica è rinvenibile nell'esplicita finalità di non sradicare la persona dal proprio tessuto familiare e sociale, esplicitando una cultura di servizio a sostegno della domiciliarità, che consente alle persone malate di vivere la propria malattia con serenità, garantendo a coloro che optano per l'ambiente familiare le competenze professionali, le facilitazioni materiali e organizzative proprie delle strutture ospedaliere. L'ospedale a domicilio inoltre garantisce modalità di accesso con le facilitazioni di un trasferimento interno.
	<i>Ospedale di comunità</i> Asl 15 di Cuneo (CN)	L'ospedale di comunità della Asl 15 di Cuneo rappresenta un caso emblematico di servizio integrativo e sostitutivo delle cure domiciliari gestito dai medici di medicina generale e diffuso prevalentemente in contesti montani o rurali. Viene attivato quando non il paziente non è più gestibile al domicilio per il complessificarsi delle sue condizioni sanitarie e in questo senso è un servizio che sostituisce la <i>domus</i> . Al tempo stesso consente di poter continuare a vivere nel territorio di appartenenza (comunità) senza doversi allontanare per un ricovero ospedaliero.
	<i>Assegno di cura</i> Comune di Torino (TO)	L'«assegno di cura» del Comune di Torino consiste in un trasferimento economico tassativamente vincolato all'assunzione di un lavoratore (una badante) tramite un regolare contratto di lavoro ed erogato in presenza di un bisogno assistenziale certificato. Sono emerse come caratteristiche di eccellenza l'innovatività di questo titolo in relazione alle finalità, alle sue caratteristiche di flessibilità e riflessività, quest'ultima intesa come attività di monitoraggio costante e di autoriflessione finalizzata alla produzione di cambiamenti e miglioramenti. Inoltre è stato segnalato come un servizio profondamente orientato alla famiglia, nel senso che essa è coinvolta e chiamata a partecipare attivamente. Va inoltre considerata la ricaduta positiva dell'«assegno di cura» sul lavoro delle cosiddette badanti. Contribuisce infatti, parallelamente all'istituzione di appositi Albi, all'emersione del lavoro «nero».
Le reti primarie	<i>Gruppi di sostegno per familiari</i> Asl 3 Provincia di Milano (MI)	I gruppi di sostegno per familiari di anziani affetti da demenza sono un progetto di sostegno alle reti di cura familiare realizzato dalla Asl 3 di Monza. Sono un esempio significativo di presa in considerazione dei bisogni dei <i>caregiver</i> congiuntamente a quelli degli anziani fragili.
	<i>Gruppi AMA</i> ASL 1 Provincia di Milano (MI)	I gruppi di auto-mutuo-aiuto per i familiari di persone anziane del territorio di Magenta in provincia di Milano sono un caso emblematico di <i>dual focus of caring</i> , vale a dire un esempio di come la Sanità pubblica ha pensato e realizzato un servizio che soddisfa congiuntamente i bisogni dei principali soggetti del sistema di cura (anziano e familiari- <i>caregiver</i> ). L'ottica è di un coinvolgimento dell'intero sistema familiare per migliorare la qualità della vita di chi riceve e di chi da la cura. Il servizio concepisce l'anziano come centro di una rete relazionale, costituita principalmente dai <i>caregiver</i> familiari, ma non solo. È infatti volto a mettere in relazione tutte le risorse, formali e informali, che possono giocare un ruolo fondamentale nella cura.
	<i>Sportello di ascolto e orientamento per familiari di anziani affetti da demenza</i> Associazione familiare GNG (Magenta, MI) –	Lo Sportello telefonico di ascolto e orientamento di Magenta costituisce un esempio emblematico di servizio fatto dalle famiglie per le famiglie, particolarmente significativo per la modalità con cui è nato. Rappresenta infatti l'evoluzione di un progetto della Asl a sostegno delle famiglie con anziani, che a loro volta si sono autonomizzate dando vita a un'Associazione familiare (GNG) e a un servizio di ascolto e orientamento telefonico per altri familiari che

	Associazione ADIMAN (MI)	vivono analoghe condizioni. Nel corso del tempo, l'Associazione familiare GNG ha creato una partnership con un'altra realtà di terzo settore, l'associazione ADIMAN con cui portare avanti la progettualità dello Sportello, ampliando i tempi di apertura e diversificando l'offerta di sostegno alle famiglie.
	<i>Servizio di respite care</i> Cooperativa Il Melo (Gallarate, VA)	Nell'ampia offerta assistenziale della cooperativa «Il Melo» si distingue il servizio di <i>respite care</i> , che offre opportunità di sollievo e di temporanea interruzione nei compiti di accudimento al domicilio, ri-educazione e cura del congiunto, affinché i <i>caregiver</i> familiari possano dedicarsi ad attività sociali, ricreative, o solamente «tirare il fiato». La particolarità del servizio di <i>respite</i> offerto da «Il Melo» è l'eccellenza del contesto di inserimento, dal punto di vista assistenziale, sanitario, ricreativo-relazionale e dell'ambiente fisico.
La comunità	<i>Progetti intergenerazionali</i> Cooperativa Il Melo (Gallarate, VA)	L'intenso lavoro concettuale e operativo che la cooperativa «Il Melo» della provincia di Varese porta avanti nell'ambito dell'intergenerazionalità si è concretizzato nella realizzazione di una serie di attività ludico-educative aperte a giovani e anziani che rappresentano un esempio di valorizzazione delle differenze intergenerazionali, in uno sforzo teso a costruire un benessere che non deriva dalla difesa «corporativa» dei propri interessi di categoria, ma dalla condivisione degli spazi e delle esperienze per costruire un bene comune, nato dalla relazione reciproca.
	<i>CDI di Via Maspero</i> Comune di Varese (VA)	Il Centro Diurno Integrato di Via Maspero costituisce un esempio di integrazione e sostegno della rete familiare <i>sui generis</i> per le modalità innovative di coinvolgimento della comunità, in un'ottica di solidarietà, sussidiarietà e scambietà reciproca, attraverso la valorizzazione degli aspetti ludici e animativi dell'esperienza. Il CDI di Via Maspero offre numerose occasioni di socializzazione, ponendosi come luogo di incontro per la vita di relazione. La caratteristica più peculiare di questo Centro consiste infatti nell'essere aperto, come scelta metodologica specifica, ai molteplici soggetti comunitari: le famiglie, i volontari, gli altri comparti della pubblica amministrazione e i cittadini della città di Varese. Il Centro propone infatti, grazie alla presenza di numerosi volontari che li conducono, molti corsi amatoriali aperti anche alla cittadinanza. Questi corsi sono pensati e condotti secondo una metodologia di tipo riabilitativo, di prevenzione del disagio e di aggregazione, che tende a fare lavorare insieme persone «sane» e anziani compromessi in misura variabile per consolidare l'aspetto relazionale che diviene uno strumento efficacissimo per l' <i>empowerment</i> personale. Sebbene gli interventi siano in prevalenza di natura socio-assistenziale e animativi, sono previsti anche interventi di tipo sanitario complementare.
	<i>Casa Famiglia Achille Papa</i> Brescia (BS)	La casa Famiglia «Achille Papa» di Brescia rappresenta un esempio emblematico di familiarizzazione delle cure attraverso la comunità, pur connotandosi come un servizio essenzialmente sostitutivo della famiglia, in quanto accoglie soggetti per lo più soli o comunque con reti così deboli da non poter essere di supporto. Questa struttura, che dispone di 8 posti letto, offre a persone anziane con parziali compromissioni assistenza definitiva o temporanea valorizzandone l'autonomia, coinvolgendole e responsabilizzandole nelle azioni quotidiane per prevenire o ritardare degenerazioni delle condizioni fisiche e/o cognitive. La Casa Famiglia rappresenta un interessante <i>mix</i> di pubblico, mercato (due badanti) e volontariato di anziani attivi.

	<p><i>Alloggi protetti</i> Comune di Trento (TN)</p>	<p>Si tratta di una serie di appartamenti messi a disposizione dal Comune di Trento, i cui destinatari sono persone anziane o adulti residenti nel Comune, purché la disabilità consenta loro di essere autosufficienti anche attraverso servizi di assistenza domiciliare e degli altri servizi previsti per i medesimi. Gli alloggi protetti offrono ai propri ospiti, anche per periodi a termine, il massimo di occasioni di vita indipendente con il minimo di protezione a ciò necessaria. Contribuiscono a evitare il ricorso improprio alle Residenze Sanitarie Assistenziali o altre strutture a carattere residenziale. Prevengono o rimediano a situazioni di abbandono che possano essere compromissorie della condizione di benessere psicofisico e consentono alla persona la permanenza in un ambiente domestico individualizzato, mantenendo, stimolando e valorizzando le risorse e le capacità residue dell'ospite che è sollecitato a partecipare ad esperienze di riabilitazione, socializzazione, ricreazione anche attraverso i presidi sociali presenti.</p>
	<p><i>Solidarietà di vicinato</i> Comune di Torino (TO)</p>	<p>Si tratta di un servizio di affido diurno di anziani e disabili adulti che prevede il supporto quotidiano di un volontario residente nello stesso stabile o in uno adiacente per un supporto quotidiano. La «Solidarietà di vicinato» del Comune di Torino rappresenta un esempio cruciale di valorizzazione delle reti spontanee di vicinato, insostituibile agente di cura per l'anziano fragile che vive solo o con reti così deboli o lontane da non poter essere di supporto, attraverso il riconoscimento economico e sociale del lavoro di cura.</p>
	<p><i>Progetto Caregiver</i> Comune di Torino (TO)</p>	<p>Il «Progetto Care-giver» del Comune di Torino costituisce un esempio significativo di mobilitazione della comunità, attraverso il coinvolgimento del terzo settore in sinergia con il Comune, a sostegno degli interventi domiciliari «leggeri» per quegli anziani non autosufficienti con una rete familiare debole. Il progetto nasce nell'ambito degli interventi che il Comune di Torino attiva a favore degli anziani non auto-sufficienti o con gravi problemi di salute ed è legato all'erogazione da parte del Comune di un «assegno di cura», vale a dire di una quota destinata all'acquisto, da parte dell'anziano stesso o della sua famiglia, di un certo numero di ore di assistenza a seconda del bisogno. Il servizio è rivolto ad anziani soli o con una rete sociale «fragile» e per tanto non in grado di reperire familiari in grado di fungere da supporto nella gestione degli Assegni di cura. Nel progetto, il caregiver familiare è sostituito da volontari reperiti tramite associazioni di <i>anzianato</i> aziendale o gruppi di volontariato territoriale, che decidono di offrire il loro tempo e la loro esperienza, anche lavorativa, per affiancare un anziano con specifiche e documentate necessità di assistenza, non in grado di gestirsi autonomamente un rapporto di lavoro, che è condizione necessaria per ottenere l'erogazione dell'assegno di cura.</p>

Nel corso del 2010 le medesime realtà sono state nuovamente interpellate per monitorarne eventuali cambiamenti o evoluzioni.

A tale scopo è stata inviata via posta elettronica una scheda per la rilevazione, che viene riportata in

in Tabella 4-2:

Tabella 4-2 – Scheda di rilevazione follow up Buone pratiche

<i>Scheda di rilevazione</i>	
<b>Tutte le informazioni fornite dovranno fare riferimento all'anno 2009</b>	
Denominazione servizio/progetto/intervento:	
Referente:	
Indirizzo:	
Telefono:	
Fax:	
E-mail:	
Sito:	
Anno di Istituzione:	
 <i>LE RISORSE MESSE IN CAMPO:</i>	
<i>Gli operatori nel 2009</i>	
Quali tipologie professionali? .....	
Quanti professionisti per ciascuna tipologia professionale? .....	
Quanti volontari? .....	
Fonti di finanziamento (pubbliche/private...) .....	
 <i>Capacità assistenziale nel corso del 2009</i>	
Quanti anziani autosufficienti? .....	
Quanti anziani non autosufficienti? .....	
Quanti familiari? .....	
Copertura territoriale (su quale territorio/Comune/Distretto etc opera nel 2009?) .....	
 <i>GLI OBIETTIVI:</i>	
Servizio offerto e prestazioni erogate (breve descrizione) nel 2009	
.....	
 <i>IL QUADRO STRUTTURALE E ORGANIZZATIVO:</i>	
Criteri di accesso al servizio: .....	
Come avviene la presa in carico? .....	
Permanenza (durata media) .....	
Modalità d'intervento .....	
Rete/partnership con associazioni di Terzo Settore? Con altre realtà pubbliche territoriali? Con privati cittadini? .....	
Responsabilità complessiva della struttura .....	
Quote di partecipazione? Quanto pro capite? .....	
Sede di proprietà? .....	

#### 4.2. OGGI: IL FOLLOW UP DEI CASI PRECEDENTEMENTE ANALIZZATI

Alcune realtà hanno raccolto la nostra sollecitazione e ci hanno inviato materiali informativi, che abbiamo utilizzato per rendere conto dei cambiamenti occorsi negli ultimi anni.

#### 4.2.1 I CENTRI MULTISERVIZI ANZIANI (CMA) DEL COMUNE DI MILANO

I Centri Multiservizi Anziani (CMA) sono realtà operative istituite nel 1974 dal Comune di Milano, Settore Servizi per Anziani – Servizio Territoriale Anziani. Sono servizi territoriali la cui funzione è quella di far incontrare la domanda dei cittadini anziani (over 60), nelle sue molteplici sfaccettature, con le possibili risposte da parte dell'Amministrazione. In particolare i CMA si occupano di fornire informazioni, di attivare servizi e, quando necessario, di inviare l'anziano al servizio più rispondente alle sue esigenze.

I dati relativi all'anno 2009 attestano la presenza di diverse tipologie professionali e nessun volontario (Tabella 4-3).

Tabella 4-3- Tipologie professionali CMA Comune di Milano

Tipologia professionale	N.
Responsabile Servizio	1
Coordinatore Territoriale	4
Assistenti Sociali	85
Educatori	3
Istruttori Servizi Socio-Assistenziali	3
Assistenti socio-assistenziali	40
Personale amministrativo	71
Autisti	4
Volontari	0

Le fonti di finanziamento del servizio sono pubbliche. I CMA operano sul territorio della città di Milano. I 28 Centri sono presenti nelle nove zone di Milano.

Lo stato di bisogno dell'anziano può essere segnalato al centro sia dall'anziano stesso, dai parenti, dal medico di base o da altri servizi territoriali. In seguito l'assistente sociale provvede a effettuare una visita domiciliare e ad acquisire la relativa documentazione. I servizi offerti dai Centri Multiservizi Anziani sono:

- segretariato sociale: fornisce informazioni sulla rete dei servizi rivolti agli anziani promossi dal Comune e da altri enti pubblici e privati;
- raccolta e gestione delle richieste di servizi sociali inoltrate dalla popolazione anziana (esame delle richieste di contributi economici, raccolta delle domande per l'accesso nelle Residenze Sanitarie Assistenziali (Case di Riposo) e nei Centri Diurni, realizzazione del progetto affido anziani);
- cura della persona e della casa: è un servizio che aiuta l'anziano nell'igiene personale, nella preparazione dei pasti e nelle piccole commissioni esterne e offre aiuto per gli accompagnamenti;
- assistenza domiciliare integrata, infermieristica e riabilitativa in collaborazione con i servizi sanitari (igiene personale; assistenza sanitaria per iniezioni, rilevazione pressione arteriosa, medicazioni, somministrazione dei farmaci ecc);
- servizio di pedicure / podologia: è un servizio che viene erogato gratuitamente a chi ne ha diritto per titoli sociali;
- interventi economici:

- titoli sociali: viene predisposto un progetto di assistenza con l'anziano e la sua famiglia. A questa viene assegnato un contributo economico per sostenere la cura della persona anziana che abbia bisogni assistenziali rilevanti.;
  - interventi straordinari, vengono disposti quando sussistano motivi d'urgenza e attuati, su segnalazione dei Centri o da altri organismi pubblici e privati, dal Settore Servizi per Anziani del Comune;
  - sussidi al minimo vitale erogati dalle Zone: sono aiuti agli anziani allo scopo di integrare un reddito insufficiente.
- Il servizio di teleassistenza permette di attivare un programma di intervento per necessità urgenti presso il domicilio della persona richiedente. Per il collegamento è indispensabile disporre del telefono fisso di casa accanto a una presa elettrica, in modo da consentire il collegamento dell'apparecchio di servizio. L'apparecchiatura fornita funziona anche in viva voce ed è dotato di un telecomando di piccole dimensioni da portare sempre con sé nel proprio appartamento. In caso di urgenza, sarà facile per l'anziano premerlo per attivare la chiamata di soccorso alla centrale di ascolto, attiva 24 ore su 24 con operatori che rispondono prontamente alle richieste di aiuto. A garanzia del corretto funzionamento dell'apparecchio, l'assistito viene chiamato settimanalmente, in una giornata da concordare, dalla ditta che assicura il servizio.

Nel periodo compreso tra il giugno e l'agosto 2009, i CMA milanesi hanno accettato complessivamente 202 richieste di assistenza domiciliare e ne hanno respinte 26. Il numero di anziani che hanno avuto accesso ai pasti (sempre per lo stesso periodo) sono 1.294 e gli assistenti sociali hanno effettuati 1.953 visite domiciliari.

Dal punto di vista del quadro strutturale e organizzativo, possono accedere ai servizi assistenziali (SAD e pasti a domicilio) prioritariamente anziani soli parzialmente autosufficienti con un reddito non superiore alla pensione INPS integrata al minimo al netto delle spese di affitto, condominiali e sanitarie. La presa in carico avviene su segnalazione telefonica da parte dell'utente, familiare, vicino ecc.; segue una verifica della situazione da parte dell'Assistente Sociale, che può pianificare, se necessario, una visita domiciliare.

È prevista la presa in carico continuativa in caso di necessità.

I CMA lavorano in connessione con Associazioni di Terzo Settore, ASL, Aler, RSA e AO e con privati cittadini.

La responsabilità complessiva della struttura è del Comune di Milano, Settore Servizi per Anziani.

#### **4.2.2 PIANO ANTICALDO ESTATE-AMICA DEL COMUNE DI MILANO**

Il *Piano Anticaldo* è un servizio del Comune di Milano, che fornisce assistenza sul territorio alla popolazione anziana durante l'estate. Il *Piano Anticaldo* è pensato essenzialmente per aiutare e sostenere questa fascia di popolazione in uno dei periodi più delicati dell'anno. L'amministrazione comunale in questo modo fornisce una risposta concreta e mirata ai bisogni di persone spesso sole e bisognose di aiuto, soprattutto durante il periodo estivo, che sovente rappresenta un momento di particolare necessità nella vita di queste persone.

Nel corso del 2009 sono state messe in campo diverse tipologie professionali:

Tabella 4-4 – Tipologie professionali Piano Anticaldo Estate-Amica, Comune di Milano

Tipologia professionale	N.
Medici ASL	2 (a rotazione)
Medici Volontari (Associazione Medici Volontari Italiani)	2 (a rotazione)
Assistenti Sociali	8 (per turno, a rotazione)
Educatori	6
Assistenti socio-assistenziali e operatori socio-sanitari	18 per turno
Personale amministrativo	6 (per turno)
Coordinatore del Servizio	1 (per turno)

Il servizio si avvale della collaborazione di due medici volontari e di undici Associazioni di Volontariato, che con propri operatori collaborano nella consegna dei pasti a domicilio (di norma ogni equipaggio è formato da 2 operatori).

Il servizio beneficia di fonti di finanziamento pubbliche e private.

Secondo le fonti del Comune, nell'ambito dei servizi di sostegno alla popolazione anziana il *Piano Anticaldo Estate-Amica* assume particolare rilevanza nella prevenzione degli effetti delle ondate di calore sulla salute della popolazione e come risposta immediata ai bisogni degli anziani che nei mesi estivi restano da soli in città.

L'obiettivo principale è quello di fornire un supporto e un punto di riferimento per qualsiasi emergenza, offrendo interventi di pronto intervento assistenziale, consegna pasti caldi a domicilio, assistenza domiciliare o infermieristica, momenti di compagnia e aiuto domestico con accompagnamento per la spesa o per visite mediche, oltre a buoni spesa gratuiti, per gli anziani più indigenti, in parte acquistati dalla Amministrazione ed in parte donati dalle più importanti catene di distribuzione (Coop, Esselunga, Sma).

Il servizio viene attivato mediante richiesta telefonica dei cittadini, effettuata ad un numero verde operativo nel periodo giugno – agosto tutti i giorni, compresi i festivi, dalle ore 08.00 alle ore 19.00.

L'erogazione del servizio si articola in due fasi:

<p>1° fase 3 giugno – 29 luglio 2009</p>	<p>Interventi assistenziali attivati:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- preparazione del pasto;</li> <li>- consegna pasti a domicilio;</li> <li>- igiene personale;</li> <li>- igiene ambientale;</li> <li>- consegna della spesa a domicilio;</li> <li>- buoni spesa gratuiti;</li> <li>- compagnia e sostegno relazionale;</li> <li>- accompagnamenti;</li> <li>- buono taxi;</li> <li>- consulenza medica;</li> <li>- ricoveri urgenti nelle Residenze Sanitarie Assistenziali.</li> </ul>	<p>A livello territoriale, la prima fase prevede otto sedi con apertura dal lunedì al venerdì dalle 8.00 alle 19,00.</p> <p>Per il sabato e la domenica è aperta una sede unica dalle ore 8,00 alle 19,00.</p>
--	--	--

<p>2° fase 30 luglio – 30 agosto 2009</p>	<p>Oltre a quelli elencati in precedenza sono disponibili a titolo gratuito:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- parrucchiere: taglio e piega in accordo con l'Associazione APA Confartigianato;</li> <li>- cinema e pizza in collaborazione con Agis;</li> <li>- gelati;</li> <li>- abbonamenti alle piscine per il mese di agosto;</li> <li>- visite guidate ai musei cittadini in particolare Castello Sforzesco, Acquario Civico, Museo di Storia Naturale e iniziative varie presso il Museo della Scienza e dalla Tecnologia e Museo Diocesano, con la possibilità di sostare in ambienti climatizzati;</li> <li>- escursioni guidate presso il Parco Nord, parco del Ticino;</li> <li>- possibilità di gite presso le cascate;</li> <li>- possibilità di trascorre alcune ore in compagnia in luoghi climatizzati quali 28 Centri socio ricreativi culturali, 16 Centri Diurni Integrati, 4 Laboratori di terapia occupazionale e 22 Residenze sanitarie assistenziali;</li> <li>- possibilità di ospitare presso ristoranti cittadini anziani nell'ambito dell'iniziativa: "piatto del cuore"</li> <li>- consegna quotidiani a domicilio.</li> </ul>	<p>Nella seconda fase è aperta un'unica sede operativa.</p>
---	---	---

Per offrire opportunità di incontro e svago nonché la possibilità di godere di luoghi climatizzati (Residenze Sanitarie Assistenziali, Centri Diurni Integrati, Centri Socio Ricreativi Culturali e Laboratori di Terapia Occupazionale), il Comune mobilita tutte le risorse cittadine.

Viene inoltre garantita la presenza di un medico (a seguito della sottoscrizione del Protocollo di Intesa tra Comune e ASL, teso a facilitare i rapporti con le Aziende Ospedaliere e i Medici di Medicina Generale, in aggiunta a quello messo a disposizione dall'Associazione Medici Volontari Italiani), che fornirà consulenza telefonica e garantirà anche interventi sanitari a domicilio.

*Tim* partecipa supportando l'amministrazione con il progetto *pony della solidarietà*, fornendo risorse finanziarie, cellulari e schede telefoniche a favore di associazioni di volontariato già impegnate sul territorio. I gruppi *Esselunga*, *Coop* e *SMA* contribuiscono con buoni spesa gratuiti da destinare ad anziani in difficoltà. Questi buoni spesa si aggiungono a quelli messi a disposizione dal Comune. Altri soggetti collaborano alla realizzazione dell'iniziativa sia istituzionali che privati: Asl, Aler e Poste Italiane; Associazioni di categoria, Anammi, Associazione e Ordine dei Farmacisti, Faid Federdistribuzione Unione Artigiani, Apa Confartigianato, Epam, Associazione Pizzaioli, AGIS.

Tra gli sponsor del servizio si ricordano *Tim*, ATM, Milano Sport, Centrale del Latte, Parco Nord, Parco Ticino.

Le Associazioni del terzo settore che collaborano con il *Piano Anticaldo* sono: Caritas, Auser, Fondazione Aquilone, Fondazione Fratelli San Francesco, Opera San Francesco, Coordinamento 3° Età, Sea, Punto Ever Green, Arca, City Angels, Locanda di Gerico, Comunità Suore Poverelle, Aras.

Ai servizi assistenziali (SAD e pasti a domicilio) possono accedere prioritariamente anziani soli parzialmente autosufficienti con un reddito non superiore alla pensione INPS integrata al minimo al netto delle spese di affitto, condominiali e sanitarie. Trattandosi di un servizio che si sviluppa nell'arco di tre mesi viene comunque garantita la presa in carico di tutte le persone fragili. La presa in carico avviene su segnalazione telefonica da parte dell'utente, familiare, vicino ecc.; cui fa seguito una verifica della situazione da parte dell'Assistente Sociale e, se necessario, visita domiciliare.



### 4.2.3 L'ASSOCIAZIONE «SENECA» DI MILANO

*Seneca*, costituita il 6 giugno 1998, è un' associazione di volontariato Onlus, apartitica e aconfessionale, che offre assistenza domiciliare gratuita ad anziani bisognosi residenti a Milano, sia nel periodo della convalescenza, sia in particolari situazioni di necessità e solitudine, o per evitare ricoveri non indispensabili. L'Associazione è stata costituita per rispondere alle pressanti esigenze di intervento socio assistenziale in un settore che richiede l'integrazione di sempre maggiori risorse da parte delle istituzioni pubbliche e del privato sociale.

Con il tempo, l'Associazione è cresciuta e ha ampliato l'offerta di servizi agli anziani e alle loro famiglie, di cui renderemo conto nei paragrafi che seguono.

In particolare, nel corso del 2009, *Seneca* ha messo in campo 215 volontari e una pluralità di figure professionali (Tabella 4-5).

Tabella 4-5 – Tipologie professionali associazione *Seneca*, Milano

Tipologia professionale	N.
Psicologi	2
Consulenti per la formazione dei volontari	4
Dottore commercialista	1
Counsellor	1
Assistente sociale	1

L'associazione gestisce attività a favore dei propri volontari, in particolare organizza:

- formazione sia iniziale che permanente;
- supporto psicologico per migliorare la relazione con gli assistiti;
- incontri sia a carattere ludico che per discussioni a tema;
- blog e altre forme di comunicazione online.

Sempre nel corso del 2009, l'associazione ha seguito 200 anziani semiautosufficienti al domicilio e 40 per monitoraggio e compagnia telefonica. Sono stati presi in carico anche 82 anziani non autosufficienti, affetti da morbo di Alzheimer e demenza senile e 20 familiari.

La presa in carico degli utenti avviene per mezzo di segnalazioni da parte di assistenti sociali, sanitarie, o su invio da parte di ospedali e altre associazioni di volontariato. Gli anziani e le loro famiglie accedono all'intervento a seguito di una valutazione dei bisogni evidenziati e della compatibilità con i servizi offerti. In media la presa in carico dura due anni. Interventi e prestazioni sono erogati a titolo gratuito.

L'associazione *Seneca* mette a disposizione volontari e operatori socio-sanitari a domicilio, mediamente una o due volte la settimana. Per i soggetti affetti da Alzheimer in fase avanzata, la frequenza delle visite domiciliari aumenta.

L'associazione crea reti collaborative con altre associazioni, fondazioni e con l'Assessorato alla famiglia del Comune di Milano.

Gli obiettivi dichiarati e perseguiti da *Seneca* sono:

- Migliorare la qualità di vita degli anziani fragili offrendo presenza accogliente e assistenza domiciliare tramite volontari qualificati e operatori socio-sanitari.
- Lenire la solitudine degli anziani e dare loro aiuto in particolari situazioni di emergenza anche per contribuire ad evitare ricoveri non indispensabili.
- Sostenere la famiglia in difficoltà anche nel periodo successivo alle dimissioni dall'ospedale.
- Favorire la socializzazione attraverso momenti periodici di incontro gestiti da volontari appositamente formati e preparati.

- Collaborare con enti pubblici e privati, associazioni di volontariato e altre organizzazioni per offrire un'ampia gamma di servizi integrati.
- Sviluppare rapporti di rete con tutte le strutture e i servizi presenti sul territorio.
- Sviluppare progetti intergenerazionali.
- Studiare e attuare progetti anche a favore di anziani affetti da patologie degenerative.
- Contribuire alla riqualificazione delle periferie con studio e realizzazione di progetti mirati ad attività di integrazione tra anziani.
- Sensibilizzare l'opinione pubblica sulle problematiche degli anziani.

Le attività realizzate, a titolo totalmente gratuito, nei confronti degli anziani bisognosi si articolano in:

Tabella 4-6 – Attività dell'Associazione Seneca nel corso del 2009

Presenza domiciliare di volontari per ascolto, compagnia, aiuto, accompagnamenti, disbrigo di pratiche burocratiche e incombenze varie.
Servizio di igiene personale svolto da operatori socio-sanitari qualificati.
Programma di assistenza specifica per malati di Alzheimer e sostegno multifunzionale alle famiglie.
Incontri di socializzazione e animazione rivolti a gruppi di anziani fragili, gestiti da volontari esperti.
Attività di danza-terapia e teatrale anche come strumento di inclusione sociale.
Servizio di intrattenimento telefonico di supporto ai più soli.
Servizio telefonico di segretariato sociale.
Partecipazione al programma "Pronto intervento estivo" promosso dal Comune di Milano.

L'associazione gestisce cinque progetti specifici che si configurano come buone pratiche per la loro capacità di intercettare i bisogni complessi dell'utenza e di rispondervi in maniera relazionale, attivando processi di *empowerment*:

- Progetto "*Dimissioni Assistite*";
- Progetto "*Capelli Bianchi: Storie Sul Palco*";
- Progetto di socializzazione "*Cerchi di perle*";
- Progetto "*Assistenza Domiciliare Alzheimer*"
- Progetto "*Alzheimer Café*"

"*Dimissioni Assistite*" è un progetto sperimentale che ha preso le mosse nell'ottobre 2010 e che nasce dalla collaborazione con la Fondazione Don Gnocchi, l'Istituto Palazzolo e la Fondazione Maugeri di Milano. I Responsabili di tali istituti, all'interno dei quali sono aperte da circa due anni strutture intermedie (vale a dire strutture che ospitano i pazienti superata la fase di acuzie per un periodo di 30 giorni) hanno mostrato interesse e disponibilità a lavorare in partnership con *Seneca* per la buona riuscita di questo progetto innovativo che va a incidere su bisogni reali e urgenti degli anziani e delle loro famiglie. L'idea è di assicurare la continuità assistenziale gratuita agli anziani bisognosi e fragili nel momento del passaggio dal regime di ricovero in strutture intermedie e/o reparti di riabilitazione al rientro al domicilio per il periodo della convalescenza e/o della stabilizzazione della situazione sanitaria in attesa che venga attivata un'adeguata rete assistenziale da parte della famiglia e/o con il sostegno da parte dei servizi pubblici. Si prevede anche un affiancamento temporaneo a integrazione dei servizi domiciliari proposti dal Comune, che non sono sufficienti a dare una risposta assistenziale adeguata al recupero psicofisico dell'anziano. Il servizio è pensato anche per quelle fasce vulnerabili di anziani che superano leggermente i parametri reddituali del Comune per la presa in carico, ma che non sono in grado di affrontare le spese assistenziali senza supporto. *Seneca* inoltre prevede la messa in campo di

volontari formati, che si recheranno – su segnalazione degli assistenti sociali - presso le strutture partner prima delle dimissioni, in modo tale da incontrare previamente gli anziani assistiti e i loro familiari. Tale “presenza-ponte” ha lo scopo di accogliere al meglio le esigenze del paziente e della famiglia e di mirare in modo attento l'intervento domiciliare da prevedere. In seguito è previsto un monitoraggio costante dei casi al domicilio, con l'eventuale introduzione di figure professionali specializzate o l'inserimento dell'anziano in altri programmi di cura continuativa di *Seneca* (cfr. assistenza domiciliare continuativa Alzheimer, gruppi di socializzazione). L'offerta assistenziale di *Seneca* è integrata dalla possibilità per i familiari di essere affiancati da un counsellor esperto, che supporti i familiari *caregiver* nella gestione dell'ansia e dello stress indotti dalla prolungata cura del familiare.

Questo tipo di progetto si rivela particolarmente adeguato a offrire un'opportuna assistenza domiciliare in una fase a elevata criticità. Integra la rete territoriale, che comprende i reparti delle strutture di ricovero che partecipano al progetto, l'ASL, i CMA, il medico di medicina generale e il volontariato con il supporto della famiglia e della rete amicale/vicinato. Il progetto “Dimissioni Assistite” contribuisce a rendere maggiormente “relazionale” e quindi maggiormente “friendly” l'assistenza all'anziano ed eroga prestazioni domiciliari di qualità. In questo modo, è possibile evitare ricoveri impropri e il ricorso al pronto soccorso.

Il progetto “*Capelli Bianchi: Storie Sul Palco*” mira a contrastare – attraverso l'attività teatrale - l'esclusione sociale che spesso affligge gli anziani, rifugiati in una routine minimale, nell'eccessiva concentrazione sui propri problemi di salute e personali, in una progressiva situazione di depressione e solitudine che ostacola una buona relazionalità con il mondo e la società. Il progetto vuole riattribuire agli anziani il fondamentale ruolo che dovrebbero e potrebbero avere nella vita della comunità locale, per riaffermarli come archivio della memoria. Pertanto, l'associazione *Seneca* predispone attività di narrazione i storie personali e non, legate all'esperienza personale dei soggetti, ma non solo, all'interno di uno spazio teatrale, che diviene un luogo in cui gli anziani si ritrovano mettendosi in gioco e uno spazio di potenziamento della rete di relazioni, stimolo dell'immaginario e scoperta di una nuova identità. Attraverso il lavoro teatrale gli anziani sono stimolati a (ri)scoprire le proprie attitudini personali e le qualità inespresse, ritagliandosi ciascuno il ruolo più adeguato alla propria indole e personalità (coinvolgimento come costumisti, scenografi, truccatori, ecc.).

Un aspetto significativo del progetto riguarda il coinvolgimento dei giovani, che affiancano gli anziani - secondo una logica di scambietà intergenerazionale - nel valorizzare, recuperare e documentare frammenti di memoria e produzioni poetico-letterarie delle generazioni che li hanno preceduti. La compresenza di volontari e ragazzi durante gli incontri del laboratorio teatrale consente di tenere un “diario di bordo” delle attività svolte e di documentare le storie più significative per una possibile divulgazione con finalità educativa nelle scuole e nei centri di aggregazione.

Il progetto di socializzazione “*Cerchi di perle*” prende le mosse nel 2007 quando, per alcuni mesi, *Seneca* ha attivato due punti sperimentali di aggregazione e di incontro per anziani disagiati presso le postazioni dei custodi socio-sanitari all'interno dell'edilizia Aler dei quartieri Corvetto e Giambellino. Il progetto, realizzato grazie al supporto di volontari, mirava a far esperire un senso di appartenenza e di comunità agli anziani della zona.

Nel 2009 è stato attivato un altro progetto pilota di socializzazione rivolto agli anziani fragili con obiettivi analoghi. Anche in questo caso la presenza di volontari si è rivelata imprescindibile, anche se questa volta erano guidati da esperti. Per la realizzazione delle attività, sono stati coinvolti anche anziani del quartiere, motivati e ancora con grandi risorse psico-fisiche che si sono spesi a favore di altri anziani maggiormente vulnerabili. Gli anziani hanno lavorato in gruppi di 15 e è stato messo a calendario un ciclo annuale di 15 – 30 incontri, con sessioni a cadenza settimanale o quindicinale, di due ore ciascuna, che includessero accoglienza, attività, verbalizzazione finale, congedo.

Il progetto è stato attivato presso il laboratorio di quartiere in zona Molise Calvairate, via Odazio e presso alcune sedi, ex postazioni dei custodi sociali (via Giambellino, via Appennini, via Ponale e presso la Parrocchia Santo Curato d'Ars in Giambellino). Il programma è stato realizzato in stretta collaborazione con l'istituto Palazzolo, la Fondazione Don Gnocchi e con i custodi sociali.

Era previsto un monitoraggio in itinere da parte di studenti della facoltà di Psicologia dell'Università Cattolica di Milano.

Il progetto "Assistenza Domiciliare Alzheimer" nasce dall'esigenza di fornire risposte adeguate e qualificate ai crescenti bisogni degli anziani affetti da Alzheimer e delle loro famiglie. Il progetto è stato avviato nel 2008 grazie a un finanziamento privato. Obiettivo principale dell'intervento è il sostegno ai familiari dei malati, che vengono affiancati da operatori socio-sanitari qualificati, formati per gestire l'assistenza a questa tipologia di malati secondo modalità che valorizzano la stimolazione e la relazione.

Il programma di assistenza prevede una stretta collaborazione con l'Assessorato ai servizi sociali del Comune di Milano, enti ed associazioni private per l'integrazione dei livelli di assistenza e per acquisire, da parte dei soggetti attivamente presenti sul territorio, segnalazioni di casi da prendere in carico per l'assistenza domiciliare.

In particolare, viene erogata assistenza domiciliare gratuita mediante operatori socio-sanitari e volontari. I destinatari dell'intervento sono anziani ultra 65enni, segnalati dai servizi pubblici sanitari o sociali, da organizzazioni di volontariato e del privato sociale, che ricadono sotto l'uno o l'altro dei due profili indicati:

<i>Profilo A - Anziani affetti da Alzheimer che vivono in famiglia</i>
Seneca attiva l'assistenza ove necessaria e non esistente o insufficiente, o integra quella fornita da strutture pubbliche e private allo scopo di ampliare il programma di assistenza agli anziani e dare un sostegno alle loro famiglie nelle fasi più critiche della malattia.
<i>Profilo B - Anziani affetti da Alzheimer che vivono soli con bassa fascia di reddito con rete di presenza vicinale precaria e/o seguiti dai servizi pubblici con numero di accessi insufficienti rispetto al bisogno evidenziato</i>
L'assistenza domiciliare che viene proposta è finalizzata a protrarre la permanenza degli anziani soli, parzialmente disorientati, presso il proprio domicilio e a posticiparne il trasferimento definitivo in strutture residenziali protette per evitare un'accelerazione delle sindromi depressive e il decadimento psico-fisico.

I tre obiettivi macro dell'intervento sono:

- Mantenere gli anziani al domicilio il più lungo possibile posticipandone il ricovero definitivo in strutture assistenziali.
- Fornire un concreto supporto e riferimento specialistico ai care-giver nella cura quotidiana e nella relazione con la persona affetta da morbo di Alzheimer o da altri tipi di demenza.
- Costruire una rete efficiente di interventi socio-sanitari specialistici ed integrati in modo da garantire una risposta concreta ed efficace ai bisogni di assistenza domiciliare che i malati presentano nella permanenza al proprio domicilio.

Nel 2008 sono stati presi in carico 56 casi, di cui:

- 21 gravi/gravissimi
- 14 moderati
- 21 lievi/in evoluzione.

Rispetto ai 56 malati sono stati attuati interventi di assistenza e aiuto alla mobilitazione, supporto nella gestione della vita quotidiana, attività di intrattenimento e di stimolo, accompagnamenti all'esterno, consulenza psicologica ai familiari *caregiver*, consulenza

occupazionale, consulenza sociale, orientamento ai servizi presenti sul territorio, supporto nel disbrigo di pratiche burocratiche, supporto economico per retta di frequenza ai Centri Diurni Integrati.

L'attività del primo semestre 2009, svolta in continuità con quella del 2008, ha registrato la presa in carico di 32 nuovi casi. Gli anziani seguiti in totale nel semestre sono stati 66, dei quali 38 donne e 28 uomini, caratterizzati dal seguente livello di gravità:

- Livello grave: 32
- Livello medio o medio-grave: 23
- Livello lieve: 11

Quasi tutti gli utenti usufruiscono di altri servizi (privati o pubblici, o entrambi) oltre a quello erogato da *Seneca*.

Il fatto che in moltissimi casi gli utenti ricevano servizi pubblici (assistenza domiciliare, pasti o contribuzioni economiche di vario tipo), è indice della collaborazione in atto tra *Seneca* e il Comune di Milano, che permette di evitare nella gestione della problematica atteggiamenti di "trascuratezza" e favorisce la complementarietà tra i servizi.

Infine, a partire dall'aprile 2009, in collaborazione con l'associazione milanese *Al confine*, *Seneca* realizza un *Alzheimer Café* con incontri settimanali. Prendono parte al Café circa dodici anziani, tra i sessantatre e i novant'anni, affetti da morbo di Alzheimer a differenti stadi di progressione della malattia e di conseguente compromissione dell'autosufficienza. Tutti gli anziani che partecipano al progetto sono ad alto rischio di marginalizzazione, in molti casi arrivano su segnalazione dei servizi sociali territoriali.

Le attività proposte all'Alzheimer Café sono essenzialmente di due tipi:

- 1) incontri di gruppi "validation"(metodologia messa a punto da Naomi Feil) condotti da un assistente sociale di *Seneca*;
- 2) sperimentazioni di laboratorio teatrale condotte da collaboratori esperti di *Seneca*.

Nell'ambito del Café si sperimentano diverse metodologie di intervento (discussione di gruppo, ascolto ed espressione musicale, lettura di poesie, movimento ed espressione corporea, ecc), finalizzate di volta in volta al mantenimento delle capacità cognitive, mnestiche e relazionali dei soggetti. Il tentativo è di creare uno spazio non istituzionale e non medicalizzato, in cui tenere viva la comunicazione con gli anziani.

#### **4.2.4 IL CENTRO DIURNO INTEGRATO DI VIA MASPERO, COMUNE DI VARESE**

Un'ulteriore pratica di eccellenza che ha continuato le sue attività è il Centro diurno integrato di Via Maspero a Varese. La peculiarità di questo centro risiede nell'apertura a soggetti della comunità locale, che vengono invitati a partecipare alle attività del centro affiancando popolazione e anziani non autosufficienti in percorsi animativi e socializzativi.

Accanto alle prestazioni socio-assistenziali e sanitarie, realizzate grazie alla presenza di una molteplicità di figure professionali e volontari (cfr. Tabella 4-7), il Centro offre la possibilità di essere inseriti in percorsi riabilitativi e socializzativi.

Accoglienza, sostegno e creatività sono le parole chiave che guidano la progettazione e orientano l'implementazione delle attività. Il Centro fa riferimento a una metodologia animativa di tipo riabilitativo, di prevenzione del disagio e di prevenzione in uno spazio di incontro con l'altro senza distinzione di età e di patologia.

La scelta metodologica specifica ha riguardato l'affiancamento nelle attività ludico ricreative da parte di segmenti della popolazione "sana", che fruiscono dei corsi messi a disposizione dal Centro. L'idea è quella di creare uno spazio di condivisione in cui l'apertura alla cittadinanza svolga una funzione terapeutica *per se*, allontanando lo spettro della marginalizzazione e della creazione di ghetti per anziani.

Il Centro diurno di Via Maspero ha recentemente festeggiato i suoi primi dieci anni di attività. Nel corso di questo decennio, il numero di persone che hanno fruito dell'animazione è cresciuto, passando dai 22 del 2000 ai 40 del 2009. Anche i fruitori del servizio di trasporto sono aumentati nello stesso lasso di tempo (28 nel 2000; 44 nel 2009).

Il 67% dei beneficiari del servizio sono multiproblematici e nel 42% dei casi hanno un'età compresa tra i 75 e gli 84 anni. I motivi più frequenti di dimissione dal Centro sono il ricovero in RSA (27%) e l'aggravamento dello stato di salute (27%), seguiti da decesso (24%). Il 45% degli anziani che frequentano il Centro vivono soli (il 22% vive con il coniuge) e nel 55% dei casi i figli sono i *caregiver* principali.

Il servizio lavora in continuità con i servizi specialistici, gli ospedali, i centri di riabilitazione e i servizi sociali.

*Tabella 4-7 - Tipologie professionali Centro diurno integrato di Via Maspero, Varese*

<i>Tipologia professionale</i>	<i>N.</i>
Responsabile	1
Medici	2
Infermiere professionale	1
Infermiere generico	1
Terapista della riabilitazione	1
Psicomotricista	1
Assistente sociale	1 (part-time)
Ausiliario socio-assistenziale	1
Operatori socio-sanitari	4 (di cui 1 part time)
Educatori	2
Amministrativo	1 (part time)
Autisti	2
Accompagnatori	2
Volontari Servizio Civile	4
Volontari anziani a contratto	2

## 5. IL VOLONTARIATO PER GLI ANZIANI IN LIGURIA, LOMBARDIA, SICILIA

*di Roberta Di Rosa, Matteo Moscatelli e Sergio Fabbri*

### 5.1. INTRODUZIONE

La ricerca sugli interventi e sui servizi innovativi proposti dal volontariato e rivolti agli anziani non autosufficienti (over 65 anni) e alle loro famiglie ha avuto come obiettivo quello di tratteggiare una mappatura della situazione all'interno delle Regioni al focus del presente rapporto oltre che quello di identificare "promesse" di buone pratiche di servizi per gli anziani, organizzate specificatamente dal non profit e meritevoli di uno studio di caso o di un approfondimento. Questa analisi preliminare vuole anche individuare una prima metodologia per poter indagare un fenomeno scarsamente formalizzato, che è radicato spesso ai livelli più locali del territorio, per questi motivi di difficile analisi. In assenza di una specifica fonte censitaria che racchiuda dati affidabili sul numero delle organizzazioni di volontariato presenti sui tre territori<sup>107</sup>, l'approfondimento si è prevalentemente concentrato sul Comune e sulla Provincia di Milano, un'area geografica molto estesa, notevolmente interessata al tema della "cura dell'anziano e della sua famiglia" e su alcune organizzazioni di volontariato presenti nella Regione Liguria in particolare nel Comune e nella Provincia di Genova. Per la Regione Sicilia la ricognizione ha fatto riferimento alle province di Agrigento, Caltanissetta, Trapani e Palermo.

Per costruire l'universo di riferimento della ricerca sono state prese in considerazione le seguenti fonti:

- registri regionali del Volontariato della Lombardia, della Liguria e della Sicilia;
- *database* dei C.S.V. regionali.

L'indagine ha per oggetto l'universo delle associazioni di volontariato<sup>108</sup> che propongono attività e progetti rivolti all'anziano con particolare attenzione alle associazioni che hanno come focus sia l'anziano che la sua famiglia. Dall'elenco di riferimento fornitoci risulta che nel Comune di Milano e nell'hinterland agiscono 263 organizzazioni di volontariato che hanno come principale ambito di riferimento e, quindi, di azione quello rivolto al benessere dell'anziano e della sua famiglia. Per quanto riguarda il Comune e la Provincia di Genova sono state rintracciate circa 155 unità di volontariato. Inoltre nel Comune e nella Provincia di Savona svolgono attività di volontariato rivolte agli anziani circa 40 associazioni. In Sicilia le organizzazioni rilevate sono 141.

Tutte le organizzazioni di volontariato considerate promuovono attività sociali e servizi rivolti all'anziano in almeno uno degli ambiti d'intervento di seguito presentati e in particolare, come già evidenziato, sono state oggetto di particolare attenzione quelle associazioni che attivano servizi

---

<sup>107</sup> Non è stato agevole costruire l'universo di riferimento per svolgere l'indagine per la carenza di informazioni appropriate e di database pertinenti.

<sup>108</sup> Sono escluse dalla popolazione di riferimento le cooperative sociali, le associazioni di promozione sociale, le associazioni di associazioni, i movimenti, le O.N.G. e federazioni: per quanto riguarda le fondazioni, sono prese in considerazione solo se possiedono all'interno della loro struttura anche la forma giuridica di associazione.

Non vengono, inoltre, prese in considerazione dall'indagine tutte quelle associazioni che svolgono come attività principali quelle culturali e sportive, che pur possedendo la struttura dell'organizzazione di volontariato e pur proponendo attività e servizi rivolti all'individuo anziano non hanno finalità di tipo pro-sociale.

con lo scopo di prendersi cura non solo dell'anziano ma anche della sua famiglia. Le associazioni individuate, inoltre, possono promuovere più attività appartenenti ad ambiti diversi anche se spesso trattandosi di organizzazioni piccole, la maggiore parte interviene in una specifica area. Riportiamo di seguito alcuni ambiti di intervento principali che sono stati ricavati da un'analisi preliminare dei siti web<sup>109</sup> delle associazioni:

- *Ambito sanitario.*

Rientrano in questo ambito tutte le attività che offrono servizi di carattere sanitario, come il primo soccorso. Lo scopo di queste attività è quello di salvaguardare la salute dell'anziano, inserendosi in quei settori dove la sanità pubblica non riesce ad intervenire in modo efficace ed efficiente.

- *Ambito socio - sanitario.*

Fanno parte di questo ambito le attività delle associazioni che propongono servizi di assistenza, principalmente all'interno di strutture sanitarie o a domicilio, agli anziani, che per disabilità, perché affetti da varie patologie non sono più autosufficienti. Rientrano nell'ambito socio - sanitario anche le attività svolte da associazioni che operano all'interno di strutture residenziali come R.S.A. e comunità.

- *Ambito socio-assistenziale.*

Le attività socio - assistenziali offrono servizi simili a quelli del socio - sanitario, differenziandosi per il fatto che propongono interventi di assistenza di emergenza inferiore rispetto a quelli legati alla sfera sanitaria; rientrano in questa categoria le attività di supporto, di distribuzione di generi di conforto, di assistenza notturna, ecc. L'attenzione di queste attività è rivolta inoltre non solo all'anziano portatore del disagio ma anche alle persone che gli stanno accanto, come i familiari e gli amici.

- *Ambito educativo e formativo.*

Le attività educative e formative propongono servizi legati all'informazione e all'apprendimento di nuovi comportamenti per la formazione e la crescita degli individui. Tali attività sono rivolte all'anziano e soprattutto al familiare che deve "imparare" a prendersi cura e a farsi carico di quest'ultimo.

- *Ambito culturale e artistico.*

Fanno parte di questo ambito le attività culturali ed artistiche che propongono un fine sociale utile all'anziano.

- *Ambito ricreativo.*

Fanno parte di questo ambito le attività che utilizzano e valorizzano l'attività ludica come un valore sociale a cui ispirarsi. Attraverso queste attività si educano gli individui ad un corretta salvaguardia della propria educazione fisica, della mente e quindi della salute.

- *Ambito di sensibilizzazione.*

La promozione, la prevenzione, le campagne di informazione e la raccolta fondi vengono inserite nella categoria delle attività di sensibilizzazione. Tale attività è comune a tutti i contesti di intervento e viene svolta spesso non come attività principale dalle associazioni ma come strumento secondario per ottenere risorse e legittimità.

---

<sup>109</sup> Molte delle organizzazioni non possiedono un sito web in quanto, spesso, come mezzo di divulgazione utilizzano solo il "passaparola" delle persone che usufruiscono dei loro servizi, inoltre, molte, a causa delle limitate risorse, non dispongono di materiale informativo, come ad esempio volantini o giornalini, limitando così la visibilità da chi è esterno all'associazione. L'analisi dei siti web, che ha consentito di prendere visione di alcune variabili indispensabili per la costruzione dell'oggetto di ricerca sia per la costruzione del questionario, è stata utilizzata soprattutto per la Regione Liguria.



## 5.2. L'INDAGINE E GLI STRUMENTI UTILIZZATI

Una volta reperiti gli elenchi delle associazioni che promuovono attività e progetti sociali aventi come soggetto di riferimento l'anziano e la sua famiglia si è pensato di procedere a un'indagine di approfondimento sia di tipo qualitativo che quantitativo in modo da raccogliere dati che potessero aiutarci a comprendere la rilevanza del fenomeno nel Comune di Milano e nella Provincia, nel Comune e nella Provincia di Genova e nelle 4 provincie siciliane considerate.

Per la rilevazione dei dati sulle organizzazioni è stato utilizzato *un questionario semi-strutturato*, spedito tramite *e-mail*<sup>110</sup> alle associazioni in elenco. Si è deciso di utilizzare questa modalità in quanto propone una compilazione semplice, che può essere effettuata in più momenti e, in caso di necessità, può essere supportata telefonicamente dai responsabili e dai collaboratori del progetto; è stata inoltre attivata la *compilazione telefonica* guidata, nei casi in cui l'associazione non fosse raggiungibile via web.

Il questionario è composto da 8 variabili ed è suddiviso nelle seguenti aree:

- *dati generali dell'associazione;*
- *risorse* - vengono poste domande relative al numero delle persone coinvolte tenendo in considerazione volontari che partecipano alle attività e volontari che partecipano in qualità di professionisti (infermieri, psicologi, medici, avvocati, assistenti sociali, ecc);
- *utenza* - viene chiesto di indicare il numero di anziani autosufficienti, di anziani non-autosufficienti e di familiari di anziani assistiti dall'associazione;
- *attività* - si richiede una descrizione dei progetti o delle attività nel corso dell'anno 2009 che sono stati attivati a favore di anziani e dei loro familiari.

Complessivamente hanno risposto al questionario online il 14% delle associazioni di volontariato Lombarde (37). Per quanto riguarda il Comune di Genova, malgrado svariati tentativi, hanno partecipato alla ricerca circa il 10% delle associazioni identificate (15). In Sicilia è stato possibile raggiungere il 65% di esse (91).

È possibile imputare la scarsa adesione alla ricerca alle seguenti motivazioni principali:

- recapiti disponibili inesistenti e impossibilità di reperirne altri;
- nessuna risposta ai recapiti disponibili e impossibilità di reperirne altri;
- indisponibilità a rispondere ed a fornire ulteriori recapiti telefonici da parte dei referenti<sup>111</sup>;
- scarsa disponibilità da parte del personale a compilare il questionario in quanto, spesso i volontari sono persone anziane o con una cultura medio - bassa, quindi, poco disponibili a fornire dettagli riguardo la propria attività.

---

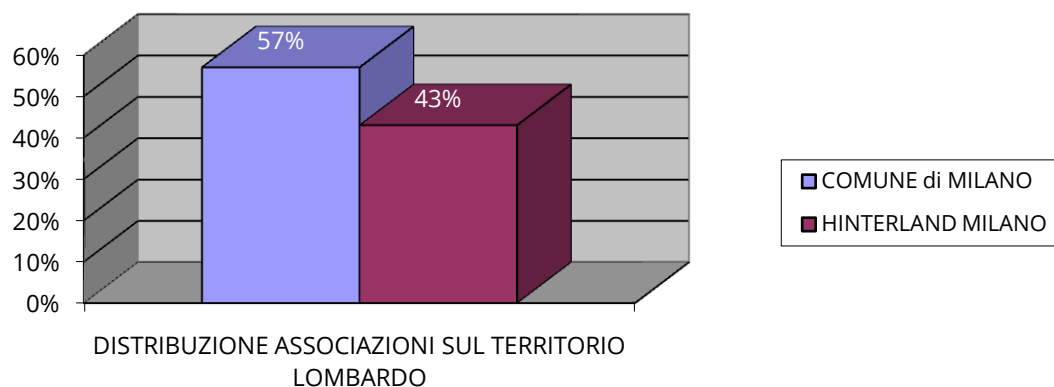
<sup>110</sup> Nell'e-mail spedita alle associazioni sono state inserite, oltre alla presentazione della ricerca, le istruzioni per la compilazione e richiesti i contatti dei responsabili del progetto in modo da poter in futuro richiedere ulteriori informazioni. Non è stata scelta una figura specifica per la compilazione ma si è definito, come soggetto ideale, la persona che "vive da dentro" l'associazione, che è quotidianamente impegnata nelle attività proposte dall'organizzazione, e, quindi, è informata sui servizi proposti ed è in possesso dei dati strutturali generali dell'ente in cui è inserita.

<sup>111</sup> L' AUSER della provincia di Palermo non ha dato disponibilità a partecipare al progetto di ricerca.

### 5.3. ALCUNE CARATTERISTICHE DELLE ORGANIZZAZIONI CONSIDERATE<sup>112</sup>

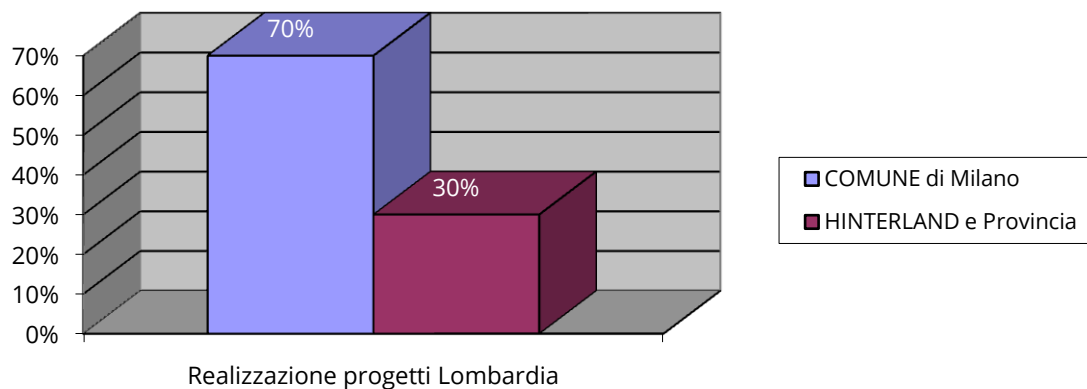
Per quanto riguarda la Lombardia e l'area di Milano circa la metà delle associazioni di volontariato (il 57%) ha il proprio raggio d'azione all'interno del Comune di Milano, mentre, il 43% agisce e ha la propria sede di riferimento nell'hinterland milanese.

Figura 5-1- Zona di lavoro delle associazioni di volontariato considerate (Milano e Provincia)



Sono maggiori i progetti realizzati in città : il 70% dei progetti sono stati realizzati all'interno del Comune di Milano mentre il restante 30% si sono sviluppati nell'hinterland e nella Provincia milanese.

Figura 5-2- Progetti realizzati in comune e nell'Hinterland milanese



Con riferimento all'anno 2009, i progetti più interessanti realizzati da organizzazioni/associazioni di volontariato sul territorio lombardo e precisamente nel Comune e nella Provincia di Milano, sono stati:

- *il progetto "Raccontiamo il territorio"* propone interventi di coesione sociale tra anziani con più di 65 anni, con studenti e giovani appartenenti alle parrocchie e ai centri sportivi, tra anziani

<sup>112</sup> Le percentuali e le analisi preliminari riportate di seguito saranno riferite al sottoinsieme del campione che ha risposto. Inoltre si precisa che mentre per la Lombardia e per la Sicilia saranno presentati alcuni dati e grafici statistici, per la Liguria si è ritenuto opportuno non eseguire alcune analisi a causa della scarsità del campione che avrebbe portato ad ottenere dati considerati contraddittori creando così una visione forviante del fenomeno in questa regione. Per quanto riguarda la Liguria si è deciso, quindi, di dare maggior spazio ad un'analisi qualitativa dei dati ottenuti dai questionari e da un'analisi dei materiali trovati attraverso il web.

non-autosufficienti con gli educatori, i custodi sociali e i volontari. Il progetto propone incontri intergenerazionali in cui gli anziani sono chiamati a raccontare e ricordare i luoghi di Milano a loro più significativi e i giovani hanno il compito di raccogliere materiali e di organizzare gite in questi luoghi particolari (Istituto Palazzolo di Milano);

- *il Progetto "TIP TAP"* ha lo scopo di riunire gli anziani per trascorrere pomeriggi allegri attraverso attività di laboratorio creativo e di stimolazione cognitiva. Inoltre prevede incontri fisioterapici e psicomotori (Centro Ranzoni Villa di Seregno);
- *vari progetti di Centro di ascolto telefonico* per fornire assistenza telefonica ad anziani soli per superare le difficoltà personali e per aiutarli in diverse attività come ad esempio a risolvere questioni burocratiche;
- *il progetto "Un nonno per maestro"* per i ragazzi delle scuole elementari (Associazione sviluppo e promozione – progetto terza età);
- *il progetto "Rete per le cure palliative per malattie inguaribili e terminali"* (Fondazione Luvi e Associazione sviluppo e promozione – progetto terza età);
- *vari gruppi di mutuo aiuto* per familiari di anziani non-autosufficienti;
- *realizzazione di spazi comuni e residenze per anziani*: attualmente sono in corso d'opera sia in Lombardia sia in Liguria realizzazioni di progetti di co-housing sociale (Abbeyfield Italia);
- *progetto "Due mani in più"* è attivo in diverse zone di Milano e prevede la consegna gratuita della spesa agli anziani soli e fragili (Caritas);
- *il progetto "Estate amica"* prevede la consegna dei pasti nella stagione estiva (Caritas).
- *il progetto "Sbagliando si impara"* è un percorso formativo per operatori e volontari di un centro di prossimità (Caritas);
- Sono stati attivati *percorsi di formazione* per assistenti familiari realizzati dal Distretto 4 Asl Milano 2 (Caritas);
- il progetto *"Prossimità contro l'emarginazione"* è un intervento di promozione e di accompagnamento con lo scopo di costruire, all'interno della comunità, relazioni di accoglienza attraverso la valorizzazione delle risorse naturali come ad esempio le reti formali ed informali. Inoltre, tale progetto, prevede l'integrazione delle seguenti attività di sostegno per l'anziano fragile gestite dai servizi di prossimità della Caritas locale: consegna a domicilio di farmaci e della spesa, accompagnamenti, sportello informazioni, servizio di mediazione con la rete dei servizi, gruppi di mutuo aiuto per *caregiver* di anziani parzialmente autosufficienti, "Spazio Salomone" (luogo di socializzazione per anziani fragili) e "Spazio amico" (luogo di incontro e di sostegno dedicato alle assistenti familiari). Inoltre sono in corso d'opera *ricerche sul rischio di maltrattamento psicologico* nelle relazioni di cura dell'anziano in famiglia;
- inoltre alcune organizzazioni di volontariato della città partecipano con piccole collaborazioni ai progetti dei *"Custodi sociali"*, un servizio realizzato in partnership tra il Comune di Milano e organizzazioni di terzo settore, oggetto di uno studio di caso contenuto in questo rapporto.

In Sicilia, In particolare, i progetti realizzati hanno avuto come destinatari gli anziani autosufficienti e fondamentalmente si è trattato di iniziative di aggregazione e socializzazione, realizzate mediante interventi di tipo culturali, formativi e ricreativi, finalizzate a prevenire condizioni di isolamento ed emarginazione della popolazione anziana. Essi, inoltre, sono stati promossi principalmente dalle organizzazioni di volontariato decentrate che fanno capo ad una macro- struttura centrale nazionale (esempio AUSER, ANTEAS, AVULSS, ADA, Confraternita Misericordia, Gruppi di Volontariato Vincenziano), di solito coordinati dal Centro di servizi per il volontariato di Palermo (CESVOP). Evidentemente, si tratta di associazioni economicamente più stabili, maggiormente coordinate nello svolgimento delle loro attività, sottoposte ad azioni di supervisione, aggiornamento e/o formazione dei volontari e scambi/ gemellaggi tra le diverse sedi locali.

Nello specifico alcuni dei progetti più interessanti realizzati dalle organizzazioni considerate per l'anno 2009, sono stati:

- progetto *"Elisir di lunga giovinezza"* (AUSER circolo Letizia Colajanni- CL);
- progetto *"Io- Tu- Noi"* e progetto *"laboratori dello stare insieme"* (Associazione Gela Famiglie- Gela);
- Progetto *"Nati per leggere"*(Associazione Impara a sorridere- Sciacca);
- progetto *"LEGALIBERTÀ"* (Associazione Sans Souci ONLUS - Santa Caterina di Villarmosa);
- progetto *"Nonni vigili"* (ANTEAS - prov.le CL);
- progetto gestione del Verde pubblico (AUSER Niscemi);
- escursioni e animazione estiva: *"progetto Anziani al mare"*, *"progetto C'era una volta un Castello ... a mare"* (AVULSS TRAPANI);
- *"progetto stessa spiaggia per qualche anno in più"* (AUSER MARSALA);
- progetto *"scuola e volontariato"* (AUSER MARSALA);
- *"Carta del benessere dell'anziano"* (ADA regionale- Sicilia);
- *"In corsia"* (Associazione VIP- vivere in positivo);
- progetto in collaborazione con il centro minorile per lo scambio intergenerazionale (Associazione Spazio Libero);
- *"Il suono di Babele: anziani emigrati e immigrati a confronto"* (AUSER R. Chinnici- Misilmeri);
- progetto- realizzazione e rappresentazione *"Racconto dell'Epopea Ruggieriana a Cefalù"* (AUSER Cefalù);
- cura del verde pubblico e corso di Micologia (ANTEAS- Marineo);
- *"Gruppo Benessere"* (ADA- Provinciale Palermo);
- *"Festa dell'anziano"* (ANTEAS - Monreale);
- *"Recupero della memoria"* (AVULSS - Cefalù);
- *"Vai con il tempo"* (Org. Europea Vigili del Fuoco volontariato di protezione civile- Palermo).

Complessivamente, oltre alle iniziative più classiche (cura del verde pubblico, animazione in spiaggia, educazione alla salute, ecc), progetti che si sono distinti hanno riguardato attività di scambio intergenerazionale nelle scuole e forme di confronto di esperienze migratorie tra anziani e giovani immigrati.

#### **5.4. LE ATTIVITÀ E I SERVIZI PROPOSTI E FORNITI DALLE ASSOCIAZIONI**

Con riferimento all'anno 2009 è stato possibile indagare quali sono stati gli interventi, i servizi e le attività a favore degli anziani attivi nelle aree esplorate e raggrupparli nelle seguenti categorie principali:

1. *Attività ricreative:* vengono svolte attività ludiche, di ricreazione, sono ricreati dei laboratori esperienziali con lo scopo di fornire compagnia all'anziano, evitando l'isolamento e stimolando la capacità operativa dei partecipanti. All'interno di queste attività l'anziano può incontrare altri soggetti che si trovano nella medesima situazione e quindi può armonizzarsi con gli altri generando anche delle reti amicali. Rientrano in questa categoria i centri di aggregazione per gli anziani, le attività di formazione come ad l'Università della Terza Età, le gite, le cene sociali e le manifestazioni locali.
2. *Trasporto di anziani disabili:* per facilitare i rapporti interpersonali e la partecipazione alla vita sociale dei cittadini anziani colpiti da limitazioni di autonomia fisica. Il trasporto è un servizio istituzionalizzato principalmente per accompagnare gli utenti presso i servizi socio-sanitari per effettuare esami di controllo o per aiutare i soggetti anziani a rischio di emarginazione e di isolamento a raggiungere i luoghi di incontro facilitando le relazioni.
3. *Assistenza domiciliare / infermieristica / sanitaria generale:* consente alla persona non-autosufficiente di continuare a vivere nel proprio ambiente di vita attraverso l'offerta di

prestazioni socio-assistenziali. In quest'area rientrano le attività come la consegna del pasto e della spesa a casa dell'anziano.

4. *Assistenza telefonica*: assistenza telefonica a telematica ad anziani soli, inoltre, periodicamente vengono effettuate delle chiamate di contatto per dare un supporto giornaliero e assistere l'anziano nella quotidianità. La persona anziana autosufficiente può così continuare a vivere nel proprio ambiente garantendosi un supporto e rafforzando la propria autonomia.
5. *Sensibilizzazione e promozione dell'educazione alla salute*: incontri di educazione per conoscere le condizioni di salute degli anziani e educare quest'ultimi ad una corretta alimentazione e ad un mantenimento del proprio fisico e della propria mente attraverso esercizi di ginnastica leggera/dolce.
6. *Consulenza legale*: per fornire assistenza, informazioni e soluzioni a problemi legali connessi alla fragilità dell'anziano. Inoltre viene fornito un supporto per l'adempimento di pratiche previdenziali, pensionistiche, bancarie, ecc.
7. *Supporto ai familiari e ai caregiver*: sostenere, supportare e aiutare l'anziano e la sua famiglia a superare i problemi, di natura relazione e di convivenza, che possono insorgere nel momento in cui l'anziano diventa non-autosufficiente spesso a causa di una malattia. Rientrano in questa categoria i gruppi di mutuo-aiuto, il *counseling* e tutte le attività in cui il familiare partecipa attivamente.

Spesso le associazioni non possono permettersi di offrire servizi dispendiosi e propongono attività "tradizionali" di tipo socio-assistenziale: occorre ricordare però che un semplice servizio di trasporto consente all'anziano di uscire dalla propria casa ma soprattutto gli consente di sentirsi meno solo. Inoltre, come è emerso dai dati, le attività sono messe in atto da volontari spesso non professionalizzati, quindi, da persone che spesso non possono offrire competenze qualificate e che non garantiscono una permanenza e presenza costante nel tempo: è necessario quindi attivare servizi "semplici" su cui ogni singolo volontario possa intervenire garantendo la continuità dell'attività o del progetto. Oltre a ciò, molte organizzazioni di volontariato che attivano questi servizi sono associazioni molto piccole che non hanno a disposizione metodologie che consentano un monitoraggio del servizio: è importante attivare servizi che permettano al volontario e ai soci di raggiungere obiettivi immediati, visibili, concreti e pratici nel breve periodo. Diversi referenti intervistati in Sicilia hanno riportato che le maggiori difficoltà riscontrate dalle relative organizzazioni sono di natura economica; ne consegue che, per le stesse, risulta più opportuno investire su attività "tradizionali", ormai ben consolidate, realizzabili con i mezzi di cui dispongono, piuttosto che puntare su programmi innovativi che comportano indubbiamente dei costi non sempre alla portata delle loro effettive possibilità e una maggiore esposizione al rischio di non riuscita.

In Sicilia, per quel che concerne gli anziani non autosufficienti, sono stati svolti prevalentemente interventi di *welfare* leggero, quali:

- partecipazione di utenti, per lo più con problemi di deambulazione, alle attività tradizionalmente svolte dagli enti e rivolte agli anziani autosufficienti;
- trasporto attraverso ambulanza e accompagnamento presso i servizi del territorio per le organizzazioni di tipo socio- sanitario;
- servizio di compagnia, animazione e sostegno presso il domicilio degli anziani non autosufficienti oppure presso gli ospedali e/o strutture residenziali convenzionate con l'organizzazione;
- assistenza domiciliare leggera;
- assistenza infermieristica;
- servizio di sostegno telefonico.

Come si può facilmente notare, nell'isola si tratta di iniziative classiche, ossia caratterizzate da una forte impronta assistenziale e sanitaria; tali aspetti, potrebbero essere letti in duplice chiave:

- conseguenza delle difficoltà economiche, che vedono le organizzazioni di volontariato prediligere gli interventi destinati agli anziani autosufficienti, perché più probabile che richiedano costi meno elevati rispetto a quelli rivolti ad utenti non autosufficienti e perché ormai registrano un certo livello di partecipazione e dunque di riuscita;
- effetto della resistenza di una mentalità tradizionale, per la quale le famiglie siciliane culturalmente hanno la tendenza di farsi carico direttamente dei propri cari non autosufficienti e di considerare gli stessi di tipo esclusivamente sanitario e/o di natura previdenziale o pensionistica (esempio: consulenze per pensioni e reintegrazioni economiche); del resto, qualora necessitino di assistenza, ricorrono prevalentemente a strutture classiche e a soluzioni private (esempio case di riposo, RSA, badanti, ecc... ). Inoltre, è fortemente diffusa la propensione delle stesse a preferire prestazioni in termini monetari (accompagnamento, buoni socio-assistenziali, ecc..), piuttosto che ad investire in attività innovative e non solamente assistenziali. Si innesca in questo modo, un intreccio perverso tra queste dinamiche, che origina un'apparente assenza di domanda sociale di interventi adeguati per gli anziani non autosufficienti; in realtà, è più plausibile che si tratti di un bisogno inespresso, rispetto al quale fino a questo momento le risposte fornite sono state ad opera dell'istituzione pubblica, mentre il settore del volontariato ha avuto un ruolo marginale e rigidamente limitato a prestazioni specifiche (esempio: associazioni di tipo socio-sanitario addetti al trasporto tramite ambulanza o di assistenza domiciliare ed infermieristica).

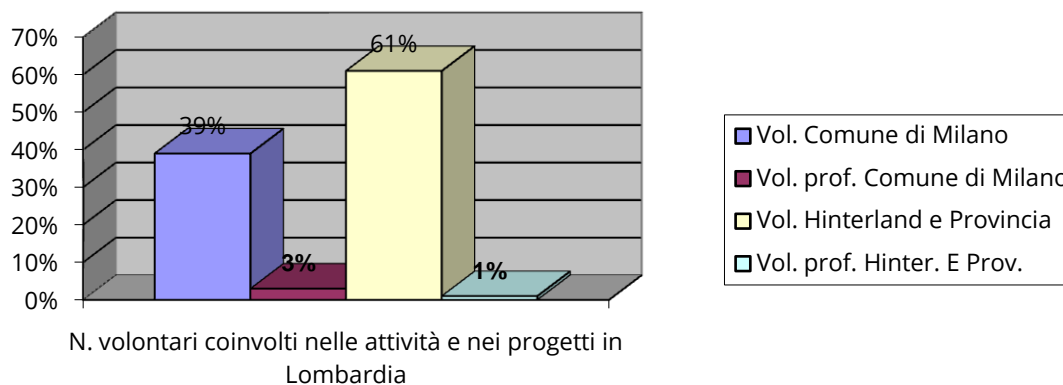
Diversamente, per gli anziani autosufficienti gli interventi attuati hanno fondamentalmente riguardato:

- attività ricreative svolte presso i centri di aggregazione per anziani gestiti dalle relative organizzazioni, attività di formazione (università della terza età, prevalentemente promosse dalle associazioni AUSER e ANTEAS)
- servizio di compagnia, sostegno e animazione per gli anziani ospiti di strutture residenziali (Case di cura, ospedali) o presso il domicilio degli anziani che ne hanno fatto richiesta
- accompagnamento presso i servizi socio- sanitari
- sensibilizzazione e promozione dell'educazione alla salute
- gite sociali, attività per il recupero della memoria storica , attività teatrali, cene sociali, partecipazione a manifestazioni locali, ginnastica dolce
- assistenza, consulenza e disbrigo pratiche di vario genere (pensionistiche, previdenziali, ecc..)
- attività di volontariato in strutture convenzionate, in cui gli anziani si sono cimentati volontari

Come è già stato detto, tali iniziative richiedono certamente un minore dispendio di risorse economiche; oltre tutto, prevedono un raggiungimento degli obiettivi più immediato e visibile nel medio- breve periodo, e sono realizzati con un minore numero di volontari, spesso non qualificati.

## 5.5. I VOLONTARI

Figura 5-3- I volontari coinvolti nelle attività e nei progetti considerati (Milano e Provincia)



Nel 2009 all'interno delle organizzazioni di volontariato considerate nel nord Italia sono attivi circa 2702 volontari: il 39% è presente all'interno di organizzazioni di volontariato che operano all'interno del Comune di Milano, mentre, il 61% è impegnato in attività nelle organizzazioni di volontariato situate nell'hinterland milanese. Inoltre, prendendo come riferimento il numero totale dei volontari, circa l'1,4% dei volontari opera in qualità di professionista (infermieri, psicologi, medici, avvocati, assistenti sociali, ecc.): un numero scarso di volontari che propone attività e servizi caratterizzati da azioni professionalizzanti. In particolare, il 3% è inserito nelle associazioni che ha come area di riferimento la zona del Comune di Milano, mentre circa l'1% esercita come volontario ma in qualità di professionista nelle organizzazioni situate nell'Hinterland milanese. Pertanto l'attività del volontario, nella maggiore parte dei casi, è differente rispetto a quella che viene svolta dal soggetto normalmente nella vita quotidiana ed è ancora molto scarsa la tendenza dei volontari alla professionalizzazione.

Nella regione Liguria e in particolare modo nel Comune e nella Provincia di Genova si nota una distribuzione simile a quella riscontrata in Lombardia: è evidente che anche in Liguria si ha a che fare con un volontariato caratterizzato da persone poco professionalizzate. Emerge, quindi, la tendenza a fornire all'anziano quelle attenzioni e cure (come ad esempio accompagnarlo ad una visita medica, comunicare con lui, ecc.) che potrebbero essere date loro quotidianamente dai propri familiari.

I dati pervenuti dimostrano che sia in Lombardia sia in Liguria il numero dei volontari è maggiore nelle associazioni che fanno capo ad un'organizzazione nazionale come ad esempio l'AUSER: all'interno di queste organizzazioni, i volontari spesso ricoprono anche il ruolo di soci, quindi, spesso sono sia promotori delle attività sia destinatari delle stesse; il numero di volontari attivi nelle realtà locali situate e che agiscono nell'Hinterland milanese è inferiore rispetto a quelle che hanno come riferimento un'organizzazione nazionale. Quando il volontariato viene svolto nel tempo libero spesso in attesa di un'occupazione e di un lavoro stabile e retribuito, il volontario non fornisce una regolare presenza all'interno dell'associazione.

Anche in Sicilia, per quel che riguarda i volontari attivi che hanno partecipato alla realizzazione degli interventi destinati agli anziani, i dati pervenuti dimostrano chiaramente che tale numero è maggiore per le associazioni che fanno capo ad un'organizzazione nazionale, composte per lo più di soci over 65-enni autosufficienti che ricoprono il doppio ruolo di volontari promotori delle attività e di destinatari delle stesse; al contrario, il numero dei volontari, risulta piuttosto contenuto per le altre realtà minori autonome, operanti prevalentemente in piccole realtà locali.

Questo conferma un'ulteriore sfaccettatura dell'attuale mondo del volontariato: esso, oltre a dover fare i conti con difficoltà di natura economica, ne riscontra altre relativamente alle risorse

umane. Il numero dei volontari, infatti, non sempre risulta sufficiente al regolare svolgimento delle attività promosse, e non è raro che a quello formalmente registrato non corrisponda un impegno costante da parte degli stessi volontari. Accade, inoltre, che il volontariato venga svolto, specie per le giovani generazioni in attesa di occupazione, con la speranza di ottenere forme di collaborazione retribuita da parte dell'organizzazione; ciò spiega il motivo per cui la loro partecipazione attiva alle iniziative tende a decrescere nel tempo e non è raro che si arresti del tutto. Sempre relativamente ai volontari, è emerso che una buona parte di essi esercita la propria attività in qualità di professionista: le figure maggiormente diffuse sono docenti ed ex-docenti universitari e di scuole superiori, assistenti sociali, psicologi, pedagogisti, educatori, operatori socio- assistenziali; seguono in termini quantitativi: medici, infermieri, soccorritori di I e II livello, psicomotricista, avvocati, ed infine risultano più rari: ingegneri, esperti del terzo settore, autisti soccorritori, farmacisti, economisti. L'odierno volontariato, pertanto, assume sempre più un aspetto professionalizzato e nel caso degli anziani è svolto principalmente da over-65enni, confermando la relazione di mutua assistenza intra-generazionale, che vede quest'ultimi mobilitarsi a vantaggio della popolazione anziana, con una forte presenza del sesso femminile.

## **5.6. I BENEFICIARI**

Nel 2009 nell'area di Milano, le attività e i progetti realizzati dalle organizzazioni hanno interessato 13.641 beneficiari. Non è stato facile per i ricercatori rilevare un dato sulla non autosufficienza degli utenti, in quanto, alle associazioni di volontariato non è chiara quale sia la linea di demarcazione e quindi i requisiti che definiscono e differenziano un anziano autosufficiente da uno non-autosufficiente: sarebbe più opportuno sostenere che sia i progetti sia le attività fossero forniti dalle associazioni agli anziani definiti "bisognosi", ovvero a coloro che non hanno le forze, non hanno i mezzi o non hanno un supporto su cui contare per salvaguardare il proprio benessere. Per quanto riguarda il Comune di Milano il 35% degli anziani che partecipa alle attività e partecipa ai progetti non è autosufficiente, nell'hinterland il 15% sono i beneficiari non-autosufficienti.

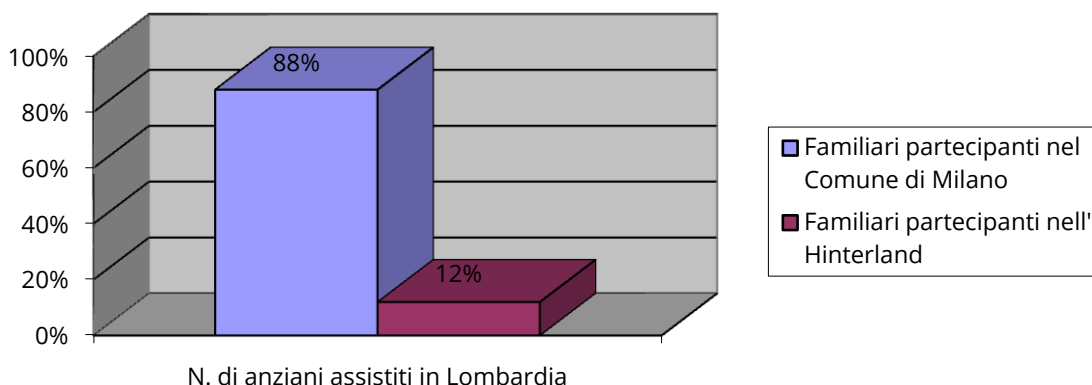
Con riferimento all'anno 2009, per quanto riguarda la Liguria e l'area di Genova si è evidenziato che circa il 77% delle associazioni di volontariato fornisce attività e servizi ad anziani autosufficienti, mentre, solo il restante 23% ai non-autosufficienti.

Per quanto attiene ai soggetti assistiti dalle organizzazioni in Sicilia è risultato un quadro piuttosto univoco, che ha registrato una percentuale di interventi sbilanciata a favore degli anziani autosufficienti, ed esigua rispetto alle iniziative destinate agli anziani non autosufficienti ed ai familiari.

Nell'anno 2009 complessivamente solo il 4%, degli utenti è rappresentato da familiari che partecipano e sono coinvolti nelle attività e nei progetti. La maggioranza di questi ovvero l'88% dei familiari è coinvolto nelle attività e nei progetti nelle associazioni che agiscono sul Comune di Milano mentre il 12% in quelle che sono attive nell'hinterland.



Figura 5-4- Provenienza dei Familiari coinvolti nei progetti (Milano e Provincia)



Esaminando approfonditamente i questionari emerge che i familiari vengono coinvolti in quelle attività o progetti in cui il familiare ha la funzione di *caregiver*, come ad esempio negli Alzheimer Cafè o in quelle attività che vedono sia l'anziano sia il proprio familiare come soggetti deboli e fragili incapaci di sostenersi l'uno con l'altro. La partecipazione dei familiari nelle attività avviene, quindi, nel momento in cui l'anziano viene considerato non-autosufficiente, in quanto, il familiare richiede un aiuto sia concreto (servizi, attività, ecc.) sia psicologico per far fronte alla non-autosufficienza del proprio familiare anziano.

C'è una tendenza, soprattutto nei casi sopracitati, da parte del volontariato a prendere in considerazione, all'interno delle proprie attività, sempre di più la famiglia dell'anziano: la famiglia, quindi, non viene più vista come un soggetto passivo ma viene assunta come parte attiva all'interno dei progetti e delle attività che hanno come obiettivo il benessere del proprio caro. Rimane, comunque, la tendenza di considerare il volontariato come un'alternativa alla famiglia, sottovalutando, quindi, le potenzialità che potrebbero svilupparsi all'interno di una relazione familiare - anziano soprattutto in quei casi dove l'anziano è ancora autosufficiente e quindi è in grado di offrire risorse utili ai propri cari. Per quel che riguarda l'assistenza destinata ai familiari degli anziani in Sicilia dalle interviste effettuate emerge che si è trattato di esperienze sporadiche e limitate alla partecipazione a manifestazioni proposte dagli enti di volontariato durante l'anno (Natale, Pasqua, sagre, ecc...) oppure a forme di assistenza classica frequentemente promosse da organizzazioni di matrice marcatamente confessionale o di ispirazione cristiana (esempio Gruppi Volontariato Vincenziano impegnati nella distribuzione di viveri a famiglie in condizione di indigenza, attraverso convenzioni con Fondazione Banco Alimentare ed AGEA). Sostanzialmente, dalle interviste emerge una scarsa sinergia tra le organizzazioni di volontariato e le rispettive famiglie: è molto diffusa l'attitudine di considerare il volontariato mera alternativa alla famiglia, secondo una logica dell'out- out piuttosto che dell'et-et., sottovalutando le preziose potenzialità che una prospettiva di interscambio potrebbero offrire.

## 5.7. I LUOGHI

Un ultimo aspetto focalizzato dal questionario adottato, ha avuto come oggetto la conoscenza dei luoghi presso i quali gli interventi sono stati realizzati. Nel 2009, in Lombardia sia in Liguria, gli interventi e le attività sono realizzate prevalentemente in questi luoghi:

- struttura dell'organizzazione / associazione;
- domicilio dell'utente;
- strutture protette (RSA, ospedali, ecc.);
- locali comunali;
- locali parrocchiali (oratorio, ecc.);
- locali di varia natura (come ad es. "la sede dei bersaglieri", bar, portinerie Aler);

- luoghi all'aperto durante le gite fuoriporta.

Inoltre per la Lombardia:

- postazioni dei custodi sociali.

Sembrano essere frequenti i contatti, che in seguito si tramutano in partnership, con gli enti locali: in genere le associazioni fanno verso quest'ultimi richieste di natura economica o chiedono di usufruire di alcuni spazi o "strumenti" per la realizzazione delle proprie attività.

In Sicilia i luoghi prevalenti sono la struttura della stessa associazione, il domicilio dell'anziano, residenze convenzionate, scuole, ospedali, esempio case di riposo, locali del Comune, parrocchie e territorio in generale nel caso di iniziative come escursioni e gite sociali. A questo proposito, i referenti hanno più volte sottolineato il fatto che tra le associazioni di volontariato rivolte agli anziani, esista una scarsa rete di scambi e collaborazioni e in alcune ipotesi non è raro che sfocino in veri antagonismi, per ragioni diverse come: oggetto delle iniziative che s'intende realizzare, partecipazione attiva dei volontari, iscrizione degli anziani non autosufficienti per i progetti che prevedono l'assegnazione di eventuali voucher ecc... In ogni caso, possibili forme di cooperazione sono di tipo orizzontali: esse si realizzano prevalentemente fra associazioni facenti capo alla stessa organizzazione (solitamente AUSER e ANTEAS) e circoscritte a particolari eventi nel corso dell'anno (esempio feste di Natale, sagre del comune, gite sociali, ecc..). Viceversa, ricorrono frequentemente i rapporti di partnership con gli enti locali e i servizi pubblici, per ragioni svariate quali per esempio: convenzioni per usufruire di spazi dove svolgere attività, richieste di possibili contributi per la realizzazione di specifiche iniziative, ecc.. Tuttavia, a questo proposito, più referenti della Sicilia intervistati hanno messo in evidenza come di frequente per gran parte degli stessi enti locali, il finanziamento dei progetti proposti dalle organizzazioni di volontariato, non sia compreso in una programmazione generale delle politiche sociali, piuttosto sia connesso a vincoli di speculazione clientelare.

## 5.8. ALCUNE CONSIDERAZIONI FINALI

Dagli approfondimenti telefonici con i responsabili e i volontari dell'associazione e dai questionari compilati sono stati identificati alcuni fattori che incrementano l'efficienza e l'efficacia dei progetti e delle attività volontarie per la cura degli anziani:

- *il numero di utenti che usufruisce del servizio:* all'aumento del numero dei beneficiari di un servizio pare aumentare la qualità delle attività offerte;
- *l'area geografica che copre il servizio:* le organizzazioni di volontariato hanno spesso tra i loro obiettivi quello di espandere geograficamente il proprio servizio. Più l'area a cui è destinato il servizio è estesa, qualitativamente migliore sembra essere il servizio offerto.
- *la continuità del servizio:* è importante per le associazioni di volontariato che i servizi, le attività e i progetti offerti continuino nel tempo senza interruzione. Offrire un servizio costante nel tempo è fondamentale.

L'immagine tratta dalla presente ricerca è quella di un volontariato che deve ri-orientare una parte della propria azione in relazioni alle trasformazioni della domanda di assistenza, questo mette in difficoltà alcune organizzazioni che rilevano diverse criticità, riguardanti, per lo più, aspetti quali:

- la scarsa apertura verso le innovazioni delle attività;
- l'inadeguata attenzione alle domande della popolazione anziana non autosufficiente;
- la tendenza tra le associazioni a procedere per strade parallele;
- lo scarso coinvolgimento delle reti familiari e frequente attitudine a considerare il volontariato alternativa a tali reti;
- la concezione del volontariato come valido sostituto per gli ambiti in cui il sistema di *welfare* risulta vacillare.

In sintesi i dati raccolti confermano che in tutte e tre le Regioni il volontariato deve far fronte a due grosse difficoltà:

- la ricerca di risorse economiche per attivare servizi e progetti;
- la ricerca di risorse umane da impiegare nei servizi.

Sarebbe necessario, dunque, garantire un sostegno appropriato a queste associazioni nel puntare su attività innovative, specie rivolte agli anziani non autosufficienti ed un maggiore coinvolgimento e considerazione del ruolo del volontariato nell'implementazione delle politiche sociali per gli anziani sia a livello locale che regionale. In questo modo, sarà possibile avviare un concreto processo di cambiamento, con inevitabili ripercussioni positive sulla qualità della vita della popolazione anziana autosufficiente e non, delle relative famiglie e indirettamente della società in generale.

Inoltre appare chiaro che in Sicilia, dove il quadro generale emerso, presenta diversi punti di connessione tra le quattro realtà territoriali considerate<sup>113</sup>, il maggiore rischio corso dal volontariato per gli anziani è che si paralizzi in una condizione di impasse, senza prospettive di cambiamento. Per tale ragione, è doveroso riflettere sui punti di forza che il presente sistema offre, i quali se adeguatamente potenziati, potrebbero costituire una valida occasione di crescita. In particolare, si è notato come per le associazioni di volontariato raggiunte dall'indagine, l'appartenenza ad un'organizzazione strutturata a livello nazionale o regionale, costituisca una straordinaria positività, in quanto da un lato offre numerose garanzie e nel contempo non nega l'autonomia alle sedi decentrate di svolgere le proprie attività commisurate al contesto in cui operano e alle finalità perseguite. Inoltre, risulta essenziale la costruzione di un concreto dialogo tra le diverse organizzazioni e tra queste e le famiglie. Per l'esattezza, occorrerebbe riconoscere e valorizzare il ruolo svolto dalle reti familiari nell'assistenza e cura dei familiari anziani e non autosufficienti; nel senso che, il loro atteggiamento protettivo e per certi versi conservatore, se sfruttato bene, può rappresentare una preziosa risorsa.

La ricerca sugli interventi e sui servizi innovativi proposti dal volontariato e rivolti agli anziani non autosufficienti (over 65 anni) e alle loro famiglie ha avuto come obiettivo quello di tratteggiare una mappatura della situazione all'interno delle Regioni al focus del presente rapporto oltre che quello di identificare "promesse" di buone pratiche di servizi per gli anziani, organizzate specificatamente dal non profit e meritevoli di uno studio di caso o di un approfondimento. Questa analisi preliminare vuole anche individuare una prima metodologia per poter indagare un fenomeno scarsamente formalizzato, che è radicato spesso ai livelli più locali del territorio, per questi motivi di difficile analisi. In assenza di una specifica fonte censitaria che racchiuda dati affidabili sul numero delle organizzazioni di volontariato presenti sui tre territori<sup>114</sup>, l'approfondimento si è prevalentemente concentrato sul Comune e sulla Provincia di Milano, un'area geografica molto estesa, notevolmente interessata al tema della "cura dell'anziano e della sua famiglia" e su alcune organizzazioni di volontariato presenti nella Regione Liguria in particolare nel Comune e nella Provincia di Genova. Per la Regione Sicilia la ricognizione ha fatto riferimento alle province di Agrigento, Caltanissetta, Trapani e Palermo.

Per costruire l'universo di riferimento della ricerca sono state prese in considerazione le seguenti fonti:

- registri regionali del Volontariato della Lombardia, della Liguria e della Sicilia;
- *database* dei C.S.V. regionali.

---

<sup>113</sup> Aspetto legato indubbiamente al fatto che molte di esse sono sedi decentrate di organizzazioni strutturate a livello nazionale.

<sup>114</sup> Non è stato agevole costruire l'universo di riferimento per svolgere l'indagine per la carenza di informazioni appropriate e di database pertinenti.

L'indagine ha per oggetto l'universo delle associazioni di volontariato<sup>115</sup> che propongono attività e progetti rivolti all'anziano con particolare attenzione alle associazioni che hanno come focus sia l'anziano che la sua famiglia. Dall'elenco di riferimento fornitoci risulta che nel Comune di Milano e nell'hinterland agiscono 263 organizzazioni di volontariato che hanno come principale ambito di riferimento e, quindi, di azione quello rivolto al benessere dell'anziano e della sua famiglia. Per quanto riguarda la regione ligure nel Comune e nella Provincia di Genova sono attive circa 155 unità di volontariato. Inoltre nel Comune e nella Provincia di Savona svolgono attività di volontariato rivolte agli anziani circa 40 associazioni. In Sicilia le organizzazioni rilevate erano 141. Tutte le organizzazioni di volontariato considerate promuovono attività sociali e servizi rivolti all'anziano in almeno uno degli ambiti d'intervento di seguito presentati e in particolare, come già evidenziato, sono oggetto di particolare attenzione quelle associazioni che attivano servizi con lo scopo di prendersi cura non solo dell'anziano ma anche della sua famiglia. Le associazioni individuate, inoltre, possono promuovere più attività appartenenti ad ambiti diversi anche se spesso trattandosi di organizzazioni piccole, la maggiore parte interviene in una specifica area. Riportiamo di seguito alcuni ambiti di intervento principali che sono stati ricavati da un'analisi preliminare dei siti web<sup>116</sup> delle associazioni:

- *Ambito sanitario.*

Rientrano in questo ambito tutte le attività che offrono servizi di carattere sanitario, come il primo soccorso. Lo scopo di queste attività è quello di salvaguardare la salute dell'anziano, inserendosi in quei settori dove la sanità pubblica non riesce ad intervenire in modo efficace ed efficiente.

- *Ambito socio - sanitario.*

Fanno parte di questo ambito le attività delle associazioni che propongono servizi di assistenza, principalmente all'interno di strutture sanitarie o a domicilio, agli anziani, che per disabilità, perché affetti da varie patologie non sono più autosufficienti. Rientrano nell'ambito socio - sanitario anche le attività svolte da associazioni che operano all'interno di strutture residenziali come R.S.A. e comunità.

- *Ambito socio-assistenziale.*

Le attività socio - assistenziali offrono servizi simili a quelli del socio - sanitario, differenziandosi per il fatto che propongono interventi di assistenza di emergenza inferiore rispetto a quelli legati alla sfera sanitaria; rientrano in questa categoria le attività di supporto, di distribuzione di generi di conforto, di assistenza notturna, ecc. L'attenzione di queste attività è rivolta inoltre non solo all'anziano portatore del disagio ma anche alle persone che gli stanno accanto, come i familiari e gli amici.

---

<sup>115</sup> Sono escluse dalla popolazione di riferimento le cooperative sociali, le associazioni di promozione sociale, le associazioni di associazioni, i movimenti, le O.N.G. e federazioni: per quanto riguarda le fondazioni, sono prese in considerazione solo se possiedono all'interno della loro struttura anche la forma giuridica di associazione.

Non vengono, inoltre, prese in considerazione dall'indagine tutte quelle associazioni che svolgono come attività principali quelle culturali e sportive, che pur possedendo la struttura dell'organizzazione di volontariato e pur proponendo attività e servizi rivolti all'individuo anziano non hanno finalità di tipo pro-sociale.

<sup>116</sup> Molte delle organizzazioni non possiedono un sito web in quanto, spesso, come mezzo di divulgazione utilizzano solo il "passaparola" delle persone che usufruiscono dei loro servizi, inoltre, molte, a causa delle limitate risorse, non dispongono di materiale informativo, come ad esempio volantini o giornalini, limitando così la visibilità da chi è esterno all'associazione. L'analisi dei siti web, che ha consentito di prendere visione di alcune variabili indispensabili per la costruzione dell'oggetto di ricerca sia per la costruzione del questionario, è stata utilizzata soprattutto per la Regione Liguria.

- *Ambito educativo e formativo.*

Le attività educative e formative propongono servizi legati all'informazione e all'apprendimento di nuovi comportamenti per la formazione e la crescita degli individui. Tali attività sono rivolte all'anziano e soprattutto al familiare che deve "imparare" a prendersi cura e a farsi carico di quest'ultimo.

- *Ambito culturale e artistico.*

Fanno parte di questo ambito le attività culturali ed artistiche che propongono un fine sociale utile all'anziano.

- *Ambito ricreativo.*

Fanno parte di questo ambito le attività che utilizzano e valorizzano l'attività ludica come un valore sociale a cui ispirarsi. Attraverso queste attività si educano gli individui ad un corretta salvaguardia della propria educazione fisica, della mente e quindi della salute.

- *Ambito di sensibilizzazione.*

La promozione, la prevenzione, le campagne di informazione e la raccolta fondi vengono inserite nella categoria delle attività di sensibilizzazione. Tale attività è comune a tutti i contesti di intervento e viene svolta spesso non come attività principale dalle associazioni ma come strumento secondario per ottenere risorse e legittimità.

## 5.9. L'INDAGINE E GLI STRUMENTI UTILIZZATI

Una volta reperito l'elenco delle associazioni che promuovono attività e progetti sociali aventi come soggetto di riferimento l'anziano e la sua famiglia si è pensato di procedere a un'indagine di approfondimento sia di tipo qualitativo che quantitativo in modo da raccogliere dati che possano aiutarci a comprendere la rilevanza del fenomeno nel Comune di Milano e nella Provincia, nel Comune e nella Provincia di Genova e nelle 4 provincie siciliane considerate.

Per la rilevazione dei dati sulle organizzazioni è stato utilizzato *un questionario semi-strutturato*, spedito tramite *e-mail* alle associazioni in elenco. Si è deciso di utilizzare questa modalità in quanto propone una compilazione semplice, che può essere effettuata in più momenti e, in caso di necessità, può essere supportata telefonicamente dai responsabili e dai collaboratori del progetto; È stata inoltre prevista la *compilazione telefonica* guidata in caso sorgessero problemi di natura informatica o qualora l'associazione non fosse raggiungibile via web.

Il questionario è composto da 8 variabili ed è suddiviso nelle seguenti aree:

- *dati generali dell'associazione;*
- *risorse* - vengono poste domande relative al numero delle persone coinvolte tenendo in considerazione volontari che partecipano alle attività e volontari che partecipano in qualità di professionisti (infermieri, psicologi, medici, avvocati, assistenti sociali, ecc);
- *utenza* - viene chiesto di indicare il numero di anziani autosufficienti, di anziani non-autosufficienti e di familiari di anziani assistiti dall'associazione;
- *attività* - si richiede una descrizione dei progetti o delle attività nel corso dell'anno 2009 che sono stati attivati a favore di anziani e dei loro familiari.

Nell'e-mail spedita alle associazioni sono state inserite, oltre alla presentazione della ricerca, le istruzioni per la compilazione e richiesti i contatti dei responsabili del progetto in modo da poter in futuro richiedere ulteriori informazioni. Non è stata scelta una figura specifica per la compilazione ma si è definito, come soggetto ideale, la persona che "vive da dentro" l'associazione, che è quotidianamente impegnata nelle attività proposte dall'organizzazione, e, quindi, è informata sui servizi proposti ed è in possesso dei dati strutturali generali dell'ente in cui è inserita.

Complessivamente hanno risposto al questionario online il 14% delle associazioni di volontariato Lombarde (37). Per quanto riguarda il Comune di Genova, malgrado svariati tentativi, hanno

partecipato alla ricerca circa il 10% delle associazioni identificate (15). In Sicilia è stato possibile raggiungere il 65% di esse (91).

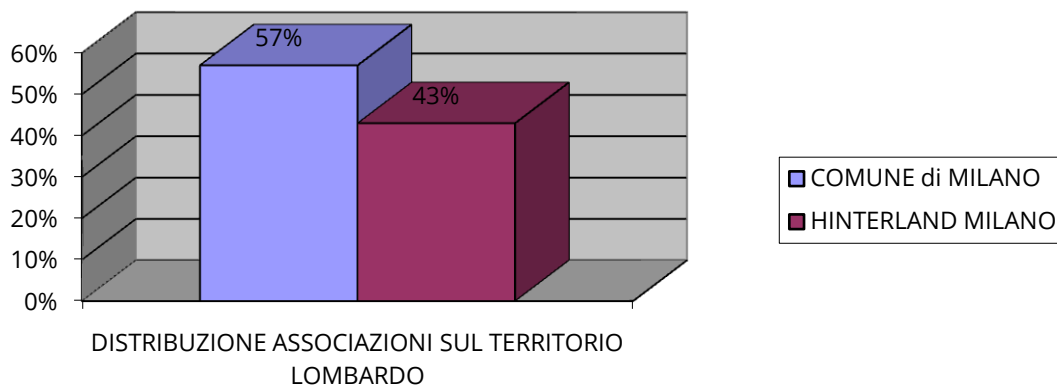
È possibile imputare la scarsa adesione alla ricerca alle seguenti motivazioni principali:

- recapiti disponibili inesistenti e impossibilità di reperirne altri;
- nessuna risposta ai recapiti disponibili e impossibilità di reperirne altri;
- indisponibilità a rispondere ed a fornire ulteriori recapiti telefonici da parte dei referenti<sup>117</sup>;
- scarsa disponibilità da parte del personale a compilare il questionario in quanto, spesso i volontari sono persone anziane o con una cultura medio - bassa, quindi, poco disponibili a fornire dettagli riguardo la propria attività.

## 5.10. ALCUNE CARATTERISTICHE DELLE ORGANIZZAZIONI CONSIDERATE<sup>118</sup>

Per quanto riguarda la Lombardia e l'area di Milano circa la metà delle associazioni di volontariato (il 57%) ha il proprio raggio d'azione all'interno del Comune di Milano, mentre, il 43% agisce e ha la propria sede di riferimento nell'hinterland milanese.

Figura 5-5- Zona di lavoro delle associazioni di volontariato considerate (Milano e Provincia)

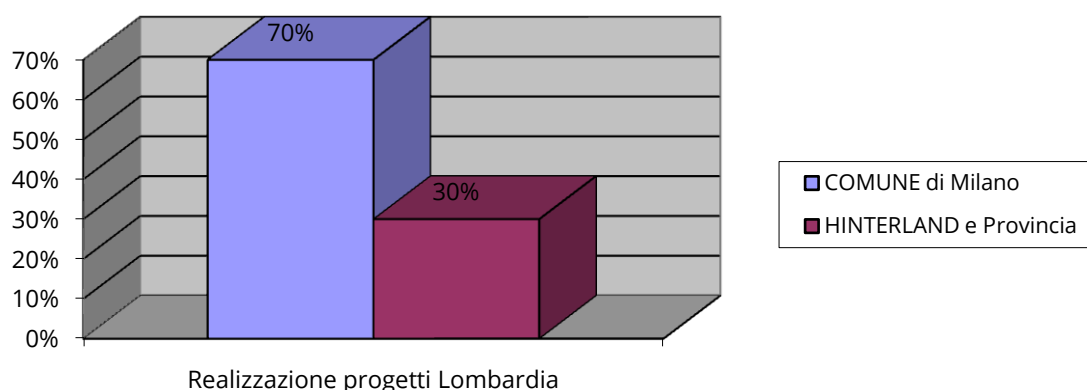


Sono maggiori i progetti realizzati in città : il 70% dei progetti sono stati realizzati all'interno del Comune di Milano mentre il restante 30% si sono sviluppati nell'hinterland e nella Provincia milanese.

<sup>117</sup> L' AUSER della provincia di Palermo non ha dato disponibilità a partecipare al progetto di ricerca.

<sup>118</sup> Le percentuali e le analisi preliminari riportate di seguito saranno riferite al sottoinsieme del campione che ha risposto. Inoltre si precisa che mentre per la Lombardia e per la Sicilia saranno presentati alcuni dati e grafici statistici, per la Liguria si è ritenuto opportuno non eseguire alcune analisi a causa della scarsità del campione che avrebbe portato ad ottenere dati considerati contraddittori creando così una visione forviante del fenomeno in questa regione. Per quanto riguarda la Liguria si è deciso, quindi, di dare maggior spazio ad un'analisi qualitativa dei dati ottenuti dai questionari e da un'analisi dei materiali trovati attraverso il web.

Figura 5-6- Progetti realizzati in comune e nell'Hinterland milanese



Con riferimento all'anno 2009, i progetti più interessanti realizzati da organizzazioni/associazioni di volontariato sul territorio lombardo e precisamente nel Comune e nella Provincia di Milano, sono stati:

- *il progetto "Raccontiamo il territorio"* propone interventi di coesione sociale tra anziani con più di 65 anni, con studenti e giovani appartenenti alle parrocchie e ai centri sportivi, tra anziani non-autosufficienti con gli educatori, i custodi sociali e i volontari. Il progetto propone incontri intergenerazionali in cui gli anziani sono chiamati a raccontare e ricordare i luoghi di Milano a loro più significativi e i giovani hanno il compito di raccogliere materiali e di organizzare gite in questi luoghi particolari (Istituto Palazzolo di Milano);
- *il Progetto "TIP TAP"* ha lo scopo di riunire gli anziani per trascorrere pomeriggi allegri attraverso attività di laboratorio creativo e di stimolazione cognitiva. Inoltre prevede incontri fisioterapici e psicomotori (Centro Ranzoni Villa di Seregno);
- *vari progetti di Centro di ascolto telefonico* per fornire assistenza telefonica ad anziani soli per superare le difficoltà personali e per aiutarli in diverse attività come ad esempio a risolvere questioni burocratiche;
- *il progetto "Un nonno per maestro"* per i ragazzi delle scuole elementari (Associazione sviluppo e promozione - progetto terza età);
- *il progetto "Rete per le cure palliative per malattie inguaribili e terminali"* (Fondazione Luvi e Associazione sviluppo e promozione - progetto terza età);
- *vari gruppi di mutuo aiuto* per familiari di anziani non-autosufficienti;
- *realizzazione di spazi comuni e residenze per anziani*: attualmente sono in corso d'opera sia in Lombardia sia in Liguria realizzazioni di progetti di co-housing sociale (Abbeyfield Italia);
- *progetto "Due mani in più"* è attivo in diverse zone di Milano e prevede la consegna gratuita della spesa agli anziani soli e fragili (Caritas);
- *il progetto "Estate amica"* prevede la consegna dei pasti nella stagione estiva (Caritas).
- *il progetto "Sbagliando si impara"* è un percorso formativo per operatori e volontari di un centro di prossimità (Caritas);
- Sono stati attivati *percorsi di formazione* per assistenti familiari realizzati dal Distretto 4 Asl Milano 2 (Caritas);
- *il progetto "Prossimità contro l'emarginazione"* è un intervento di promozione e di accompagnamento con lo scopo di costruire, all'interno della comunità, relazioni di accoglienza attraverso la valorizzazione delle risorse naturali come ad esempio le reti formali ed informali. Inoltre, tale progetto, prevede l'integrazione delle seguenti attività di sostegno per l'anziano fragile gestite dai servizi di prossimità della Caritas locale: consegna a domicilio di farmaci e della spesa, accompagnamenti, sportello informazioni, servizio di mediazione con la rete dei servizi, gruppi di mutuo aiuto per *caregiver* di anziani parzialmente autosufficienti, "Spazio Salomone" (luogo di socializzazione per anziani fragili) e "Spazio amico" (luogo di incontro e di sostegno dedicato alle assistenti familiari). Inoltre sono in corso

d'opera *ricerche sul rischio di maltrattamento psicologico* nelle relazioni di cura dell'anziano in famiglia;

- inoltre alcune organizzazioni di volontariato della città partecipano con piccole collaborazioni ai progetti dei *"Custodi sociali"*, un servizio realizzato in partnership tra il Comune di Milano e organizzazioni di terzo settore, oggetto di uno studio di caso contenuto in questo rapporto.

In Sicilia, in particolare, i progetti realizzati hanno avuto come destinatari gli anziani autosufficienti e fondamentalmente si è trattato di iniziative di aggregazione e socializzazione, realizzate mediante interventi di tipo culturali, formativi e ricreativi, finalizzate a prevenire condizioni di isolamento ed emarginazione della popolazione anziana. Essi, inoltre, sono stati promossi principalmente dalle organizzazioni di volontariato decentrate che fanno capo ad una macro- struttura centrale nazionale (esempio AUSER, ANTEAS, AVULSS, ADA, Confraternita Misericordia, Gruppi di Volontariato Vincenziano), di solito coordinati dal Centro di servizi per il volontariato di Palermo (CESVOP). Evidentemente, si tratta di associazioni economicamente più stabili, maggiormente coordinate nello svolgimento delle loro attività, sottoposte ad azioni di supervisione, aggiornamento e/o formazione dei volontari e scambi/ gemellaggi tra le diverse sedi locali.

Nello specifico alcuni dei progetti più interessanti realizzati dalle organizzazioni considerate per l'anno 2009, sono stati:

- progetto *"Elisir di lunga giovinezza"* (AUSER circolo Letizia Colajanni- CL);
- progetto *"Io- Tu- Noi"* e progetto *"laboratori dello stare insieme"* (Associazione Gela Famiglie- Gela);
- Progetto *"Nati per leggere"*(Associazione Impara a sorridere- Sciacca);
- progetto *"LEGALIBERTÀ"* (Associazione Sans Souci ONLUS - Santa Caterina di Villarmosa);
- progetto *"Nonni vigili"* (ANTEAS - prov.le CL);
- progetto gestione del Verde pubblico (AUSER Niscemi);
- escursioni e animazione estiva: "progetto Anziani al mare", "progetto C'era una volta un Castello ... a mare" (AVULSS TRAPANI);
- *"progetto stessa spiaggia per qualche anno in più"* (AUSER MARSALA);
- progetto *"scuola e volontariato"* (AUSER MARSALA);
- *"Carta del benessere dell'anziano"* (ADA regionale- Sicilia);
- *"In corsia"* (Associazione VIP- vivere in positivo);
- progetto in collaborazione con il centro minorile per lo scambio intergenerazionale (Associazione Spazio Libero);
- *"Il suono di Babele: anziani emigrati e immigrati a confronto"* (AUSER R. Chinnici- Misilmeri);
- progetto- realizzazione e rappresentazione *"Racconto dell'Epopea Ruggeriana a Cefalù"* (AUSER Cefalù);
- cura del verde pubblico e corso di Micologia (ANTEAS- Marineo);
- *"Gruppo Benessere"* (ADA- Provinciale Palermo);
- *"Festa dell'anziano"* (ANTEAS - Monreale);
- *"Recupero della memoria"* (AVULSS - Cefalù);
- *"Vai con il tempo"* (Org. Europea Vigili del Fuoco volontariato di protezione civile- Palermo).

Complessivamente, oltre alle iniziative più classiche (cura del verde pubblico, animazione in spiaggia, educazione alla salute, ecc), progetti che si sono distinti hanno riguardato attività di scambio intergenerazionale nelle scuole e forme di confronto di esperienze migratorie tra anziani e giovani immigrati.



## 5.11. LE ATTIVITÀ E I SERVIZI PROPOSTI E FORNITI DALLE ASSOCIAZIONI

Con riferimento all'anno 2009 è stato possibile indagare quali sono stati gli interventi, i servizi e le attività a favore degli anziani attivi nelle aree esplorate e raggrupparli nelle seguenti categorie principali:

1. *Attività ricreative*: vengono svolte attività ludiche, di ricreazione, sono ricreati dei laboratori esperienziali con lo scopo di fornire compagnia all'anziano, evitando l'isolamento e stimolando la capacità operativa dei partecipanti. All'interno di queste attività l'anziano può incontrare altri soggetti che si trovano nella medesima situazione e quindi può armonizzarsi con gli altri generando anche delle reti amicali. Rientrano in questa categoria i centri di aggregazione per gli anziani, le attività di formazione come ad l'Università della Terza Età, le gite, le cene sociali e le manifestazioni locali.
2. *Trasporto di anziani disabili*: per facilitare i rapporti interpersonali e la partecipazione alla vita sociale dei cittadini anziani colpiti da limitazioni di autonomia fisica. Il trasporto è un servizio istituzionalizzato principalmente per accompagnare gli utenti presso i servizi socio-sanitari per effettuare esami di controllo o per aiutare i soggetti anziani a rischio di emarginazione e di isolamento a raggiungere i luoghi di incontro facilitando le relazioni.
3. *Assistenza domiciliare / infermieristica / sanitaria generale*: consente alla persona non-autosufficiente di continuare a vivere nel proprio ambiente di vita attraverso l'offerta di prestazioni socio-assistenziali. In quest'area rientrano le attività come la consegna del pasto e della spesa a casa dell'anziano.
4. *Assistenza telefonica*: assistenza telefonica a telematica ad anziani soli, inoltre, periodicamente vengono effettuate delle chiamate di contatto per dare un supporto giornaliero e assistere l'anziano nella quotidianità. La persona anziana autosufficiente può così continuare a vivere nel proprio ambiente garantendosi un supporto e rafforzando la propria autonomia.
5. *Sensibilizzazione e promozione dell'educazione alla salute*: incontri di educazione per conoscere le condizioni di salute degli anziani e educare quest'ultimi ad una corretta alimentazione e ad un mantenimento del proprio fisico e della propria mente attraverso esercizi di ginnastica leggera/dolce.
6. *Consulenza legale*: per fornire assistenza, informazioni e soluzioni a problemi legali connessi alla fragilità dell'anziano. Inoltre viene fornito un supporto per l'adempimento di pratiche previdenziali, pensionistiche, bancarie, ecc.
7. *Supporto ai familiari e ai caregiver*: sostenere, supportare e aiutare l'anziano e la sua famiglia a superare i problemi, di natura relazione e di convivenza, che possono insorgere nel momento in cui l'anziano diventa non-autosufficiente spesso a causa di una malattia. Rientrano in questa categoria i gruppi di mutuo-aiuto, il counseling e tutte le attività in cui il familiare partecipa attivamente.

Spesso le associazioni non possono permettersi di offrire servizi dispendiosi e propongono attività "tradizionali" di tipo socio-assistenziale: occorre ricordare però che un semplice servizio di trasporto consente all'anziano di uscire dalla propria casa ma soprattutto gli consente di sentirsi meno solo. Inoltre, come è emerso dai dati, le attività sono messe in atto da volontari spesso non professionalizzati, quindi, da persone che spesso non possono offrire competenze qualificate e che non garantiscono una permanenza e presenza costante nel tempo: è necessario quindi attivare servizi "semplici" su cui ogni singolo volontario possa intervenire garantendo la continuità dell'attività o del progetto. Oltre a ciò, molte organizzazioni di volontariato che attivano questi servizi sono associazioni molto piccole che non hanno a disposizione metodologie che consentano un monitoraggio del servizio: è importante attivare servizi che permettano al volontario e ai soci di raggiungere obiettivi immediati, visibili, concreti e pratici nel breve periodo. Diversi referenti intervistati in Sicilia hanno riportato che le maggiori difficoltà riscontrate dalle relative organizzazioni sono di natura economica; ne consegue che, per le stesse, risulta più

opportuno investire su attività "tradizionali", ormai ben consolidate, realizzabili con i mezzi di cui dispongono, piuttosto che puntare su programmi innovativi che comportano indubbiamente dei costi non sempre alla portata delle loro effettive possibilità e una maggiore esposizione al rischio di non riuscita.

In Sicilia, per quel che concerne gli anziani non autosufficienti, sono stati svolti prevalentemente interventi di *welfare* leggero, quali:

- partecipazione di utenti, per lo più con problemi di deambulazione, alle attività tradizionalmente svolte dagli enti e rivolte agli anziani autosufficienti;
- trasporto attraverso ambulanza e accompagnamento presso i servizi del territorio per le organizzazioni di tipo socio- sanitario;
- servizio di compagnia, animazione e sostegno presso il domicilio degli anziani non autosufficienti oppure presso gli ospedali e/o strutture residenziali convenzionate con l'organizzazione;
- assistenza domiciliare leggera;
- assistenza infermieristica;
- servizio di sostegno telefonico.

Come si può facilmente notare, nell'isola si tratta di iniziative classiche, ossia caratterizzate da una forte impronta assistenziale e sanitaria; tali aspetti, potrebbero essere letti in duplice chiave:

- conseguenza delle difficoltà economiche, che vedono le organizzazioni di volontariato prediligere gli interventi destinati agli anziani autosufficienti, perché più probabile che richiedano costi meno elevati rispetto a quelli rivolti ad utenti non autosufficienti e perché ormai registrano un certo livello di partecipazione e dunque di riuscita;
- effetto della resistenza di una mentalità tradizionale, per la quale le famiglie siciliane culturalmente hanno la tendenza di farsi carico direttamente dei propri cari non autosufficienti e di considerare gli stessi di tipo esclusivamente sanitario e/o di natura previdenziale o pensionistica (esempio: consulenze per pensioni e reintegrazioni economiche); del resto, qualora necessitino di assistenza, ricorrono prevalentemente a strutture classiche e a soluzioni private (esempio case di riposo, RSA, badanti, ecc... ). Inoltre, è fortemente diffusa la propensione delle stesse a preferire prestazioni in termini monetari (accompagnamento, buoni socio-assistenziali, ecc..), piuttosto che ad investire in attività innovative e non solamente assistenziali. Si innesca in questo modo, un intreccio perverso tra queste dinamiche, che origina un'apparente assenza di domanda sociale di interventi adeguati per gli anziani non autosufficienti; in realtà, è più plausibile che si tratti di un bisogno inespresso, rispetto al quale fino a questo momento le risposte fornite sono state ad opera dell'istituzione pubblica, mentre il settore del volontariato ha avuto un ruolo marginale e rigidamente limitato a prestazioni specifiche (esempio: associazioni di tipo socio-sanitario addetti al trasporto tramite ambulanza o di assistenza domiciliare ed infermieristica).

Diversamente, per gli anziani autosufficienti gli interventi attuati hanno fondamentalmente riguardato:

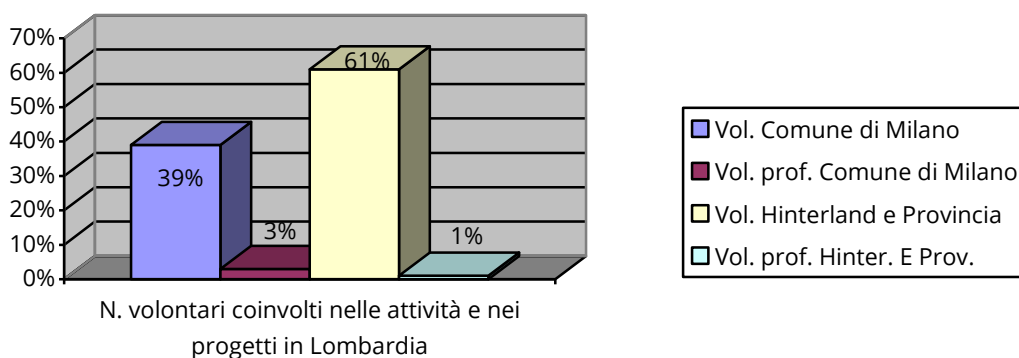
- attività ricreative svolte presso i centri di aggregazione per anziani gestiti dalle relative organizzazioni, attività di formazione (università della terza età, prevalentemente promosse dalle associazioni AUSER e ANTEAS)
- servizio di compagnia, sostegno e animazione per gli anziani ospiti di strutture residenziali (Case di cura, ospedali) o presso il domicilio degli anziani che ne hanno fatto richiesta
- accompagnamento presso i servizi socio- sanitari
- sensibilizzazione e promozione dell'educazione alla salute
- gite sociali, attività per il recupero della memoria storica , attività teatrali, cene sociali, partecipazione a manifestazioni locali, ginnastica dolce

- assistenza, consulenza e disbrigo pratiche di vario genere (pensionistiche, previdenziali, ecc..)
- attività di volontariato in strutture convenzionate, in cui gli anziani si sono cimentati volontari

Come è già stato detto, tali iniziative richiedono certamente un minore dispendio di risorse economiche; oltre tutto, prevedono un raggiungimento degli obiettivi più immediato e visibile nel medio-breve periodo, e sono realizzati con un minore numero di volontari, spesso non qualificati.

## 5.12. I VOLONTARI

Figura 5-7- I volontari coinvolti nelle attività e nei progetti considerati (Milano e Provincia)



Nel 2009 all'interno delle organizzazioni di volontariato considerate nel nord Italia sono attivi circa 2702 volontari: il 39% è presente all'interno di organizzazioni di volontariato che operano all'interno del Comune di Milano, mentre, il 61% è impegnato in attività nelle organizzazioni di volontariato situate nell'hinterland milanese. Inoltre, prendendo come riferimento il numero totale dei volontari, circa l'1,4% dei volontari opera in qualità di professionista (infermieri, psicologi, medici, avvocati, assistenti sociali, ecc.): un numero scarso di volontari che propone attività e servizi caratterizzati da azioni professionalizzanti. In particolare, il 3% è inserito nelle associazioni che ha come area di riferimento la zona del Comune di Milano, mentre circa l'1% esercita come volontario ma in qualità di professionista nelle organizzazioni situate nell'Hinterland milanese. Pertanto l'attività del volontario, nella maggiore parte dei casi, è differente rispetto a quella che viene svolta dal soggetto normalmente nella vita quotidiana ed è ancora molto scarsa la tendenza dei volontari alla professionalizzazione.

Nella regione Ligure e in particolare modo nel Comune e nella Provincia di Genova si nota una distribuzione simile a quella riscontrata in Lombardia: è evidente che anche in Liguria si ha a che fare con un volontariato caratterizzato da persone poco professionalizzate. Emerge, quindi, la tendenza a fornire all'anziano quelle attenzioni e cure (come ad esempio accompagnarlo ad una visita medica, comunicare con lui, ecc.) che potrebbero essere date loro quotidianamente dai propri familiari.

I dati pervenuti dimostrano che sia in Lombardia sia in Liguria il numero dei volontari è maggiore nelle associazioni che fanno a capo ad un'organizzazione nazionale come ad esempio l'AUSER: all'interno di queste organizzazioni, i volontari spesso ricoprono anche il ruolo di soci, quindi, spesso sono sia promotori delle attività sia destinatari delle stesse; il numero di volontari attivi nelle realtà locali situate e che agiscono nell'Hinterland milanese è inferiore rispetto a quelle che hanno come riferimento un'organizzazione nazionale. Quando il volontariato viene svolto nel tempo libero spesso in attesa di un'occupazione e di un lavoro stabile e retribuito, il volontario non fornisce una regolare presenza all'interno dell'associazione.

Anche in Sicilia, per quel che riguarda i volontari attivi che hanno partecipato alla realizzazione degli interventi destinati agli anziani, i dati pervenuti dimostrano chiaramente che tale numero è maggiore per le associazioni che fanno capo ad un'organizzazione nazionale, composte per lo più di soci over 65-enni autosufficienti che ricoprono il doppio ruolo di volontari promotori delle attività e di destinatari delle stesse; al contrario, il numero dei volontari, risulta piuttosto contenuto per le altre realtà minori autonome, operanti prevalentemente in piccole realtà locali. Questo conferma un'ulteriore sfaccettatura dell'attuale mondo del volontariato: esso, oltre a dover fare i conti con difficoltà di natura economica, ne riscontra altre relativamente alle risorse umane. Il numero dei volontari, infatti, non sempre risulta sufficiente al regolare svolgimento delle attività promosse, e non è raro che a quello formalmente registrato non corrisponda un impegno costante da parte degli stessi volontari. Accade, inoltre, che il volontariato venga svolto, specie per le giovani generazioni in attesa di occupazione, con la speranza di ottenere forme di collaborazione retribuita da parte dell'organizzazione; ciò spiega il motivo per cui la loro partecipazione attiva alle iniziative tende a decrescere nel tempo e non è raro che si arresti del tutto. Sempre relativamente ai volontari, è emerso che una buona parte di essi esercita la propria attività in qualità di professionista: le figure maggiormente diffuse sono docenti ed ex-docenti universitari e di scuole superiori, assistenti sociali, psicologi, pedagogisti, educatori, operatori socio- assistenziali; seguono in termini quantitativi: medici, infermieri, soccorritori di I e II livello, psicomotricista, avvocati, ed infine risultano più rari: ingegneri, esperti del terzo settore, autisti soccorritori, farmacisti, economisti. L'odierno volontariato, pertanto, assume sempre più un aspetto professionalizzato e nel caso degli anziani è svolto principalmente da over-65enni, confermando la relazione di mutua assistenza intra-generazionale, che vede quest'ultimi mobilitarsi a vantaggio della popolazione anziana, con una forte presenza del sesso femminile.

### **5.13. I BENEFICIARI**

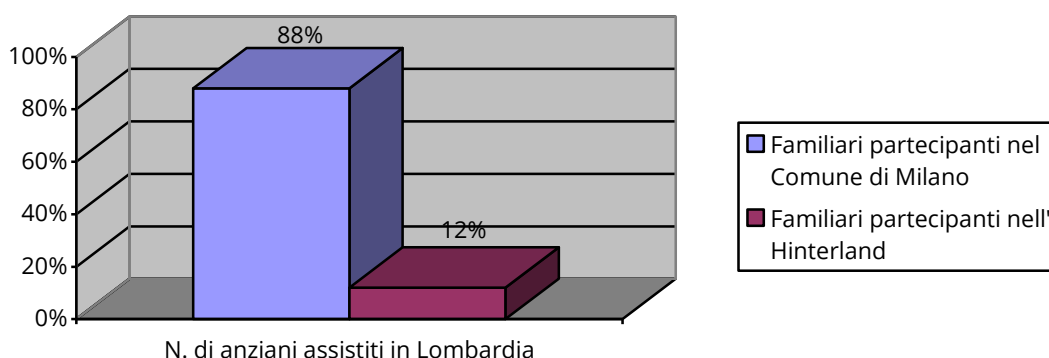
Nel 2009 nell'area di Milano, le attività e i progetti realizzati dalle organizzazioni hanno interessato 13.641 beneficiari. Non è stato facile per i ricercatori rilevare un dato sulla non autosufficienza degli utenti, in quanto, alle associazioni di volontariato non è chiara quale sia la linea di demarcazione e quindi i requisiti che definiscono e differenziano un anziano autosufficiente da uno non-autosufficiente: sarebbe più opportuno sostenere che sia i progetti sia le attività fossero forniti dalle associazioni agli anziani definiti "bisognosi", ovvero a coloro che non hanno le forze, non hanno i mezzi o non hanno un supporto su cui contare per salvaguardare il proprio benessere. Per quanto riguarda il Comune di Milano il 35% degli anziani che partecipa alle attività e partecipa ai progetti non è autosufficiente, nell'hinterland il 15% sono i beneficiari non-autosufficienti.

Con riferimento all'anno 2009, per quanto riguarda la Liguria e l'area di Genova si è evidenziato che circa il 77% delle associazioni di volontariato fornisce attività e servizi ad anziani autosufficienti, mentre, solo il restante 23% ai non-autosufficienti.

Per quanto attiene ai soggetti assistiti dalle organizzazioni in Sicilia è risultato un quadro piuttosto univoco, che ha registrato una percentuale di interventi sbilanciata a favore degli anziani autosufficienti, ed esigua rispetto alle iniziative destinate agli anziani non autosufficienti ed ai familiari.

Nell'anno 2009 complessivamente solo il 4%, degli utenti è rappresentato da familiari che partecipano e sono coinvolti nelle attività e nei progetti. La maggioranza di questi ovvero l'88% dei familiari è coinvolto nelle attività e nei progetti nelle associazioni che agiscono sul Comune di Milano mentre il 12% in quelle che sono attive nell'hinterland.

Figura 5-8- Provenienza dei Familiari coinvolti nei progetti (Milano e Provincia)



Esaminando approfonditamente i questionari emerge che i familiari vengono coinvolti in quelle attività o progetti in cui il familiare ha la funzione di *caregiver*, come ad esempio negli Alzheimer Cafè o in quelle attività che vedono sia l'anziano sia il proprio familiare come soggetti deboli e fragili incapaci di sostenersi l'uno con l'altro. La partecipazione dei familiari nelle attività avviene, quindi, nel momento in cui l'anziano viene considerato non-autosufficiente, in quanto, il familiare richiede un aiuto sia concreto (servizi, attività, ecc.) sia psicologico per far fronte alla non-autosufficienza del proprio familiare anziano.

C'è una tendenza, soprattutto nei casi sopracitati, da parte del volontariato a prendere in considerazione, all'interno delle proprie attività, sempre di più la famiglia dell'anziano: la famiglia, quindi, non viene più vista come un soggetto passivo ma viene assunta come parte attiva all'interno dei progetti e delle attività che hanno come obiettivo il benessere del proprio caro. Rimane, comunque, la tendenza di considerare il volontariato come un'alternativa alla famiglia, sottovalutando, quindi, le potenzialità che potrebbero svilupparsi all'interno di una relazione familiare - anziano soprattutto in quei casi dove l'anziano è ancora autosufficiente e quindi è in grado di offrire risorse utili ai propri cari. Per quel che riguarda l'assistenza destinata ai familiari degli anziani in Sicilia dalle interviste effettuate emerge che si è trattato di esperienze sporadiche e limitate alla partecipazione a manifestazioni proposte dagli enti di volontariato durante l'anno (Natale, Pasqua, sagre, ecc...) oppure a forme di assistenza classica frequentemente promosse da organizzazioni di matrice marcatamente confessionale o di ispirazione cristiana (esempio Gruppi Volontariato Vincenziano impegnati nella distribuzione di viveri a famiglie in condizione di indigenza, attraverso convenzioni con Fondazione Banco Alimentare ed AGEA). Sostanzialmente, dalle interviste emerge una scarsa sinergia tra le organizzazioni di volontariato e le rispettive famiglie: è molto diffusa l'attitudine di considerare il volontariato mera alternativa alla famiglia, secondo una logica dell'out- out piuttosto che dell'et-et., sottovalutando le preziose potenzialità che una prospettiva di interscambio potrebbero offrire.

#### 5.14. I LUOGHI

Un ultimo aspetto focalizzato dal questionario adottato, ha avuto come oggetto la conoscenza dei luoghi presso i quali gli interventi sono stati realizzati. Nel 2009, in Lombardia sia in Liguria, gli interventi e le attività sono realizzate prevalentemente in questi luoghi:

- struttura dell'organizzazione / associazione;
- domicilio dell'utente;
- strutture protette (RSA, ospedali, ecc.);
- locali comunali;
- locali parrocchiali (oratorio, ecc.);
- locali di varia natura (come ad es. "la sede dei bersaglieri", bar, portinerie Aler);

- luoghi all'aperto durante le gite fuoriporta.

Inoltre per la Lombardia:

- postazioni dei custodi sociali.

Sembrano essere frequenti i contatti, che in seguito si tramutano in partnership, con gli enti locali: in genere le associazioni fanno verso quest'ultimi richieste di natura economica o chiedono di usufruire di alcuni spazi o "strumenti" per la realizzazione delle proprie attività.

In Sicilia i luoghi prevalenti sono la struttura della stessa associazione, il domicilio dell'anziano, residenze convenzionate, scuole, ospedali, esempio case di riposo, locali del Comune, parrocchie e territorio in generale nel caso di iniziative come escursioni e gite sociali. A questo proposito, i referenti hanno più volte sottolineato il fatto che tra le associazioni di volontariato rivolte agli anziani, esista una scarsa rete di scambi e collaborazioni e in alcune ipotesi non è raro che sfocino in veri antagonismi, per ragioni diverse come: oggetto delle iniziative che s'intende realizzare, partecipazione attiva dei volontari, iscrizione degli anziani non autosufficienti per i progetti che prevedono l'assegnazione di eventuali voucher ecc... In ogni caso, possibili forme di cooperazione sono di tipo orizzontali: esse si realizzano prevalentemente fra associazioni facenti capo alla stessa organizzazione (solitamente AUSER e ANTEAS) e circoscritte a particolari eventi nel corso dell'anno (esempio feste di Natale, sagre del comune, gite sociali, ecc..). Viceversa, ricorrono frequentemente i rapporti di partnership con gli enti locali e i servizi pubblici, per ragioni svariate quali per esempio: convenzioni per usufruire di spazi dove svolgere attività, richieste di possibili contributi per la realizzazione di specifiche iniziative, ecc.. Tuttavia, a questo proposito, più referenti della Sicilia intervistati hanno messo in evidenza come di frequente per gran parte degli stessi enti locali, il finanziamento dei progetti proposti dalle organizzazioni di volontariato, non sia compreso in una programmazione generale delle politiche sociali, piuttosto sia connesso a vincoli di speculazione clientelare.

### 5.15. ALCUNE CONSIDERAZIONI FINALI

Dagli approfondimenti telefonici con i responsabili e i volontari dell'associazione e dai questionari compilati sono stati identificati alcuni fattori che incrementano l'efficienza e l'efficacia dei progetti e delle attività volontarie per la cura degli anziani:

- *il numero di utenti che usufruisce del servizio:* dal punto di vista dei volontari e dei soci se è elevato il numero dei beneficiari del servizio la qualità delle attività offerte è migliore;
- *l'area geografica che copre il servizio:* le organizzazioni di volontariato hanno spesso tra i loro obiettivi quello di espandere geograficamente il proprio servizio. Più l'area a cui è destinato il servizio è estesa, qualitativamente migliore sembra essere il servizio offerto.
- *la continuità del servizio:* è importante per le associazioni di volontariato che i servizi, le attività e i progetti offerti continuino nel tempo senza interruzione. Offrire un servizio costante nel tempo è fondamentale.

L'immagine tratta dalla presente ricerca è quella di un volontariato in pieno divenire, e come tale presenta indubbiamente anche diverse criticità, riguardanti per lo più aspetti quali:

- la scarsa apertura verso le innovazioni delle attività
- l'inadeguata attenzione alle domande della popolazione anziana non autosufficiente
- la tendenza tra le associazioni a procedere per strade parallele
- lo scarso coinvolgimento delle reti familiari e frequente attitudine a considerare il volontariato alternativa a tali reti
- la concezione del volontariato come valido sostituto per gli ambiti in cui il sistema di *welfare* risulta vacillare.

In sintesi i dati raccolti confermano che in tutte e tre le Regioni il volontariato deve far fronte a due grosse difficoltà:

- la ricerca di risorse economiche per attivare servizi e progetti.

- la ricerca di risorse umane da impiegare nei servizi.

Sarebbe necessario, dunque, garantire un sostegno appropriato a queste associazioni nel puntare su attività innovative, specie rivolte agli anziani non autosufficienti ed un maggiore coinvolgimento e considerazione del ruolo del volontariato nell'implementazione delle politiche sociali per gli anziani sia a livello locale che regionale. In questo modo, sarà possibile avviare un concreto processo di cambiamento, con inevitabili ripercussioni positive sulla qualità della vita della popolazione anziana autosufficiente e non, delle relative famiglie e indirettamente della società in generale.

Inoltre appare chiaro che in Sicilia, dove il quadro generale emerso, presenta diversi punti di connessione tra le quattro realtà territoriali considerate<sup>119</sup>, il maggiore rischio corso dal settore del volontariato per gli anziani è che si paralizzi in una condizione di impasse, senza prospettive di cambiamento. Per tale ragione, è doveroso riflettere sui punti di forza che il presente sistema offre, i quali se adeguatamente potenziati, potrebbero costituire una valida occasione di crescita. In particolare, si è notato come per le associazioni di volontariato del campione, l'appartenenza ad un'organizzazione strutturata a livello nazionale o regionale, costituisca una straordinaria positività, in quanto da un lato offre numerose garanzie e nel contempo non nega l'autonomia alle sedi decentrate di svolgere le proprie attività commisurate al contesto in cui operano e alle finalità perseguite. Inoltre, risulta essenziale la costruzione di un concreto dialogo tra le diverse organizzazioni e tra queste e le famiglie. Per l'esattezza, occorrerebbe riconoscere e valorizzare il ruolo svolto dalle reti familiari nell'assistenza e cura dei familiari anziani e non autosufficienti; nel senso che, il loro atteggiamento protettivo e per certi versi conservatore, se sfruttato bene, può rappresentare una preziosa risorsa.

---

<sup>119</sup> Aspetto legato indubbiamente al fatto che molte di esse sono sedi decentrate di organizzazioni strutturate a livello nazionale.

## 6. ANALISI DEI SERVIZI PREVISTI PER LE FAMIGLIE CON GLI ANZIANI NEI PIANI DI ZONA 2009-2011 DELLA REGIONE LOMBARDIA

di Matteo Moscatelli

La Lombardia è la regione con la maggior presenza di anziani in Italia ed è fra le prime quattro in Europa per popolazione anziana. Nel periodo 2005-2009 la popolazione over 65enne lombarda è cresciuta del 14% ed è aumentata la richiesta di cure continuative nelle diverse condizioni di fragilità. Oggi è più difficile prendersi cura dell'anziano non autosufficiente dato che le famiglie sono meno numerose e l'età anagrafica dell'anziano e di chi dovrebbe prendersene cura è più alta che in passato, inoltre il numero degli anziani soli è elevato, specialmente nell'area metropolitana milanese dove sono concentrate le attività produttive.

La spesa della Regione Lombardia per gli anziani è ingente<sup>120</sup> e gli orientamenti di politiche sociali e le iniziative attivate intendono migliorare la qualità dell'offerta dei servizi sociali del territorio perseguendo due obiettivi principali: da un lato soddisfare la domanda di ricovero, dall'altro favorire l'autonomia la permanenza degli anziani nel proprio contesto di vita attraverso le strategie della prossimità, domiciliarità e semiresidenzialità.

Lavorando al primo obiettivo la Regione è stata sollecitata nell'attivare l'accreditamento delle RSA<sup>121</sup> ha inoltre investito ulteriormente sulla qualità "aggiunta" delle strutture attraverso la definizione dei criteri per la ripartizione delle risorse aggiuntive ad essa dedicate (nell'anno 2010 sono 13 milioni eur.).

Per il secondo obiettivo, relativo agli interventi alternativi al ricovero, oltre all'accreditamento dei CDI<sup>122</sup>, ha valorizzato il servizio del custode sociosanitario e in questi anni si è impegnata nello sviluppo della rete delle cure domiciliari, introducendo forme di erogazione più flessibili (il *Voucher* socio sanitari e poi la sperimentazione del *credit* da parte delle ASL).

La costruzione di un sistema organico di cure domiciliari, che offre interventi assistenziali diversificati ed efficaci, erogati in modo integrato e flessibile dai vari servizi sanitari, socio-sanitari e socio-assistenziali accreditati ha portato a una certa disomogeneità iniziale nell'erogazione delle diverse forme di intervento domiciliare. Per ottimizzare il funzionamento di questa organizzazione la Regione oltre a valorizzare l'esperienza e le competenze dei soggetti accreditati, ha sostenuto le funzioni di programmazione, vigilanza e controllo da parte delle ASL e ha inoltre previsto l'istituzione e attivazione dei centri per l'Assistenza Domiciliare (CeAD), 1 per ogni ASL che si occupano di coordinare le risorse e gli interventi sociosanitari e sociali al domicilio.

---

<sup>120</sup> La spesa per anziani nel 2009 è stata di 985.597.866 eur, le risorse destinate alla cura e all'assistenza degli anziani hanno assorbito il 63% dell'intera quota del FSR attribuita alle ASL (Fonte: bilancio sociale Regione Lombardia 2009).

<sup>121</sup> In proposito si vedano la d.g.r. 11080 del 27 gennaio 2010 relativa alla programmazione degli accreditamenti dei posti letto delle rsa; la d.g.r. 9420 del 6 maggio 2009 ulteriori determinazioni in merito alle rsa e cdi; La circolare 6 del 23 aprile 2009; il d.g.r. 8799 del 31 dicembre 2008; la d.g.r. 8859 del 3 dicembre 2008; la d.g.r. 6677 del 27 febbraio 2008; la d.g.r. 12618 del 7 aprile 2003 e la delibera sui requisiti per l'autorizzazione al funzionamento e per l'accreditamento delle rsa del 14 dicembre 2001

<sup>122</sup> La delibera 14367 del 30 settembre 2003 relativa all'accreditamento dei Cdi.



Altri interventi importanti sono stati l'istituzione del ricovero di sollievo per le persone affette da malattie dei motoneuroni, in particolare da SLA<sup>123</sup> e il sostegno del familiare *caregiver* per l'aiuto e il supporto al proprio congiunto in stato vegetativo<sup>124</sup>.

Come già previsto dalla l.r. 3/2008, anche attraverso nuovi protocolli d'intesa e patti di governante, nella rete dei servizi si sta rafforzando la comunicazione e l'integrazione, non solo per unificare o semplificare, ma per migliorarne la connettività, rendere funzionali le relazioni tra i diversi servizi ed enti, istituzionali e non, e gli operatori che vi operano, favorire l'accesso alle prestazioni e l'accompagnamento delle persone e delle famiglie da un nodo della rete all'altro, in un percorso fluido tra sistemi sanitari, socio sanitari e sociali. A questo processo di integrazione della rete hanno contribuito per esempio i custodi sociosanitari che hanno potuto raggiungere personalmente MMG e Pediatri presso i rispettivi studi presentandosi e definendo modalità di collaborazione, di raccordo e di collegamento con i servizi sanitari.

La Regione sta inoltre recentemente puntando alla qualificazione del lavoro privato di cura delle badanti<sup>125</sup> e opera per sostenere le progettualità innovative e la mutualità familiare, non solo con l'obiettivo di sperimentare nuove modalità gestionali o nuove tipologie di unità d'offerta, ma per valorizzare le reti sociali "naturali" e di prossimità, le comunità locali e l'associazionismo.

Altre iniziative importanti realizzate a livello Regionale, degne di nota, sono il servizio di Telefonia sociale - Filo d'Argento, un altro tipo di "servizio di prossimità" rivolto agli anziani soli in grado di coprire con 19 Punti d'Ascolto, tutti i distretti telefonici lombardi e una iniziativa intergenerazionale: il concorso Angeli Custodi, un premio letterario e di disegno, rivolto ai bambini delle scuole elementari della Lombardia e dedicato alla figura dei nonni<sup>126</sup>.

## 6.1. ANALISI DEI 98 PIANI DI ZONA 2009-2011

L'analisi dei 98 documenti di programmazione e rendicontazione dei distretti Lombardi (i Piani di Zona) ha avuto l'obiettivo di individuare buone pratiche e indicazioni in merito alla familiarizzazione e all'innovazione dei servizi per le famiglie con anziani non autosufficienti erogati in Regione Lombardia dai Comuni.

Questa prima scrematura degli interventi, di cui sarà presentato un breve resoconto in questo paragrafo, ha consentito, a partire dall'identificazione di alcuni indizi di buona pratica, di selezionare le esperienze che apparivano più interessanti e di avere un quadro di come i distretti si stiano muovendo sul tema della cura per gli anziani. Come un carotaggio, alcuni dei progetti individuati sono stati successivamente approfonditi attraverso brevi colloqui telefonici in cui è stata compilata una scheda di buona pratica (vedi allegato). Grazie a questo processo esplorativo, che non vuole certo essere esaustivo<sup>127</sup>, alla documentazione reperibile e alle informazioni già note all'équipe di ricerca, sono stati selezionati i casi presentati nel rapporto.

---

<sup>123</sup> Anche nel 2009 la delibera di giunta regionale n. 10160 del 16/09/2009 2 stabilisce che le persone anziane, in questa condizione e assistite a casa, possono usufruire di 90 giorni all'anno di ricovero di sollievo gratuito e del contributo mensile di 500€ riconosciuto al familiare *care giver* per le attività di aiuto e supporto al proprio congiunto.

<sup>124</sup> La DGR n. 10160 del 16/09/2009. Al familiare *caregiver* viene erogato un contributo mensile di 500€ in segno di riconoscimento delle attività di aiuto e supporto al proprio congiunto in stato vegetativo.

<sup>125</sup> La dgr n. 8243 del 22/10/2008 "realizzazione di interventi a favore delle famiglie e dei servizi socio-educativi per la prima infanzia" e La Circolare 41/2007 che indica alcuni parametri entro i quali erogare il buono sociale.

<sup>126</sup> In questo grande progetto bambini e nonni, insegnanti e genitori si sono mobilitati sulla tematica del rapporto nonni/nipoti, parlandone in casa e in classe. (Fonte : sito web Regione Lombardia).

<sup>127</sup> La mappatura realizzata (che non ha pretese di esaustività, in quanto realizzata soltanto a partire dai documenti ufficiali, concentrandosi prevalentemente sui piani di zona delle province e di grossi ambiti)

In particolare, sono stati presi in considerazione, in quanto particolarmente innovativi e congruenti con le finalità della presente indagine, i seguenti servizi:

1. sportelli badanti, registri badanti, progetti di formazione e tutoraggio per badanti;
2. Interventi di custodia sociale/servizi di prossimità;
3. Voucher/assegni di cura (con particolare attenzione alle modalità di erogazione/gestione più innovative);
4. Gruppi di auto mutuo aiuto per famigliari e anziani;
5. Progetti specificatamente intergenerazionali;
6. Interventi di rete per il sollievo nella cura dell'anziano non autosufficiente;
7. Altri progetti innovativi.

Bisogna sottolineare che l'operazione di prima analisi dei PdZ è stata particolarmente complessa poiché, oltre alla difficoltà nel reperire i documenti, non tutti accessibili online, si sono rivelati poi ad una lettura attenta non sempre adeguati a rispondere al nostro quesito circa l'offerta di servizi per anziani e per le loro famiglie. Le maggiori criticità sono state:

- innanzitutto, una mancanza di omogeneità, una assenza di modalità comuni nella redazione di PdZ, alcuni dedicano molto spazio alla rendicontazione, altri viceversa alla programmazione, certi si occupano maggiormente dei servizi attivati e altri dell'analisi territoriale, ma bisogna segnalare che in alcuni è dedicato poco spazio alla presentazione analitica dei progetti finanziati, soprattutto quando questi sono esternalizzati;
- la parte programmatica spesso si limita a indicare gli obiettivi attraverso dichiarazioni di intenti senza dettagliare le azioni e, ancor meno le metodologie di lavoro;
- all'interno di una diversificazione complessa alcuni documenti non presentano servizi innovativi e nuove modalità di risposta, limitandosi alla consolidata e classica offerta di servizi per anziani (Adi, telesoccorso, Rsa, Cdi);
- quasi mai si evidenzia il riferimento alla famiglia in quanto l'elencazione avviene per settori di intervento, per cui la famiglia non viene nominata;
- scarso spazio viene dato a soggetti non pubblici, tavoli di progettazione con il terzo settore e alle associazioni familiari;
- inoltre nei PdZ non trovano spazio le progettualità che non passano dai finanziamenti di ambito (ad esempio leggi regionali, fondi europei, ecc)

La Tabella 6-1 mostra alcuni dei progetti che sono stati considerati nella consultazione e che hanno attirato l'attenzione dei ricercatori perché vi era dedicato uno spazio; alcuni di questi erano particolarmente innovativi e sono stati considerati per lo studio di caso:

---

ha consentito di avere una quadro generale dei servizi previsti per gli anziani e le loro famiglie e di identificare alcuni servizi/interventi particolarmente interessanti nell'ottica delle "buone pratiche", e meritevoli quindi di ulteriore approfondimento.

Tabella 6-1 Progetti considerati rilevanti

sportelli badanti, registri badanti, progetti di formazione e tutoraggio per badanti;	circa 35 dei documenti considerati
Interventi di custodia sociale/servizi di prossimità (diversi dall'adi)	circa 20 dei documenti considerati
Voucher/assegni di cura	circa 70 dei documenti considerati
Gruppo di auto mutuo aiuto per famigliari e anziani	circa 20 dei documenti considerati
Progetti specificatamente Intergenerazionali	2 esperienze
interventi di rete per il sollievo nella cura dell'anziano non autosufficiente (medico di base, asl, famiglie, udp, servizi sociali); dimissioni protette	circa 40 dei documenti considerati
Altro di interesse per la ricerca	circa 20 dei documenti considerati

*Registro badanti, formazione, tutor per badanti; sportello badanti*

Molti documenti illustrano progetti per le assistenti familiari (badanti) e interventi per qualificare il lavoro di cura (oltre 1/3 dei PdZ), molte sono le iniziative interessanti avviate nel triennio 2009-2011 che cercano di muoversi in questa direzione e anche di riorganizzarsi alla luce delle recenti circolari<sup>128</sup> regionali. Dalla lettura dei bilanci sul triennio precedente emerge generalmente che le esperienze fino ad ora intraprese per facilitare il *matching* tra assistente familiare e famiglia non sempre hanno tenuto in adeguata considerazione la complessità del lavoro di cura al domicilio. Per questo motivo, il processo di accompagnamento e supporto alla ricerca e scelta dell'assistente familiare è una pratica ancora soggetta ad un alto tasso di insuccesso. Secondo il piano di zona di Sesto San Giovanni:

*“La complessità del processo è determinata da diversi passaggi critici: la lettura dei bisogni e delle aspettative dell'anziano e della famiglia; l'accompagnamento all'inserimento di una nuova persona all'interno di un sistema familiare che, solitamente, pone delle resistenze; il supporto per i familiari, che per la prima volta si trovano a dover amministrare un vero e proprio rapporto di lavoro, e alla gestione di tutti gli aspetti contrattuali”.*

Infatti queste fasi oltre ad essere delicate sono strettamente connesse; gli aspetti emotivi e relazionali che entrano in gioco in una relazione d'aiuto non sono marginali e vanno sempre tenuti in considerazione dei consulenti, operatori e sportellisti anche quando si tratta di sola assistenza contrattuale. Inoltre, a volte, l'impiego di personale straniero che spesso convive a domicilio con la persona da assistere si è dimostrato di bassa professionalità. Vi è spesso una sproporzione numerica tra coloro che offrono lavoro di cura e coloro che richiedono lavoro di cura. Allo stato attuale, sembra esserci ancora una notevole distanza tra gli sportelli che accompagnano alla scelta delle assistenti familiari, nei termini di riconoscimento delle competenze e qualifica e gli sportelli di consulenza contrattuale al lavoro domestico che si occupano maggiormente delle questioni giuridiche e contabili. È necessario accorciare la distanza tra chi si occupa di selezione/formazione delle assistenti familiari e chi si occupa di assistenza contrattuale e giuridica. Per questi motivi le esperienze che hanno creato sportelli unici, rivolti sia

<sup>128</sup> La circolare del 1° dicembre 2009 relativa al completamento della regolarizzazione delle badanti; la Circolare 41/2007 che indica alcuni parametri entro i quali erogare il buono sociale; il dgr n. 8243 del 22/10/2008 “realizzazione di interventi a favore delle famiglie e dei servizi socio-educativi per la prima infanzia”.

a badanti che familiari, che si occupano sia degli aspetti relazionali, sia di quelli più contrattuali e privilegiano il lavoro di rete si rivelano particolarmente virtuose e hanno consentito di accogliere il bisogno familiare, che è sempre prestazionale e fiduciario, ottimizzando i tempi.

Alcuni documenti non entrano nel dettaglio di grosse iniziative (es. Trezzo), altri si limitano ad ipotesi su azioni ancora non definite attraverso il piano di zona (per esempio Como<sup>129</sup> e Isola Bergamasca)<sup>130</sup> altri si soffermano semplicemente sulla redazione di un registro badanti (Mantova). Particolarmente interessanti invece risultano le esperienze dello Sportello Assistenti Familiari di Sesto San Giovanni, con il progetto Equal e la stretta collaborazione con IRS, il primo in provincia nell'offrire orientamento alla scelta e informazioni per avviare contratti lavorativi, e la più recente esperienza dell'ambito di Cinisello Balsamo, che si caratterizza per il lavoro di rete e la prospettiva di prossimità valorizzando in un progetto integrato le risorse del territorio.

Come rilevano i bilanci sull'annualità 2006-2008 il fattore critico per i progetti di questo tipo è l'attenzione alla relazione: badante-famiglia. In alcune esperienze (Cantù e Monza) è stato introdotto il *tutoring* familiare per accompagnare la delicata fase di inserimento in famiglia della badante. Bormio, con il progetto Effatà, si distingue per una grossa partnership attenta all'integrazione delle donne migranti della vallata, che coinvolge le parrocchie e le comunità etniche. Anche Melzo sta investendo nel lavoro di rete. A Morbegno lo sportello provinciale badanti è diventato punto di riferimento per l'intermediazione tra domanda e offerta. Sui progetti che investono sulla formazione e qualificazione del lavoro di cura oltre al corso multimediale in 6 lingue per badanti della Regione (con ARSmedica e Deagostini) spiccano Desio (progetto Saf) e Bergamo e provincia che hanno realizzato un DVD con consigli pratici per il *caregiver* familiare<sup>131</sup>. Sempre in provincia di Bergamo (a Romano, per esempio) c'è un forte impegno nella realizzazione di percorsi formativi. Comune a molti progetti è la sperimentazione buono badanti. Molti progetti ipotizzano azioni di sviluppo, con interventi di riorganizzazione dei servizi e della rete di offerta e introduzione della cartella sociale anziani informatizzata.

#### *Interventi di custodia sociale/servizi di prossimità (diversi dall'adi)*

Dopo l'evento anomalo dell'"emergenza caldo" nell'estate del 2004, si è tentato di rispondere al rischio dell'abbandono degli anziani durante il periodo delle ferie attraverso la sperimentazione di servizi di prossimità. Il Ministero della Salute e la Regione Lombardia hanno dato vita, a partire dal 2005, a un servizio sperimentale di *prossimità* denominato "Custode Socio-Sanitario" introducendo nuovi operatori che fanno della vicinanza al domicilio e del lavoro di rete la propria strategia. Con il Servizio del Custode Socio-Sanitario è stato potenziato il sistema di monitoraggio delle persone "fragili" (in via conclamata o in via potenziale) sotto il profilo sanitario e dell'isolamento sociale, facendo emergere situazioni non note e intervenendo con attività di cura e di prevenzione. Al Custode Socio-Sanitario è stata in concreto affidata l'individuazione dei bisogni della parte più fragile della popolazione e la definizione degli interventi più utili (urgenti, adatti, necessari) in collegamento diretto con gli altri servizi sanitari e sociali operanti sul territorio cittadino. Il nuovo servizio si è poi evoluto e consolidato attraverso il Servizio del "Custode Sociale" a Milano che è entrato a far parte di una grande rete operativa che vede

---

<sup>129</sup> Studio per l'attivazione di un servizio d'incontro domanda/offerta per assistenti familiari/badanti -nella forma di albo o di sportello- anche grazie al coordinamento dell'UdP; saranno inoltre previste azioni formative specifiche per le assistenti familiari Coordinamento servizio badanti a cura del PdZ e Albo/Sportello incontro domanda/offerta Sportello Lavoro. Formazione per assistenti familiari.

<sup>130</sup> Progetto "La cura dell'anziano" - conoscere il fenomeno delle assistenti familiari sul nostro territorio per progettare interventi appropriati, che qualifichino il lavoro di cura e che facilitino la domiciliarità.

<sup>131</sup> Uno strumento audiovisivo per l'autoformazione sul lavoro di cura, dedicato ad assistenti familiari o familiari che non hanno la possibilità di frequentare corsi di formazione o per l'aggiornamento relativamente alle pratiche e il corretto uso degli ausili

protagonisti l'ALER, unitamente ai servizi pubblici territoriali del Comune di Milano e ad organizzazioni non profit del terzo settore. Dalla lettura dei PdZ particolarmente interessante risulta quindi l'esperienza di Milano, per le grandi forze messe in campo in partnership con il terzo settore e per la *governance* sussidiaria. A partire da questa esperienza si sono mosse anche le realtà di Monza, Seregno e Giussano con la creazione di servizi analoghi rivolti sia ad anziani che alle loro famiglie. Altri Comuni, pur con minori finanziamenti, stanno progettando nuove forme di servizi di prossimità, investendo nel lavoro di rete con attivazione di programmi di prevenzione della fragilità e sostegno delle reti sociali (es. Merate, Paullo, Pioltello), altri stanno invece lavorando ad un rinnovo dell'assistenza domiciliare (Legnano), progettando nuove forme di *housing* sociale (Como).. Sul versante delle nuove professionalità segnaliamo anche Mantova, con l'amministratore di sostegno<sup>132</sup> rivolto prevalentemente a famiglie con disabili e giovani adulti fragili.

#### *Titoli sociali, voucher/assegni di cura*

Praticamente tutti i PdZ parlano del riordino del sistema distrettuale di regolarizzazione e definizione delle modalità per l'erogazione dei titoli sociali - Buoni sociali/Voucher<sup>133</sup>. I comuni associati, all'interno dei Piani di Zona, nell'ambito della loro autonomia, infatti possono prevedere di rivolgere il contributo a tutte le fasce di utenza o mirarlo alle fasce di maggior bisogno della popolazione. Rientra nell'autonomia dei Comuni associati del distretto decidere le tariffe e quali sono i criteri per l'accesso al buono sociale. Generalmente si tratta di età, reddito, condizioni di fragilità, presenza di invalidità accertata. È facoltà di ogni distretto decidere come erogare il buono: se aprire un bando oppure accogliere le domande a sportello, ossia a richiesta individuale. Oltre 70 documenti consultati danno ampio spazio alla riorganizzazione dei buoni e molti si concentrano nello sviluppo di titoli sociali per la qualificazione della assistenza domiciliare svolta da assistenti familiari. In generale si identifica un mantenimento, potenziamento e coordinamento di voucher e buoni presenti sul territorio anche in relazione con la rete dei servizi per anziani con un coordinamento fra i vari interventi, anche attraverso il "punto unico di accesso" Cead. Alcuni Comuni definiscono molte tipologie di buoni (es. Treviglio) ed è allo studio la fattibilità e attuazione di servizi e prestazioni voucherizzabili, integrativi all'abitare (colferaggio, piccole manutenzioni...), attraverso il coinvolgimento di cooperative sociali di tipo B, con la promozione di ricadute in termini di inclusione sociale; nel comune di Lecco vi è la sperimentazione di un nuovo voucher sociale Sad "per interventi urgenti e limitati nel tempo" a copertura di quelle situazioni che, a seguito di particolari eventi contingenti, richiedono un intervento urgente e immediato, magari anche di alta intensità, ma limitato nel tempo, qualora tale intervento sia necessario ad evitare ipotesi istituzionalizzanti in risposta a situazioni affrontabili, con gli adeguati supporti, al domicilio. Molti PdZ segnalano che verrà potenziata la fase di verifica e controllo rispetto alla correttezza dell'utilizzo del buono sia a livello distrettuale che comunale, migliorando l'aspetto metodologico e monitorando più compiutamente il reale utilizzo della risorsa a beneficio dell'anziano.

---

<sup>132</sup> Il Progetto AdS si pone l'obiettivo di assicurare in ogni provincia lombarda la presenza competente e stabile di una rete interassociativa in grado di svolgere funzioni diversificate utili allo sviluppo di servizi per la protezione giuridica delle persone fragili.

<sup>133</sup> Il Buono sociale, essendo finalizzato prevalentemente al sostegno della domiciliarità, è rivolto a tutte le fasce di utenza che presentano necessità di questo tipo, quindi principalmente anziani e disabili, ma anche minori, emarginati o persone con problemi nell'area della salute mentale.

### *Gruppo di auto mutuo aiuto per famigliari e anziani*

Si segnalano una ventina di esperienze interessanti in relazione ai gruppi di mutuo aiuto per anziani e famigliari (non rientrano in questa mappatura di massima le esperienze che sono regolarmente attivate nei centri ricreativi diurni, o negli sportelli dei CMA). I PdZ di Abbiategrasso, Legnano, Mariano Comense, Tirano, Isola Bergamasca propongono gruppi per malati di Alzheimer o Alzheimer café, con la realizzazione di uno spazio specifico per gli utenti in oggetto, gestito da operatori specializzati sul tema (psicologi, ausiliari, volontari) con compito anche di consulenza alle famiglie che entrano in contatto con l'iniziativa; l'obiettivo è la realizzazione di un punto di riferimento sul territorio per le famiglie con un anziano affetto da demenza, il loro inserimento in una rete di rapporti e servizi, la creazione di uno spazio di sollievo, sia per gli anziani che per i famigliari / *caregiver*, l'avvio di un percorso per la realizzazione di gruppi di auto-mutuo-aiuto. Interessanti l'esperienza di Treviglio, realizzata dall'Associazione Giardino della Memoria, e quella di Cantù con Tempo Alzheimer nato in collaborazione con la fondazione Garibaldi Pogliani e l'associazione AUSER di Como. A Crema il gruppo di auto mutuo aiuto per familiari di pazienti con demenza lavora per fornire sostegno emotivo e psicologico per l'azione di confronto e responsabilizzazione verso le esigenze della comunità. A Varese è presente il Progetto Alzheimer Cafè, con la collaborazione di realtà associative e Enti per la promozione di momenti d'incontro e sollievo per ammalati di Alzheimer e i loro familiari. Si ricordano anche gli interventi rivolti agli operatori e ai *caregiver* che sono a contatto con anziani malati di demenza: a Bergamo c'è Progetto Melograno, un ciclo di incontri destinati a tutte le persone (assistenti familiari, Asa, oss, familiari e volontari) impegnate nel lavoro di cura di persone anziane non autosufficienti; in collaborazione con l'équipe psichiatrica degli ospedali riuniti di Bergamo è realizzato il corso "Meglio a casa mia... con cura", riservato agli operatori domiciliari dei comuni.

### *Interventi di rete per il sollievo nella cura dell'anziano non autosufficiente, dimissioni protette*

Molti Comuni stanno adottando specifici protocolli d'intesa per sviluppare una rete di servizi integrati a favore degli anziani con fragilità, in particolare relativamente alle dimissioni dall'ospedale e/o dalle strutture riabilitative di zona. L'ASL di Milano già nel 2008 ha avviato numerosi progetti rivolti alla continuità delle cure<sup>134</sup> e all'integrazione ospedale — territorio. I progetti previsti dal Patto di Governance 2008, ai quali hanno partecipato i medici di Medicina Generale, pediatri di famiglia e i medici di continuità assistenziale, hanno riguardato l'attivazione di ambulatori territoriali di continuità assistenziale, la definizione di percorsi di cura per la gestione delle patologie croniche in collaborazione tra la Medicina Generale, la Specialistica e i Servizi Sociali Comunali. In un'ottica di integrazione operativa citiamo le esperienze di Desio e di Sesto San Giovanni, con il Progetto domiciliarità "L'attività di case manager nelle cure a domicilio" che si pone l'obiettivo di sviluppare il ruolo di case manager del MMG, soprattutto nei confronti dei suoi assistiti più fragili, mediante la valutazione delle necessità assistenziali dei pazienti, con la compilazione dell'indice di Barthel, e l'aggiornamento puntuale dei dati clinici dei suddetti pazienti in una apposita scheda mantenuta a domicilio dell'assistito. In questi progetti ad alta integrazione socio sanitaria si individua un referente delle dimissioni protette per il territorio comunale e si lavora al Piano Assistenziale Individualizzato cercando soluzioni alternative nel caso di impossibilità di rientro a domicilio dell'assistito. A Cinisello Balsamo c'è "Dai nodi alla rete:

---

<sup>134</sup> La dimissione protetta è una sequenza integrata di interventi volti a facilitare la continuità delle cure tra l'ambito specialistico ospedaliero e l'ambito dell'assistenza sanitaria e socio-assistenziale territoriale, entro cui si collocano le cure domiciliari. È rivolta in particolare ai pazienti che sono giudicati clinicamente dimissibili, ma che necessitano di un supporto dopo la dimissione, che può essere sia a domicilio che presso struttura protetta, perché incapaci di gestire in autonomia le cure e le funzioni primarie quotidiane.

un progetto per la non autosufficienza" con la definizione dei criteri di eleggibilità socio-assistenziale per l'inclusione nelle procedure delle dimissioni protette.

*Progetti specificatamente intergenerazionali e altri progetti innovativi*

Non si individuano grossi progetti specificatamente intergenerazionali a parte attività di educazione alla salute e consolidamento delle iniziative di valorizzazione della "memoria anziana" (festa dei nonni, testimonianze in contesti scolastici, ecc.); per esempio a Varese c'è il consolidamento progettualità socioeducative di sostegno alle capacità genitoriali e familiari (ANTARES); c'è inoltre la verifica con il privato sociale sull'estensibilità al target anziano delle iniziative in atto della "Banca del tempo". Anche l'esperienza dell'Internet Saloon di Sondrio per anziani è interessante nell'ottica intergenerazionale.

Infine in alcuni casi si intende promuovere la terza età con la creazione di un gruppo di anziani attivi, la messa in rete dei centri per la terza età e l'assegnazione di orti (es. Sondrio e altri comuni Montani).

## 7. ENTRARE NELLE CASE, PRENDERSI CURA DELLE FAMIGLIE CON ANZIANI: IL SERVIZIO DI CUSTODIA SOCIALE A MILANO

di Matteo Moscatelli

### 7.1. DESCRIZIONE DEL CASO STUDIATO

Nel giugno del 2007 il Comune di Milano ha dato avvio, in tutte le 9 zone amministrative, al servizio di custodia sociale prevalentemente rivolto agli anziani ma anche alle famiglie con minori e adulti in difficoltà residenti negli alloggi di Edilizia residenziale pubblica di ALER. Il nuovo servizio presenta elementi di continuità con il progetto del Custode Socio-Sanitario attivato nel 2004 dalla Regione Lombardia. Al pari dei custodi socio-sanitari anche i custodi sociali svolgono un servizio di prossimità, in quanto visitano gli anziani nelle loro abitazioni e sono facilmente raggiungibili da chi cerca un contatto con loro attraverso la diretta reperibilità telefonica. Questo servizio introduce però anche una svolta innovativa rispetto alla fase precedente<sup>135</sup>, in quanto si inserisce in modo organico e strutturato all'interno dei servizi per gli anziani, per le famiglie e per gli adulti in difficoltà del Comune di Milano. Il custode sociale assume in tal modo un ruolo trasversale rispetto al tradizionale sistema dei servizi territoriali e si avvia a diventare una nuova figura professionale nell'ambito del welfare cittadino, integrando i servizi già esistenti e contribuendo a trovare nuove risposte ai bisogni degli anziani anche attraverso il privato sociale. Questo servizio di prossimità a sostegno della domiciliarità, della socialità e della sicurezza viene realizzato dal Comune di Milano in *partnership* con organizzazioni di terzo settore che operano nei diversi quartieri e zone della città (Don Gnocchi Onlus, Fondazione Fratelli San Francesco, Cooperativa La Strada, Cooperativa Nuovi Orizzonti, Progetto Arca, Consorzio Farsi Prossimo, Fondazione Aquilone), con provata esperienza nel campo della assistenza sociale<sup>136</sup> e costituisce dunque un valido esempio di *partnership* tra l'amministrazione pubblica e il terzo settore.

Il servizio è attivo dal mese di giugno 2007 e viene realizzato da 152 Custodi Sociali, coinvolge 361 portieri degli stabili, che collaborano con i centri multifunzione anziani, i Servizi Sociali Territoriali del Comune di Milano allo scopo di raccogliere le segnalazioni e i bisogni e offrire servizi personalizzati agli abitanti degli stabili di Edilizia Residenziale Pubblica. I Custodi Sociali presenti nel Quartiere, dotati di apposita tessera di riconoscimento, attivano un monitoraggio continuo della situazione complessiva dei Quartieri e degli anziani nell'ottica della prevenzione sociale e sanitaria, ascoltano le richieste e le problematiche delle famiglie con anziani e si attivano direttamente per la risoluzione, integrando le prestazioni dei Servizi esistenti, facilitando l'accesso e l'utilizzo corretto dei Servizi sul territorio, con una azione di informazione, di

---

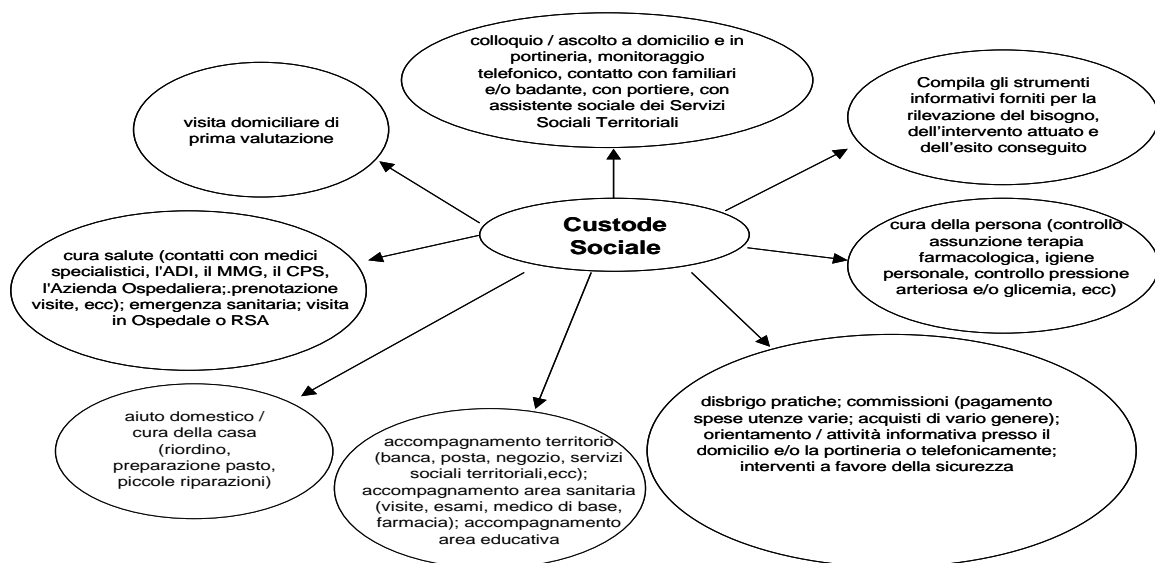
<sup>135</sup> Tra le fonti di ispirazione di questo servizio innovativo un posto di rilievo spetta alla sperimentazione avviata da Aler nel 2002 in tre complessi residenziali (in zona Niguarda, San Siro e Stadera) con il progetto del *portierato sociale* rivolto, in quel periodo, solo agli anziani ultrasessantacinquenni, per prevenire o rimuovere situazioni di grave solitudine ed abbandono. Alle prime tre postazioni altre se ne sono aggiunte, arrivando nel 2006 al numero massimo di 19. Una parte di quei primi operatori è stata coinvolta nel progetto del custode sociale, inserendosi a pieno titolo nel nuovo modello operativo, più mobile ed itinerante, rispetto alla stanzialità in alcune portinerie di caseggiato.

<sup>136</sup> Il raggruppamento del servizio in tre lotti ha richiesto la formazione di tre associazioni temporanee di impresa, coordinate da un ente capofila, formate da: Fondazione don Gnocchi (capofila), Consorzio Farsi Prossimo, Fondazione Aquilone (Lotto 1, corrispondente alle zone 7, 8, 9); Fondazione Fratelli di San Francesco d'Assisi (capofila), Fondazione Progetto Arca, La Strada Coop Sociale (Lotto 2, corrispondente alle zone 2, 3, 4); Nuovi Orizzonti (partner unico) (Lotto 3, corrispondente alle zone 1, 5, 6).



orientamento e di accompagnamento. Il custode sociale offre un accompagnamento personalizzato nei contesti di vita a partire dalla valorizzazione delle capacità e competenze dell'anziano in difficoltà e delle sue risorse familiari. Egli lavora, assumendo il compito di facilitatore, attraverso la tessitura di una fitta rete di sostegno, ri-attivando le relazioni con famigliari, vicini e conoscenti, per il benessere della persona, della famiglia e della comunità. Nel caso delle famiglie con anziani, per esempio nelle situazioni in cui il *caregiver* è a sua volta in una condizione di grave compromissione fisica e quindi in difficoltà a continuare il compito di assistenza svolgono una importantissima funzione di potenziamento e di sostegno del *caregiver* e in qualche caso anche di *respite*, non solo in senso fisico, ma anche di sostegno psicologico ed emotivo. Nella Figura 7-1 sono presentate le azioni prevalentemente realizzate dai custodi sociali in favore degli anziani in carico.

Figura 7-1 Le attività dei Custodi Sociali



Dal giugno 2007 al dicembre 2009 i Custodi Sociali operanti nelle diverse zone di decentramento hanno erogato oltre 700 mila prestazioni a circa 13 mila utenti in larghissima misura (82%) mai raggiunti in precedenza, metà dei quali (41,5%) inviati ai Custodi dai servizi sociali territoriali e – fatto da rimarcare – per l'altra metà individuati direttamente dai Custodi attraverso le visite nei caseggiati o le segnalazioni ricevute dai portieri degli stabili ALER, dai vicini, da appartenenti ad associazioni di volontariato, gruppi caritativi e parrocchiali. Il lavoro è stato imponente sul piano quantitativo e qualitativo, ancora prevalentemente indirizzato alla popolazione anziana (oggettivamente molto fragile, bisognosa di aiuto e collaborativa) e solo marginalmente (5-10%) alle famiglie con minori e agli adulti non anziani in difficoltà (Rovati, 2010). Il prossimo triennio (giugno 2010-dicembre 2012) vedrà in azione un numero maggiore di Custodi (da 152 a 200) con un impegno economico superiore ai 6 milioni di euro.

## 7.2. METODOLOGIA

Dal punto di vista metodologico per l'elaborazione dello studio di caso sono state realizzate una intervista alla responsabile per i servizi sociali degli anziani del comune di Milano, tre interviste a responsabili degli enti aggiudicatari degli enti di terzo settore in partnership (una per lotto ai referenti degli enti aggiudicatari Don Gnocchi, La strada, Nuovi Orizzonti), una intervista ad un'assistente sociale responsabile di un Cma della zona 3. Per indagare il punto di vista degli operatori sono inoltre utilizzati tre piccoli studi di caso messi a disposizione dall'equipe di

monitoraggio, realizzati attraverso colloqui effettuati al domicilio degli utenti anziani. Le interviste per sugli studi di caso si sono svolte con un'intervista ai custodi sociali a cui seguiva una intervista congiunta ai familiari e agli assistiti\*. Le interviste alle unità operative territoriali dei Cma dove è stata effettuata l'intervista con i custodi sociali hanno consentito di osservare luoghi e modalità di lavoro. I contenuti delle interviste sono stati trascritti *verbatim* e sottoposti ad analisi per temi e inferenziale del contenuto.

Inoltre, è stato raccolto materiale cartaceo (bando di gara d'appalto 2007 e 2010), documentazione della convenzione tra Asl e servizio e tra Aler e servizio. L'equipe di ricerca dell'Università Cattolica che si è occupata del monitoraggio<sup>137</sup> e formazione del servizio di custodia sociale del comune di Milano ha messo a disposizione diversi materiali e i rapporti di ricerca relativi al periodo 2007-2010.

<b>Intervistato</b>	<b>Strumento</b>
<i>Responsabile Servizio si custodia sociale Comune di Milano</i>	Traccia per intervista al responsabile del servizio (C) CUS1
<i>Responsabile lotto 1 Don Gnocchi</i>	Traccia per intervista ente in partnership (C) CUS3
<i>Responsabile del lotto 2 La strada</i>	Traccia per intervista ente in partnership (C) CUS4
<i>Responsabile lotto 3 Nuovi Orizzonti</i>	Traccia per intervista ente in partnership (C) CUS5
<i>Assistente sociale Cma</i>	Traccia per soggetti operativi (D) CUS2
<i>Operatore, custode sociale</i>	Traccia per soggetti operativi *
<i>Operatore, custode sociale</i>	Traccia per soggetti operativi *
<i>Operatore, custode sociale</i>	Traccia per soggetti operativi *
<i>Utente, familiare/anziano non autosufficiente</i>	Strumenti per utenti/familiari *
<i>Utente, familiare/anziano non autosufficiente</i>	Strumenti per utenti/familiari *
<i>Utente, familiare/anziano non autosufficiente</i>	Strumenti per utenti/familiari *

<sup>137</sup> Il monitoraggio del servizio è affidato all'equipe di ricerca dell'Università Cattolica, finalizzato ad accompagnare il processo di nascita e di sviluppo e ad offrire uno spazio di riflessività in cui tutti i soggetti implicati possano riconoscersi in un compito comune e apprendere dall'esperienza. Il monitoraggio si propone non solo di operare una registrazione delle fasi di sviluppo del Servizio di Custodia Sociale, ma anche di indagare ed esplicitare le coordinate culturali e di senso che orientano l'azione a favore degli anziani e delle famiglie fragili, attraverso il coinvolgimento sia di tutti gli Enti e i servizi territoriali, sia dei custodi sociali. All'equipe di ricerca è stato richiesto, in altri termini, di dare un contributo non solo analitico ma anche propositivo in modo da partecipare allo sviluppo di un servizio sociale nuovo che ha bisogno di introdurre elementi di innovazione nell'ascolto dei bisogni della cittadinanza, in particolare nelle aree dove si assiste ad una concentrazione di problematiche sociali.

### 7.3. ANALISI DELLA BUONA PRATICA

<b>ANALISI DI UN SERVIZIO RELAZIONALE</b>		
	<i>Il problema/bisogno a cui l'intervento risponde</i>	
<b>A</b>	mezzi utilizzati	<p><i>Sono impiegati 152 operatori che diventeranno 200 nel corso del 2011 dislocati in piccoli gruppi in ogni zona di decentramento, nelle Unità Operative di Prossimità (U.O.P.). Queste formazioni sono collocate all'interno di alcuni Servizi Sociali Territoriali (alcune nei Cma e nei Servizi sociali della famiglia, altre nelle portinerie o negli uffici di quartiere a ridosso degli stabili Erp) facenti capo alla Direzione Centrale Scuola, Famiglia e Politiche Sociali del Comune; 360 circa portieri sociali dipendenti di Aler lavorano in stretta collaborazione con i custodi sociali. La cabina di regia del servizio è composta dal coordinamento centrale e ogni lotto viene gestito da un responsabile coordinatore del Comune e un coordinatore dell'ente capofila dell'ATS più i responsabili degli enti aggiudicatari oltre ai rispettivi referenti amministrativi. Il Responsabile gestisce ed organizza l'attività dell'Aggiudicataria, tiene collegamenti con il Coordinamento Territoriale e Centrale e partecipa alla formulazione dei progetti individuali. Sono investite molte risorse, circa 9 milioni di euro, il costo dell'appalto per le aggiudicatarie nei 36 mesi 2007-2010. Ogni operatore è dotato di un palmare che registra e rendicontra tutte le attività svolte durante la giornata lavorativa .</i></p>
<b>G</b>	obiettivo dell'intervento	<p><i>Obiettivi principali del servizio sono quelli di attivare in ottica preventiva quotidiani interventi per garantire vigilanza, protezione, sicurezza e supporto agli anziani residenti in alloggi di Edilizia Residenziale Pubblica; fornire sostegno con azioni di cura continuative a cittadini e famiglie con anziani non autosufficienti, segnalate dall'anagrafe fragilità; un altro obiettivo è quello di prevenire fenomeni di solitudine ed emarginazione della popolazione anziana; prevenire situazioni di emergenza; prevenire le truffe agli anziani e ai soggetti deboli.</i></p> <p><i>L'approccio basato sulla prossimità da voce al bisogno individuandolo nel luogo e nel momento in cui si manifesta facendo sì che, non solo il cittadino si rechi al servizio, ma che sia anche il servizio ad avvicinarsi al cittadino.</i></p>
<b>I</b>	regole metodi	<p><i>Il lavoro di rete, la progettazione e valutazione relazionale attivano una grande partnership: essa è strategica per un buon funzionamento del servizio realizzato in collaborazione con Aler e soggetti di terzo settore. Ci sono accordi formali con Aler, enti aggiudicatari e Asl; con questi enti si attivano tavoli trimestrali tra ufficio coordinamento e coordinatori, tavoli a livello locale tra i vari responsabili dei servizi territoriali e Asl per favorire l'accesso ai servizi sanitari, ai soggetti legati all'anagrafe della fragilità attraverso gli operatori dotati di tessera di riconoscimento in</i></p>

		<p>modo da ottenere un percorso agevolato; per gestire le relazioni con gli ospedali sono utilizzati anche i custodi sociosanitari (13 operatori dipendenti del servizio di custodia sociale). Sono presenti ulteriori relazioni, convenzioni gratuite e atti che regolamentano i rapporti con Caritas, Antares, Seneca, Auser, associazione Emergenza Anziani e con tante parrocchie e realtà del privato sociale milanese. Il Custode Sociale utilizzando questa rete di fronteggiamento, rileva i bisogni espressi e inespressi anche rispetto alle segnalazioni che pervengono dai servizi e dai caregivers; ascolta le richieste e le problematiche e si attiva direttamente per la loro soluzione (es. piccoli aiuti domestici, accompagnamento per commissioni e visite mediche, disbrigo pratiche, acquisto generi prima necessità e farmaci, ecc), integrando le prestazioni dei servizi esistenti, sulla base di un programma concordato con le Assistenti Sociali di riferimento; in caso di necessità segnala situazioni complesse ai Centri Multiservizi Anziani agli operatori dei servizi pubblici e privati, alle associazioni di volontariato; attiva azioni di orientamento e accompagnamento ai Servizi Pubblici e/o Privati del territorio per una presa in carico continuativa; aggiorna e fa circolare informazioni relative a orari e servizi, feste, parrocchie, iniziative di socializzazione, ecc;</p> <p>mantiene i rapporti con gli anziani fragili e le loro famiglie e promuove la loro partecipazione; attiva un monitoraggio continuo della situazione complessiva del Quartiere e dei residenti nell'ottica della prevenzione sociale e sanitaria; compila gli strumenti informativi forniti per la rilevazione del bisogno, dell'intervento attuato e dell'esito conseguito (Fonte: capitolato speciale d'appalto del Comune di Milano)(figura 1).</p> <p>Compete al Servizio Sociale Territoriale l'individuazione della casistica, come utilizzare gli interventi erogati dall'Amministrazione quali: assistenza domiciliare, sostegno integrato, pasti a domicilio e contributi economici. All'assistente sociale e al lavoro di equipe compete la valutazione dell'effettiva situazione dell'anziano e del nucleo familiare nel suo complesso. L'assistente Sociale verifica e controlla il raggiungimento degli obiettivi di ogni progetto operativo individuale (verifica dell'efficienza e dell'efficacia), ne richiede l'aggiornamento e la modifica a seconda delle necessità.</p>
L	modello di valore	<p>In estrema sintesi, nella prima accezione gli interventi sono promossi da professionisti che si muovono secondo un modello che adotta la metodologia di rete e la prospettiva dell'empowerment; questo servizio di prossimità si sviluppa a partire dal basso, è fondato sulla reticolarità propria dei rapporti di comunità fra le persone. Lo specifico è legato alla componente affettivo-relazionale e alla personalizzazione degli interventi, alla cura delle esigenze umane di ciascuno</p>

		<p>piuttosto che intervenire in modo standardizzato; la personalizzazione può attuarsi in chiave individualistica, promuovendo il benessere del singolo individuo, oppure in chiave familiare, comunitaria, relazionale; ciò che è in gioco è la capacità di passare da un servizio erogato al domicilio, di cui c'era una consolidata esperienza, a un servizio più orientato alla comunità, a richiesta diretta e inserito nella rete dei servizi territoriali. Il punto di forza dell'azione del custode sociale è la relazione fiduciaria con l'utente, da qui si genera la relazione di aiuto, la via seguita è quella della prossimità, della condivisione dei mondi vitali delle persone. Questa strategia permette agli operatori di stare accanto agli anziani, di vivere dentro la comunità per assumere, pur mantenendo il proprio sguardo professionale, il punto di vista dell'altro che sa, può e deve dire della sua vita, di quello che è successo e di quello che vorrebbe accadesse per sé, per la sua famiglia. Questo obiettivo è stato implementato in un'ottica sussidiaria attraverso una grande partnership con soggetti di terzo settore che godono di una elevata legittimità da parte della popolazione: siamo di fronte ad una complessa macchina organizzativa che valorizza le associazioni di terzo settore all'interno di una governance pubblica.</p>
	<b>VALUTAZIONE DELLA BONTÀ DELLA PRATICA</b>	
<b>A</b>	efficienza	
	<ul style="list-style-type: none"> <li>c'è una congruità tra mezzi e fini?</li> </ul>	<p>Le risorse sono adeguate e vi è un investimento ingente da parte del Comune; i custodi sociali però hanno bisogno di essere formati rispetto ad alcune tematiche specifiche per poter fornire un aiuto maggiormente efficace. Oltre ad una adeguata formazione iniziale e una buona conoscenza di servizi e procedure diventa sempre più importante che siano offerti ai custodi, a fianco dei momenti di coordinamento, spazi di supervisione. Un altro elemento di criticità emerso che impatta sull'efficacia degli interventi, in alcuni contesti è la mancanza di spazi adeguati per le attività dei custodi, quali ad esempio una stanza per promuovere e realizzare momenti di socializzazione per le persone in carico, laddove si registrino problematiche legate alla solitudine. In alcuni casi gli operatori non hanno neppure una sede, spazio fondamentale per il loro lavoro che non è solo porta a porta o, se c'è, è molto lontana rispetto alle vie in cui operano. Bisogna anche considerare l'impegno volontario degli operatori che prestano servizio anche al di fuori dell'orario di lavoro per non abbandonare gli anziani durante accompagnamenti serali a visite mediche.</p>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>il progetto è sostenibile nel tempo?</li> </ul>	<p>Dopo la sperimentazione del 2002 a partire dal 2007 è considerato tra i servizi sociali del Comune di Milano, il progetto ha finanziamenti stabili; ci sono anche supporti e risorse del terzo settore che vengono attivate in alcuni progetti. L'obiettivo, a seguito dell'aumento del personale, sarà quello di offrire il servizio anche</p>

		<i>agli abitanti contigui agli stabili Erp che versano in condizioni di fragilità e ampliare l'anagrafe della fragilità anche al di là della popolazione strettamente residente in Erp.</i>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>è in grado di capitalizzare l'esperienza acquisita o la disperde?</li> </ul>	<i>Si avvale dell'esperienza maturata da un lato dai servizi territoriali del comune di Milano e dall'altro dalle organizzazioni di terzo settore che vi operano creando reti e relazioni virtuose, nuove sinergie con il privato sociale e ottimizzando le risorse; si tratta di un servizio realizzato in tutta la città che nelle intenzioni dell'assessorato si amplierà. L'attività di monitoraggio permette di riflettere sull'esperienza in corso e di mantenere traccia delle buone pratiche realizzate attraverso i convegni, i seminari formativi e la diffusione dei rapporti di ricerca.</i>
<b>G</b>	efficacia	
	<ul style="list-style-type: none"> <li>promuove l'empowerment dei destinatari?</li> </ul>	<i>I familiari degli anziani vengono attivati nella risposta dei bisogni, quando non sono anch'essi compromessi. Anche gli utenti sono attivati nell'ottica dell'empowerment e anche quando si forniscono piccoli aiuti domestici sono realizzati in funzione vicaria. Le reti di aiuto vengono attivate richiamando vicini, amici, parenti alle proprie responsabilità e coinvolgendoli in piccoli progetti di aiuto (controllo assunzione farmaci, accompagnamenti, visite).</i>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>incrementa il capitale sociale primario, comunitario e generalizzato?</li> </ul>	<i>Le famiglie beneficiarie si sentono meno sole e notano dei benefici e complessivamente una maggiore serenità e tranquillità in famiglia. Il custode sociale attiva reti di aiuto all'interno delle famiglie e/o comunitarie. Gli sforzi degli operatori tendono a incrementare il capitale sociale primario, comunitario e generalizzato, partendo anche da situazioni di crisi familiare. Si tratta, dunque, di un lavoro sociale relazionale caratterizzato dalla vicinanza personalizzata dell'operatore all'utente, vicinanza che gli consente di conoscere e riconoscere, di rappresentare e connettere significati per riscoprire risorse che consentano di costruire, all'interno delle relazioni, la fiducia e la speranza. Queste relazioni fiduciarie incrementano il capitale sociale all'interno di un contesto (stabili Erp) dove sono presenti con frequenza molti tipi diversi di fragilità.</i>
<b>I</b>	relazionalità	
	<ul style="list-style-type: none"> <li>il servizio è stato progettato/realizzato in modo partecipato fin dalla definizione del bisogno/problema a cui risponde?</li> </ul>	<i>Il progetto è realizzato in partnership con Aler e gli enti aggiudicatari di terzo settore; importante la convenzione con Asl per quello che concerne le patologie legate alla non autosufficienza; il servizio di custodia sociale negli anni ha visto crescere nel tempo le collaborazioni con enti di terzo settore e le reti informali, con le parrocchie e con le istituzioni (ASL, ospedali, associazioni e servizi sociali che si occupano di diversi problemi); inoltre vi è stato un accordo formalizzato con Università Cattolica che si è occupata del monitoraggio e della formazione (2007-2010)</i>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>coinvolge i beneficiari nell'attuazione?</li> </ul>	<i>Gli anziani sono coinvolti negli incontri che il custode sociale organizza nelle unità di prossimità, dislocate in</i>

		<i>alcune portinerie, in sportelli situati in luoghi strategici del quartiere e nei servizi territoriali per anziani del Comune.</i>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>realizza la valutazione degli interventi ed è in grado di utilizzare riflessivamente i risultati?</li> </ul>	<i>vengono effettuate valutazioni periodiche attraverso questionari interviste e audit organizzati dall'ente proposto al monitoraggio; viene realizzato un report annuale che contiene i risultati e le valutazioni sui lavori e i dati raccolti dai palmari.</i>
<b>L</b>	qualità etica dei fini	
	<ul style="list-style-type: none"> <li>il servizio è adeguato all'implementazione del welfare sussidiario plurale?</li> </ul>	<i>L'intero servizio è progettato nell'ottica di rete, con il pieno coinvolgimento del terzo settore e di tutte le risorse presenti nel territorio, integrato nell'offerta dei servizi per anziani lavora all'ampliamento della rete di aiuto, con una prospettiva di empowerment dei soggetti coinvolti e della comunità .</i>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>è finalizzato al raggiungimento di un benessere di tipo relazionale?</li> </ul>	<i>Anche se in alcuni casi il servizio si limita ad offrire orientamento e assistenza agli anziani, il benessere del soggetto destinatario è pensato come strettamente correlato a quello delle sue relazioni familiari, la presa in carico è in effetti di tipo familiare e lo scopo è quello di dare sollievo e accompagnamento ai familiari oltre che fornire assistenza e aiuto alla persona anziana bisognosa.</i>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>introduce un valore aggiunto (pluralizza) nell'offerta dei servizi?</li> </ul>	<i>Il servizio del custode sociale, una nuova professionalità, introduce nel campo dei servizi sociali milanesi la prospettiva della prossimità e inaugura una nuova stagione dei servizi sociali, con una attenzione alla costruzione di risposte qualificate lì, sul luogo dove i bisogni si producono e si sperimentano, con un superamento della burocrazia ma anche con una ricerca di attivazione delle competenze residue dei soggetti e quindi con un richiamo alle responsabilità di ciascuno (Bramanti, 2010).</i>

### *Risorse, efficienza sostenibilità*

Nella fase iniziale i custodi sociali (partiti da 110 unità e saliti a 152 nel corso del 2009) sono stati distribuiti sul territorio in base alla concentrazione dei complessi residenziali pubblici e al numero di anziani in stato di fragilità ivi residenti; sono poi stati incaricati di prendere contatto con tutti i residenti in questi stessi stabili al fine di accertare le eventuali situazioni di bisogno non note ai servizi sociali territoriali. L'amministrazione comunale è riuscita in tal modo a potenziare la rete della protezione sociale con evidenti benefici anche sul piano della sicurezza percepita, oltre che di quella effettiva<sup>138</sup>. Il servizio prevede la presenza di portieri, dipendenti di ALER, dell'Amministrazione e degli Enti Gestori del Patrimonio edilizio di proprietà comunale, negli stabili di Edilizia Residenziale Pubblica (Erp), preventivamente selezionati e formati, e la presenza di custodi sociali collocati all'interno di alcuni Servizi Sociali Territoriali. Il portiere che collabora con il custode sociale è sempre presente sul territorio e garantisce una presenza continuativa e di riferimento per la popolazione residente negli stabili ERP raggiunti dal servizio. Il custode sociale provvede alle funzioni di rilevazione e di risposta rispetto ai bisogni espressi e inespressi,

<sup>138</sup> La formula utilizzata dal comune per definire le funzioni dei custodi sociali è stata in effetti la seguente: "una sentinella in ogni caseggiato. un servizio di prossimità a sostegno della domiciliarità, della socialità e della sicurezza".

di collegamento con la rete dei servizi territoriali, di monitoraggio, di accompagnamento (Rovati, 2010).

*Tabella 7-1- Prestazioni erogate e utenti raggiunti (2007-2010)*

Prestazioni erogate 2007-2010	700.00 prestazioni
Utenti raggiunti 2007-2010	13.000

Le forze messe in campo hanno avuto un grosso imbatto (tab.1) e sono state in grado di costruire progetti di aiuto innovativi, che potranno essere realizzati anche per altri anziani fragili del Comune, al di là degli abitanti in Erp. L'attività di monitoraggio permette di riflettere sull'esperienza in corso e di mantenere traccia delle buone pratiche realizzate attraverso i convegni, i seminari formativi e la diffusione dei rapporti di ricerca.

Ci sono anche alcuni elementi di criticità nel lavoro dei custodi sociali, innanzitutto la formazione è stata inferiore al fabbisogno. Inoltre il peso delle situazioni prese in carico, la complessità delle situazioni che si incontrano, la responsabilità che scaturisce dal fornire risposte urgenti e rilevanti, sempre più denotano come non basti per i custodi sociali una adeguata formazione iniziale e una buona conoscenza di servizi e procedure, ma diventa sempre più importante che siano loro offerti, a fianco dei momenti di coordinamento, spazi di supervisione. Un altro elemento di criticità emerso che impatta sull'efficacia degli interventi, in alcuni contesti è la mancanza di spazi adeguati per le attività dei custodi, quali ad esempio una stanza per promuovere e realizzare momenti di socializzazione per le persone in carico, laddove si registrino problematiche legate alla solitudine. In alcuni casi gli operatori non hanno neppure una sede, spazio fondamentale per il loro lavoro che non è solo porta a porta o, se c'è, è molto lontana rispetto alle vie in cui operano.

#### *Obiettivi ed efficacia*

Obiettivi principali del servizio sono quelli di attivare in ottica preventiva quotidiani interventi per garantire vigilanza, protezione, sicurezza e supporto agli anziani residenti in alloggi di Edilizia Residenziale Pubblica; fornire sostegno con azioni di cura continuative a cittadini e famiglie con anziani non autosufficienti, segnalate dall'anagrafe fragilità. Un altro obiettivo è quello di prevenire fenomeni di solitudine ed emarginazione della popolazione anziana; prevenire situazioni di emergenza; prevenire le truffe agli anziani e ai soggetti deboli. Come spiega il responsabile intervistato:

*nel tempo le prassi di lavoro con le persone anziane si sono consolidate, la rete con i servizi territoriale è solida e la conoscenza degli iter amministrativo per far fronte alle diverse necessità sono assodate (CUS1).*

Oltre a questi processi fondamentali, l'attività di monitoraggio ha evidenziato che la capacità creativa degli operatori è spesso una risorsa fondamentale per sbloccare le situazioni e per affrontare i problemi in cui gli utenti si trovano. Un altro indicatore positivo degli interventi è la percezione di autoefficacia che alcuni custodi sociali hanno degli interventi effettuati e degli aiuti, ossia la corrispondenza tra aspettative del custode sociale e delle famiglie aiutate. Un altro aspetto che evidenzia l'efficacia del servizio è rappresentato dalla competenza relazionale dei custodi sociali e dalla loro capacità di creare reti di aiuto e fronteggiamento. L'intervista con il Cma sottolinea l'importanza del potenziamento del servizio per anziani che i custodi sociali realizzano:

*il discorso continuativo con l'utente, che per noi rimane difficile .... non si riesce a molte volte, a monitorare quotidianamente delle situazioni dei casi che invece avrebbero proprio bisogno di una certa continuità di discorso, questo è importante (CUS1).*

Nei dati di monitoraggio messi a disposizione si rintracciano gli aiuti prevalentemente svolti nei confronti delle persone anziane, si direbbe che i compiti preferiti dai custodi sociali (tra quelli



realizzati e dichiarati nel capitolato speciale d'appalto) coincidono, in ordine di importanza, con: la "rilevazione dei bisogni" (punteggio medio di 6,78, prossimo al valore massimo 7), "la cura delle pratiche burocratiche" (legate a sussidi, pensione, pagamento utenze, ottiene il punteggio di 6,70), "dare informazioni sui servizi disponibili nel territorio" (6,60), "ascoltare e dare conforto" (6,44), "accompagnare ad uffici e strutture" (6,37). Sostanzialmente secondarie sono considerate le attività pratiche/manuali, come "risolvere piccoli inconvenienti domestici" (4,74), aiutare nell'igiene personale (3,0), occuparsi delle pulizie domestiche (2,43).

### *Relazionalità*

Risorsa scambiata nella relazione custode sociale anziano è la fiducia, essa si ottiene non solo mantenendo un atteggiamento professionale ma anche investendo nella relazione il lato più umano di sé. Meritare la fiducia delle persone aiutate non implica solo fornire un supporto professionale e costante all'utente ma richiede anche autenticità e congruenza tra i sentimenti manifestati e quelli effettivamente provati.

Viste queste dinamiche legate alla padronanza emotiva, all'empatia e alla fiducia, la relazione di aiuto tra l'operatore di prossimità e i suoi utenti è un processo particolarmente delicato; può essere tematizzato facendo riferimento all'approccio del "giusto distacco"; se la relazione si caratterizza come una vera relazione affettiva in cui l'operatore abbandona quasi i panni professionali, essa può rappresentare un rischio perché si crea un rapporto simile a quello che la persona aiutata intrattiene con un familiare; un custode sociale afferma in proposito:

*si creano dei legami che vanno aldilà della figura professionale e dei loro bisogni, ma non credo vada a ledere il lavoro, né tantomeno la professionalità.*

Una relazione troppo "familiare" è pericolosa nei confronti dell'anziano fragile; si cita il caso studiato nell'attività di monitoraggio inerente un particolare rapporto tra custode sociale e una signora anziana, cementificato anche dall'intensità degli incontri, quasi giornalieri al domicilio; la donna invitava la custode sociale "vien da me che ho il bagno, ti metti qui a telefonare", l'operatrice raccontava che per farle compagnia capitava di usare il soggiorno dell'anziana come secondo ufficio; veniva descritto un rapporto talmente intimo che l'anziana provava gelosie per le altre persone aiutate; in questi casi l'immagine del custode sociale è investita di grande affettività: "una regina", "il mio signorino", "come una figlia".(fonte: rapporto di Monitoraggio 2009)

Il custode sociale, a tratti si avvede di questo rischio e prova a trovare qualche correttivo:

*abbiamo capito che il legame diventava troppo forte per gli utenti nei nostri confronti, quindi da un po' di tempo, noi cinque custodi di questa zona, cerchiamo di scambiarci i casi, di sostituirci gli uni gli altri, perché gli utenti non si leghino troppo solo ad una persona.(materiale dal monitoraggio del servizio di custodia sociale)*

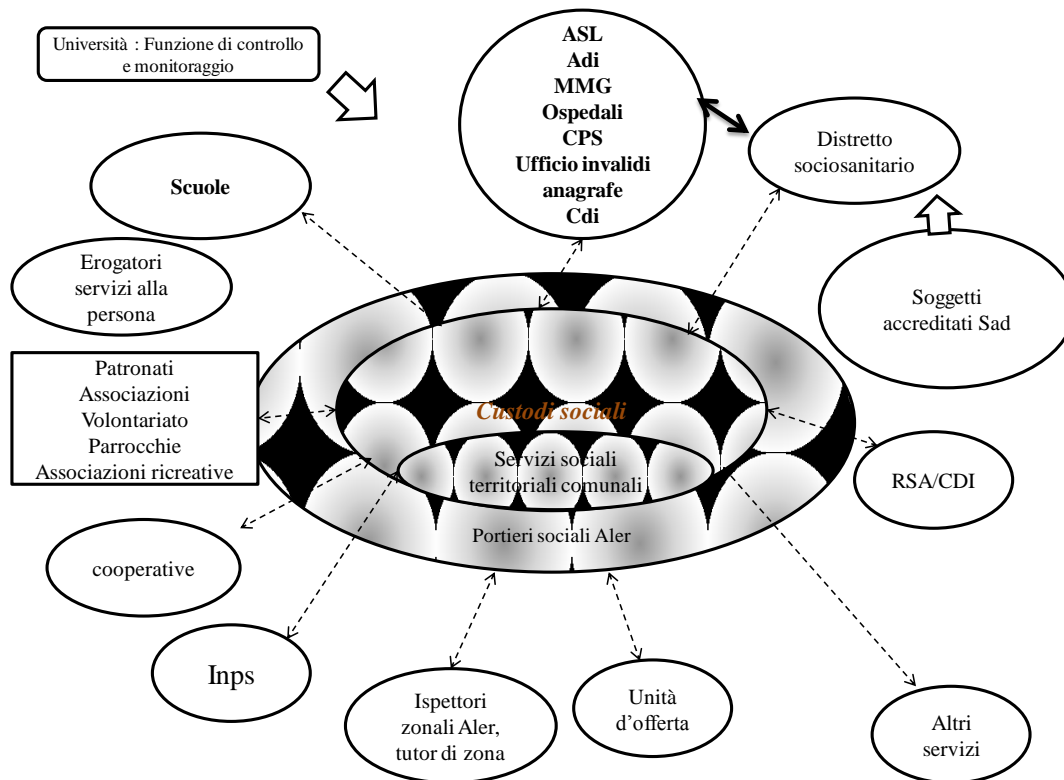
Il lavoro di équipe e la creazione di un gruppo di aiuto può certamente essere una strategia interessante per portare aiuto agli anziani e realizzare l'empowerment relazionale.

Per quanto riguarda la rete che attiva il servizio (Figura 7-2) la responsabile intervistata sottolinea il partenariato con Aler e la collaborazione formalizzata con i servizi sociali del comune:

*quelli istituzionali sono formati da convenzioni, poi qui ci rientrano anche tutti gli altri servizi come dire dell'amministrazione, i disabili, sono tutti collegati, quelli istituzionali, con la asl c'è comunque un partenariato (CUS1);*

con Asl c'è un protocollo di intesa legato all'anagrafe della fragilità e "delle convenzioni che si attivano insieme nel periodo dell'emergenza caldo", con le aziende ospedaliere ci sono diverse convenzioni che consentono una priorità di intervento alle persone fragili Erp. Le convenzioni con patronati, alcune associazioni pro sociali per anziani e alcune parrocchie sono altrettanto importanti.

Figura 7-2-Rappresentazione della rete che realizza il progetto del servizio di custodia sociale secondo la responsabile



*Qualità etica di fini, modello di valore, innovazione*

Il servizio opera con una prospettiva sussidiaria attraverso la grossa partnership con i soggetti di terzo settore che sono valorizzate e godono di una grande legittimità da parte della popolazione. Inoltre, la messa in atto del Servizio di custodia sociale è una pratica dotata anche intuitivamente di valore positivo che ha caratteristiche di innovatività; caratteristica emergente del lavoro del custode sociale è la capacità di favorire relazioni cioè collegamenti stabili e personalizzati per gli anziani che incontrano, con i Servizi sociali sanitari e sociosanitari, ma anche con il vicinato, la parentela, il volontariato. Ciò che è in gioco è la capacità di passare da un servizio erogato al domicilio, di cui c'era una consolidata esperienza, a un servizio più orientato alla comunità, a richiesta diretta e inserito nella rete dei servizi territoriali. Caratteristica dei custodi sociali appare essere una combinazione delle qualità della tenacia, dell'energia, della voglia di fare. Su questa base sono già stati creati moltissimi progetti che ri-attivano reti di fronteggiamento per gli anziani soli e attraverso risorse comunitarie e vari collaboratori è stato già possibile per alcuni custodi sociali organizzare in quartiere (ad esempio utilizzando le sale della parrocchia) feste e eventi nel periodo natalizio da vivere insieme, come in molte culture ad esempio sudamericane. Infatti il valore del lavoro del custode sociale non sta solo nel "fare", nello svolgere cioè specifici compiti e attuare interventi, ma nel "collegarsi con", offrendo molteplici modalità per affrontare problematiche complesse sia familiari sia individuali (Bramanti, 2010). La consapevolezza e l'esperienza di poter contare su "altri" che a livello professionale o di volontariato sono disponibili a dare risposte, seppur parziali, alle famiglie in situazione di difficoltà (economica, abitativa, di salute individuale e relazionale) fa trasmettere, dai custodi sociali alla famiglia, la speranza di poter contare a propria volta su di loro e forse pian piano di poter contare anche gli uni sugli altri all'interno della famiglia stessa o del tessuto sociale del quartiere. Oppure il collegamento può

essere stabilito tra la famiglia e le realtà territoriali legate alla vita quotidiana, quali i negozi o il volontariato.

Lo specifico di questo servizio è legato alla componente affettivo-relazionale e alla personalizzazione degli interventi, che cura le esigenze umane di ciascuno piuttosto che intervenire in modo standardizzato; la personalizzazione può attuarsi in chiave individualistica, promuovendo il benessere del singolo individuo, oppure in chiave familiare, comunitaria, relazionale; il punto di forza dell'azione del custode sociale è la relazione fiduciaria con l'anziano, da qui si genera la relazione di aiuto, la via seguita è quella della prossimità, della condivisione dei mondi vitali delle persone. Questa strategia permette agli operatori di stare accanto agli anziani, di vivere dentro la comunità per assumere, pur mantenendo il proprio sguardo professionale, il punto di vista dell'altro che sa, può e deve dire della sua vita, di quello che è successo e di quello che vorrebbe accadesse per sé, per la sua famiglia (Bramanti,2010).

#### **7.4. LA "BUONA PRATICA" DALLA PARTE DI CHI LA VIVE: ANALISI DELLE INTERVISTE**

##### **7.4.1 LA VOCE DEL RESPONSABILE, DEI REFERENTI DEGLI ENTI AGGIUDICATARI, DI UN RESPONSABILE DI UN CENTRO MULTIFUNZIONE ANZIANI DEL COMUNE DI MILANO**

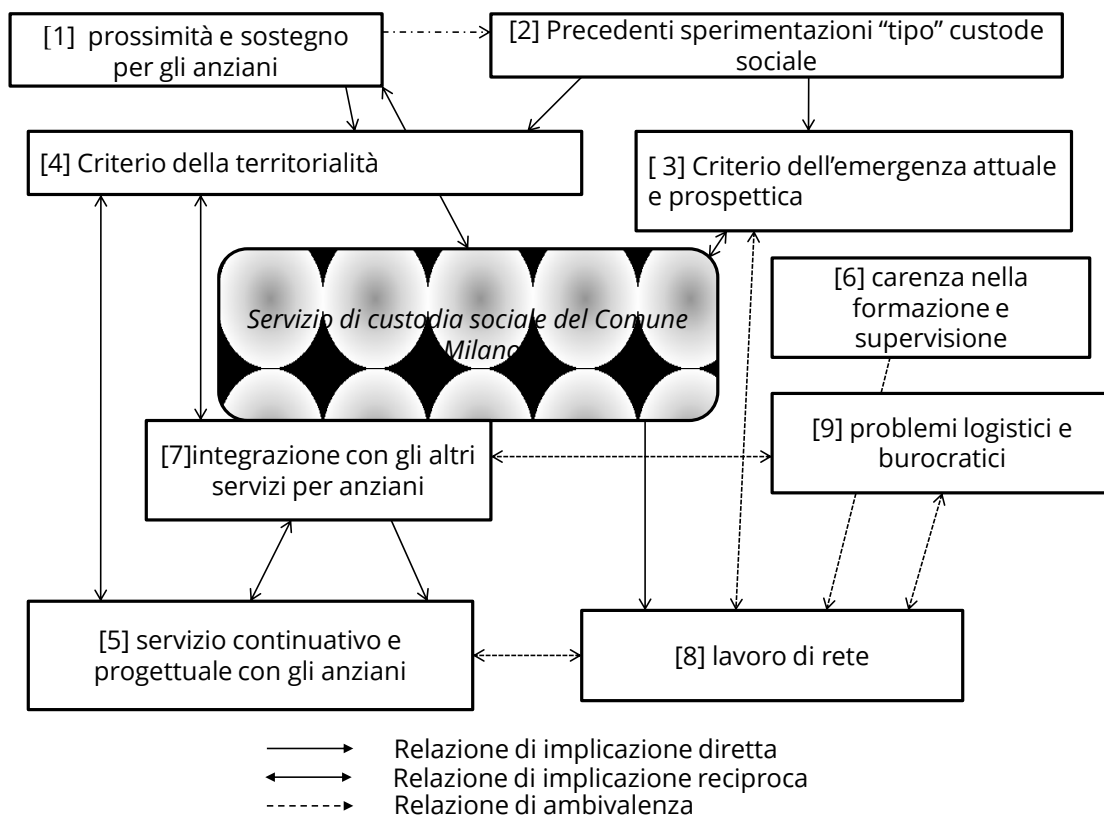
Le interviste al responsabile del Comune e quelle al servizio sociale per anziani si concentrano su alcuni elementi di cultura che orientano l'azione del servizio, su alcune modalità di azione della figura professionale, sulle risorse e su alcune criticità emerse nel lavoro. Nelle interviste agli enti aggiudicatari si possono identificare invece alcuni elementi ricorrenti, che si riferiscono a un patrimonio culturale ed esperienziale condiviso, riconducibili a :

- l'esperienza consolidata in vari servizi di domiciliarità e di sostegno per anziani, minori e famiglie;
- la partecipazione alla sperimentazione del servizio di custodia sociale;
- la scelta di operare prioritariamente nel territorio in cui si è inseriti;
- il desiderio di rispondere a bisogni sentiti come "emergenza" attuale e futura;

In particolare, le aree tematiche che emergono dall'analisi delle interviste considerate e che co-occorrono sono le seguenti:

- [1]** la prossimità e il sostegno per gli anziani;
- [2]** precedenti sperimentazioni "tipo" custode sociale;
- [3]** il criterio dell'emergenza attuale e prospettica;
- [4]** il criterio della territorialità;
- [5]** un servizio continuativo e progettuale con gli anziani;
- [6]** la carenza nella formazione e nella supervisione;
- [7]** l'integrazione con gli altri servizi per anziani;
- [8]** il lavoro di rete;
- [9]** i problemi logistici e burocratici.

Figura 7-3- Aree tematiche e loro relazionamenti emerse dall'analisi del contenuto delle interviste al livello dei responsabili e coordinatori del servizio di custodia sociale



Alla base del servizio vi è la logica della prossimità, il concetto che orienta l'intervista del Responsabile del Comune: un nuovo servizio che va verso gli anziani ed è vicino ai bisogni per sostenerli lì dove si manifestano **[1]**. Le precedenti esperienze del progetto del custode socio-sanitario e sperimentale del custode sociale, cui hanno partecipato alcuni enti aggiudicatari rappresentano le fondamenta a partire dalle quali viene realizzato e ottimizzato il nuovo servizio **[2]**. L'attività nei vari servizi di prossimità o di sostegno rivolti ad anziani **[2]** sembra essere un elemento trasversale, poiché presente in tutti gli enti che, pur con modalità diverse, hanno a disposizione una buona offerta di servizi per anziani, hanno già partecipato alle sperimentazioni attivate e intendono impegnarsi con un nuovo sforzo per declinare le competenze di area, in modalità di intervento diverse all'interno della nuova configurazione. Il Comune in proposito sottolinea l'importanza dell'integrazione tra i servizi sociali esistenti **[7]** quelli pubblici e anche quelli realizzati dal terzo settore. La strategia della prossimità è legata alla territorialità **[4]**: i bisogni vengono rilevati lì sul posto e le risposte si danno sul campo. La territorialità guida gli enti alla partecipazione al bando, con motivazioni rintracciabili nell'intento di estendere nei territori dove sono da tempo operative, quelle attività che sono percepite come un'emergenza attuale e potenziale, in quanto - a parere di tutti e tre gli enti e del Comune - la domanda di aiuto a cui si intende rispondere anche in un'ottica preventiva è già molto elevata e andrà ad incrementarsi nei prossimi anni per via dell'aumento numerico di alcune fasce particolarmente deboli della popolazione e degli anziani **[3]**, ci sarà anche l'effetto del potenziale isolamento sociale, del crescente gap tra bisogni, aspettative di cura e di inclusione sociale e le concrete possibilità di realizzarle.

All'interno di questa organizzazione legata al territorio che lavora con i servizi territoriali alla lettura dei bisogni per progettare risposte che coinvolgano la comunità, si sono riscontrati negli anni difficoltà logistiche e burocratiche **[9]** relative alle relazioni con alcuni enti e servizi: nello

specifico si ricordano i lunghi i tempi di Aler nel rendere disponibili portinerie per le attività dei custodi sociali e nel rispondere alle richieste di sussidio o cambio alloggio degli utenti.

Gli intervistati si soffermano anche sugli *outcome* del servizio di custodia sociale, innanzitutto esso, integrandosi con i servizi territoriali, consente un potenziamento del Cma, garantendo un servizio più continuativo [5], la presenza di educatori consente anche interventi in un'ottica progettuale. Il custode sociale è interpretato come una risorsa in quanto permette un lavoro progettuale, preventivo e esteso nel tempo. Non siamo infatti solamente di fronte a una nuova forma di assistenza domiciliare leggera: ciò che è in gioco è la capacità di passare da un servizio erogato al domicilio, di cui c'è una consolidata esperienza, a un servizio più orientato alla comunità, a richiesta diretta e inserito nella rete dei servizi territoriali. L'operatore lavora attivando reti di fronteggiamento [8] sia attraverso le reti formali dei servizi pubblici e privati sia attraverso le reti informali, coinvolgendo negli interventi le risorse familiari e amicali degli anziani oppure i vicini nelle modalità che si possono evincere dai racconti degli operatori e dei beneficiari presentati nel prossimo paragrafo. Il custode sociale si innesta sulla rete naturale assumendo una funzione di attivatore delle risorse che individua: egli è guida relazionale/ tutore impegnato nel produrre, attraverso un'azione congiunta, cambiamenti positivi nella situazione di disagio. Per lavorare con questo taglio progettuale e nella prospettiva di rete sono necessarie adeguata formazione e supervisione che negli anni sono invece stati realizzati in misura insufficiente al fabbisogno degli operatori[6].

Questo lavoro di rete e questo gioco di squadra, anche con i portieri, per esempio, consente di contenere situazioni di pesante fragilità delle famiglie con anziani e di rendere più efficienti e integrati i servizi, per lavorare in ottica preventiva[3].

#### **7.4.2 LA VOCE DEI CUSTODI SOCIALI E DEI BENEFICIARI: ALCUNI CASI DAL MONITORAGGIO DEL SERVIZIO DEL CUSTODE SOCIALE DELL'UNIVERSITÀ CATTOLICA**

La ricerca effettuata durante l'attività di monitoraggio ha consentito di entrare nelle case di alcune famiglie con anziani che i custodi sociali seguono e di avere un contatto con le variegate situazioni di cui quotidianamente si fanno carico. Dai dati resi disponibili emerge quindi in maniera evidente che un primo elemento di innovatività è proprio questa peculiarità del custode sociale di incontrare direttamente i nuclei familiari, entrando direttamente nelle case. Grande attenzione è rivolta agli aspetti relazionali: i custodi sociali hanno una buona capacità di leggere le relazioni che le famiglie agiscono nel loro interno e anche verso l'esterno, riescono pertanto ad evidenziare le relazioni presenti e quelle assenti, quelle che permangono e quelle che non ci sono più, le difficoltà relazionali, i problemi di socializzazione e di solitudine degli anziani. Saranno di seguito presentate e raccontate, grazie ai materiali messi a disposizione dall'equipe di monitoraggio dell'Università, tre esperienze emblematiche di aiuto ad anziani che vivono soli o in famiglia, mostrando gli elementi di efficacia e soddisfazione per il servizio attraverso quanto direttamente rilevato dai colloqui.

##### *Il caso di un'anziana gattara, zona 8*

Un caso particolarmente esplicativo del lavoro dei custodi sociali riguarda una donna anziana, di 81 anni, che vive da sola in zona 8. La donna gestiva una bottega nel centro della città prima di entrare in malattia. È affetta da diverse patologie: la più importante è il diabete che in uno stato avanzato ha creato un problema grosso al piede a causa del quale, per evitare la cancrena, si è dovuti procedere con l'amputazione dell'arto. La donna, inoltre, ha avuto un cancro ai polmoni, anche in questo caso ha subito un intervento invasivo. A causa di queste gravi malattie e della solitudine, ha sofferto di depressione, a tal punto di pensare più volte al suicidio; si è sentita abbandonata e lei stessa si è isolata per vergogna, una volta trasferitasi negli alloggi popolari. L'anziana aveva una sorella che è morta e un fratello che è venuto anche lui recentemente a

mancare, è quindi rimasta sola a parte qualche amica nel quartiere; la signora non riesce a camminare ma invece riesce ad andare in bici; l'anziana è una "gattara", possiede alcuni gatti che sono la sua compagnia, *"vive per questi gatti"* ci racconta la custode sociale, *"gli dà da mangiare"*, fa entrare anche i gatti randagi in casa. La signora è da alcuni anni seguita dal servizio sociale degli anziani.

Il problema principale è la salute, l'anziana è una persona molto colta, legge i libri, è però molto sola, viene per questo coinvolta nei *"momenti di socializzazione, quando molti utenti sono invitati all'oratorio di santa Lucia, dove fanno una tombolata insieme, si cuce la maglia, si mangia una torta, si organizza una festa"*. Oltre alle visite sanitarie la signora ha chiesto aiuto per gli affitti, la custode sociale ha effettuato la richiesta sussidio e ora sono in attesa dell'esito. Il custode sociale si occupa delle frequenti visite sanitarie e degli accompagnamenti perché la donna, ogni 15 giorni, si deve sottoporre ad un esame ematico per poter assumere le dosi adeguate di uno specifico medicinale; l'esame è effettuato da un infermiere professionista che la medica, regolarmente; alcune volte si reca al domicilio anche il medico; la fiala del prelievo viene lasciata al in casa ed è il custode sociale che si occupa di recapitarla all'Ospedale Sacco e di effettuare ogni volta l'accettazione, a questo processo collabora anche la farmacia, dove via fax, arriva l'esito dell'ospedale. L'operatrice intervistata segnala che i custodi sociali hanno gli accessi privilegiati per quanto riguarda gli appuntamenti e in alcune strutture riescono a collaborare in modo facilitato: *"al Sacco vado con la mia macchina, ho l'accesso e mi fanno parcheggiare, se ho l'auto del Comune, se ho l'auto della fondazione, che non ha le scritte laterali, mi fanno entrare grazie al tesserino, vedo che sono un pò tutti collaborativi"*. La signora viene monitorata dai custodi sociali quasi tutte le settimane con una visita al domicilio e poi telefonicamente ogni Sabato.

Poiché la signora non ce la fa ad andare fuori quando fa freddo o fa troppo caldo, ha dei problemi nell'effettuare la spesa: aveva dei vicini che l'aiutavano, in seguito i custodi sociali e le assistenti sociali sono riusciti a farle avere il pasto domiciliare. La signora quest'estate aveva il frigorifero rotto e i custodi sociali sono riusciti a farne avere uno attraverso l'Istituto Palazzolo che ha recentemente ristrutturato le cucine; la custode sociale racconta che *"c'erano dei frigoriferi semi nuovi perché era da poco che li avevano comprati, avevano messo questi frigoriferi belli in magazzino"*, ha quindi fatto una richiesta e sono riusciti a darlo in dono all'utente e a trasportarlo al domicilio con l'aiuto del figlio della custode sociale e di un altro operatore dell'istituto. L'anziana ha anche fatto richiesta per l'imbiancatura della casa e sono stati fatti fare tre preventivi, su richiesta del Cma e adesso stabiliranno quale è più conveniente.

Il caso è stato segnalato dal vecchio custode sanitario, ed ora è coinvolto, settimanalmente, anche il nuovo custode sociosanitario che si trova nell'Asl, da informazioni e consiglia riguardo il disbrigo pratiche di tipo medico.

La signora mette in difficoltà la custode sociale quando prenota delle visite che sono al di fuori dell'orario del mattino, il turno finisce alle 17, la custode sociale in quei casi va a casa e ritorna in qualità di volontario perché le dispiace lasciarla sola, oppure se riesce a trovare qualche altra risorsa o delle associazioni che si occupano degli accompagnamenti, le segnala all'anziana.

I maggiori aiuti sono stati ottenuti per la salute e attraverso l'attivazione del pasto domiciliare. L'anziana, che chiede aiuto solo per le cose più importanti, spiega *"tutto è cambiato da quando ho il loro supporto, se non ci fossero stati sarei morta, non mi aspettavo quello che ho ottenuto, per il pasto ho aspettato un po', mentre per l'accompagnamento, disbrigo pratiche, isee, il protocollo invalidità sono stati molto efficienti"*. A testimonianza che la situazione da quando è stata presa in carico dal servizio di custodia è migliorata, l'utente riferisce: *"sono più tranquilla sono più sicura con un appoggio, trovo l'appoggio quando ho bisogno"*.

#### *Una famiglia con anziani e un figlio disabile, zona 2*

Un altro caso che prendiamo in considerazione è quello di un nucleo è composto da una anziana di 81 anni, dal marito di 78 e dal figlio handicappato di 54 anni che convivono in zona 2. La moglie

è stata operata in primavera per un tumore al colon che la rende sempre più debole, inoltre soffre di cuore e di frequente ha la tachicardia, capita che debba rimanere a letto per due o tre giorni; il marito ha avuto un' embolia polmonare non ce la fa più a lavarsi al mattino, lo aiuta la moglie a cambiarsi e a gestire la giornata; il figlio disabile è in carrozzina fin dalla nascita; dopo il parto, i medici gli avevano diagnosticato un tumore, avevano effettuato un intervento che è andato male e che è stato una delle cause del suo handicap; l'uomo fa pochi passi autonomamente, effettua la fisioterapia tre volte alla settimana e va in piscina due volte alla settimana, attività organizzate dalla madre con la pensione e l'aiuto dell'ufficio handicap; grazie all'assistenza di una cooperativa, la donna è in grado di aiutare il figlio durante la giornata: la mattina quando viene effettuato il lavaggio e il cambio per metterlo in carrozzina, il riposo del primo pomeriggio e alle 17, lo spostamento nuovamente dal letto alla carrozzina.

I custodi sociali si occupano in prevalenza della madre e del padre, il disabile non è formalmente preso in carico, hanno attivato l'assistenza domiciliare al marito per il bagno, la madre è aiutata per il disbrigo pratiche fiscali, la custode sociale ha una delega ed è conosciuta in banca e alle poste, effettua tutte le pratiche che possono servire alla signora anche in relazione alla cooperativa CRM che segue la fisioterapia del figlio; per questo nucleo si forniscono informazioni sul servizio sociale e si effettuano accompagnamenti in area sanitaria, l'operatrice si interessa per le ricette dai medici e mantiene i contatti con il medico di base. Per aiutarla economicamente il comune le ha fornito un contributo per pagare l'assistenza del figlio. La donna è aiutata dal Sad e dall'ufficio handicap, con cui i custode sociale mantiene relazioni, paga privatamente le pulizie della casa e la cooperativa per l'assistenza al figlio, è cambiata, ciò a comportato un problema per la signora. C'è buona collaborazione con i referenti per quanto riguarda la cooperativa per l'anziano sia per quella dei disabili, a parte un momento di incertezza che poi è stato affrontato in equipe anche grazie agli assistenti sociali. Non si è attivata una particolare rete a seguito del lavoro del custode sociale, questa rete era già presente, l'operatore di prossimità è semplicemente andato a rinforzarla. I nipoti dei fratelli la aiutano, c'è anche una vicina molto disponibile alla quale l'anziana si appoggia per quanto riguarda la malattia del marito, le difficoltà con l'assunzione di certi farmaci, le spese di casa, con la lista che le viene regolarmente fornita. Oltre a questi aiuti pratici è stato effettuato un lavoro importante di appoggio e sostegno morale. Si richiederà infine anche l'installazione di un elevatore da scala per disabili, per le volte in cui l'ascensore non è funzionante.

La situazione è migliorata: l'anziana si sente più a suo agio e chiede spesso consiglio, ha fiducia del Comune e come ci dichiara è stata sempre molto contenta per tutti i servizi e gli aiuti attivati per suo marito e per il figlio disabile, anche se oggi i rapporti con i servizi sociali sono più anonimi una volta, quando il servizio conosceva bene personalmente la donna, ricevuta in visita anche dagli assessori precedenti, rapporti documentati in un articolo pubblicato su Famiglia Cristiana. Da quando interviene il custode sociale è aumentata la serenità, la tranquillità psicologica, che è una grande risorsa per risolvere i problemi.

#### *Una coppia di anziane sorelle conviventi, zona 9*

Un'altra storia interessante è quella di una coppia di anziane sorelle che convivono nel quartiere Comasina; la più anziana ha 73 anni, ha un poliomelite fin dalla nascita e delle complicazioni all'apparato scheletrico e un'asectomia; la donna non esce di casa se non c'è qualcuno che la può accompagnare, ha il 100% di invalidità ma senza l'accompagnamento; l'altra sorella, un po' più giovane, ha 68 anni, è diabetica, ha un ritardo mentale inerente l'ambito cognitivo è comunque autonoma a livello fisico e da una mano alla sorella ad uscire fuori di casa, riesce ad esempio a fare la spesa, va però seguita molto per i problemi mentali e di salute. Le due sorelle vivono sole in un appartamento affittuario dell'Aler, di cui non sono proprietarie, il resto della famiglia è composto da un fratello, anch'egli malato, col quale non hanno quasi nessun rapporto, a parte a Natale, quando vengono a prenderle; questi familiari non sono intervenuti quasi mai anche

quando al situazione è precipitata per problemi di salute. La vicina di casa, che aveva segnalato il caso nel 2005, è una persona cui sono state molto legate perché una delle due sorelle l'ha curata quando era piccolina, però ora la vicina ha avuto alcuni problemi di famiglia che non le permettono di aiutare costantemente le anziane, ci sono invece anche altri vicini che le monitorano. Il caso è seguito da molti anni dal Cma.

Il problema principale è quello sanitario e la richiesta iniziale era quella di avere un aiuto per gli accompagnamenti sanitari. Tuttavia al di là delle problematiche di salute le sorelle hanno un grosso problema di isolamento e solitudine; la prima volta che la custode sociale è andata al domicilio, qualche anno fa, racconta di aver avuto *"l'impressione ci fosse diffidenza"*, ciò ha reso delicato l'approccio iniziale : *"ci vedevano come delle persone che segnalate dalla vicina arrivavano in casa, poi dopo i primi incontri e le prime interazioni, è subentrato un atteggiamento di fiducia"*.

Per superare il problema dell'isolamento la custode sociale aveva quindi notato fin da subito la possibilità di portarle un po' fuori e ad inserirle nel quartiere , agganciandole alla socialità del giovedì mattina, quando è attivato uno sportello con infermieri volontari che misurano la pressione; in questa occasione mentre gli anziani attendono il turno hanno l'occasione di socializzare e scambiare quattro chiacchiere, si trovano nel salottino della postazione dove e si è creato un bel gruppo che socializza, oltre a sentirsi utili partecipando al gruppo escono dalla monotonia di tutti i giorni.

I custodi sociali hanno seguito il ricovero ospedaliero per un cancro all'utero della sorella maggiore, in quella occasione si è attivato un grosso lavoro di rete, tra vicini di casa che si sono attivati a turno come delle "buone risorse" occupandosi di controllare la sorella con problemi mentali mentre quella più anziana era all'ospedale.

Le custodi sociali della postazione passano il mercoledì e il giovedì al domicilio e con l'assistente sociale una volta ogni 15 giorni, stanno seguendo qualsiasi cosa arrivi relativa a queste anziane, tutte quelle che sono le pratiche, tutto quello che è l'ambito socio assistenziale, garantendo anche una continuità delle visite dal medico. Il medico di base fa infatti riferimento alle custodi sociali poiché una delle anziane assume un farmaco e spesso sbaglia dei dosaggi; realizzano inoltre gli accompagnamenti sanitari con l'auto fornita dal progetto; le anziane sono continuamente monitorate, vengono accompagnate dai fisioterapisti, sono le custodi che si recano con le ricette ai servizi sanitari, gestendo l'agenda. Le operatrici di prossimità cercano anche di avviare un percorso educativo nella gestione dei soldi e del risparmio consigliando prudenza, perché *"le anziane ritirano la pensione la mettono tutta in casa"*.

Nello svolgere il loro lavoro le custodi si sentono supportate dalla farmacia, dai privati, dal medico di base, dal vicinato e dal portiere Aler. Oltre ai monitoraggi, agli aiuti concreti come la carrozzina per la sorella maggiore, sono riusciti a rispondere a dei bisogni concreti di relazione, nell'occasione del ricovero ospedaliero della sorella maggiore, le custodi sociali sono riuscite infatti ad attivare un lavoro di rete del vicinato a favore dell'anziana con ritardo mentale che ha fatto presente alle persone come sia possibile riuscire a risolvere i problemi insieme; creare questa rete di prossimità e di salvataggio ha dato visibilità alle custodi sociali, ha consentito di trasmettere obiettivi importanti per il progetto, come il valore delle buone relazioni tra le persone del quartiere. Inoltre la salute è sotto controllo ora, non hanno avuto dei peggioramenti marcati. Un altro risultato concreto è stato ottenuto attraverso la socializzazione che ha reso le anziane più partecipi della società, consentendo loro di fare una vita dignitosa e di relazionarsi, soprattutto per la sorella maggiore che è riuscita a togliersi dalle mura di casa, con la carrozzina.

Si è creato un buon clima di serenità che ha normalizzato la situazione, le anziane sanno che per qualsiasi problema, qualsiasi cosa, le operatrici intervengono, infatti *"non fanno altro che chiamarci, si affidano in toto a noi"*, dichiara la custode sociale intervistata.

Gli accompagnamenti hanno consentito alle anziane di risparmiare i soldi della pensione che sarebbero stati spesi in taxi. Le anziane si trovano bene con il servizio e anche con gli altri anziani si è creato un rapporto bello, i vicini hanno collaborato, in proposito dichiarano *"non mi sono sentita abbandonata", "siamo più serene e contente", "ci portano a fare una passeggiata con la*



*carrozzina, ci portano fuori a prendere le scarpe, ci invitano a tombola, ci fanno le fotografie, una volta abbiamo partecipato al filmato sul quartiere, siamo stati bene!"*

*La custode sociale è molto contenta di lavorare con le sorelle : "ho un grande ritorno da questo lavoro, non è soltanto la motivazione ma è proprio il creare relazione, una relazione che porti continuità e porti ad avere un recupero della propria autonomia e porti a sentirsi utili, accettati e accolti".*

## 8. FAMIGLIE CON ANZIANI NON AUTOSUFFICIENTI E LAVORO PRIVATO DI CURA: LO SPORTELLO DI ASSISTENZA FAMILIARE DELL'AMBITO DI CINISELLO BALSAMO

*di Matteo Moscatelli*

### 8.1. DESCRIZIONE DEL CASO STUDIATO

In Italia il fenomeno del lavoro privato di cura ha assunto dimensioni uniche nel contesto Europeo e interessa più di 800 mila assistenti familiari<sup>139</sup>. È un fenomeno in evoluzione<sup>140</sup> e sul quale in Italia<sup>141</sup> e in Lombardia, a seguito dei recenti provvedimenti legislativi regionali<sup>142</sup>, si stanno realizzando molte iniziative che si occupano di qualificare le badanti, istituire registri e di ottimizzare il *match* tra le famiglie con anziani non autosufficienti e le assistenti familiari. Nello specifico, dal 2009 sono stati realizzati progetti sperimentali e interventi per la qualificazione del lavoro delle assistenti familiari finalizzati alla regolarizzazione di contratti di lavoro, attraverso il sostegno economico alle famiglie per il pagamento degli oneri contributivi e azioni di sostegno alla partecipazione a iniziative di formazione da parte delle assistenti familiari. Accanto a questi interventi di base sono state realizzate anche azioni volte ad informare e orientare la famiglia ed il personale dedicato all'assistenza familiare, azioni di tutoring domiciliare e il rafforzamento di punti unici di accesso sempre con l'obiettivo finale di favorire l'autonomia e la permanenza a domicilio degli anziani non autosufficienti.

Tra le molte esperienze individuate attraverso la ricognizione in Lombardia, il progetto e il servizio attivato dall'Ambito di Cinisello Balsamo è apparso particolarmente interessante per due motivi principali: il suo modello di valore e l'ampia rete che lo realizza. Il valore aggiunto che differenzia questo modello da altri presenti nella provincia di Milano, sta nel voler offrire alla popolazione dell'Ambito un servizio integrato che accanto alle attività di sostegno e presa in carico del problema ("sostegno e accompagnamento nella ricerca di una figura professionale idonea e relativo sostegno economico), intende promuovere azioni di sviluppo di comunità al fine di sensibilizzare la popolazione sul tema "cure a domicilio" e di costruire reti di vicinato competenti e di supporto al singolo bisogno. In altre parole la scommessa che il progetto dell'Ufficio di Piano di Cinisello vuole "vincere" è quella di spostare il problema della cura della persona fragile dal piano "privato" – questione che riguarda solo la famiglia – ad un piano comunitario dove il problema viene assunto anche e soprattutto dalla comunità.

---

<sup>139</sup> Si vedano i dati IRS sulla survey condotta nel 2006, la cui base conoscitiva è rappresentata da 354 interviste rivolte ad assistenti familiari nelle province di Milano e Brescia, sulla base di un questionario di tipo semi-strutturato.

<sup>140</sup> Alcune recenti tendenze sono la riduzione della co-residenza, l'aumento del lavoro a ore e l'insediamento stabile nella società italiana, l'aumento delle italiane che fino ad ora hanno rappresentato meno del 10%, il lavoro nero e l'aumento delle assistenti familiari disoccupate.

<sup>141</sup> Si veda il Progetto R.O.S.A. (Rete occupazione servizi assistenza) della Regione Puglia con la redazione di linee guida e la creazione di una rete contro il lavoro nero (Iniziativa con lo slogan "eravamo badanti siamo assistenti familiare Certificati e qualificati")

<sup>142</sup> La dgr n. 8243 del 22/10/2008 "realizzazione di interventi a favore delle famiglie e dei servizi socio-educativi per la prima infanzia" e La Circolare 41/2007 che indica alcuni parametri entro i quali erogare il buono sociale.

Il servizio è realizzato su iniziativa dell'Ufficio di Piano dell'Ambito di Cinisello Balsamo in collaborazione con la cooperativa Caf-Acli, con i servizi sociali dei 4 comuni dell'Ambito (Cinisello Balsamo, Bresso, Cusano Milanino e Cormano) e con diversi soggetti del territorio che in misura differente si occupano di sostenere le famiglie con carichi di cura non più sostenibili, le assistenti familiari e gli immigrati. Questa attività, come illustrato dal progetto, ha di fatto costituito un *network* di Ambito sulla domiciliarità che vede partecipare in forma attiva e responsabile molti soggetti, attraverso accordi di collaborazione con il Patronato Acli di Cinisello e con la Caritas, con i servizi sociali dei Comuni per il lavoro e gli immigrati (Servizi Mappa Mondo), ASP Mazzini, il Distretto Sociosanitario n.7, il Rotary Club. Viene inoltre attivato dall'Ufficio di Piano un piano programmatico condiviso sul tema delle non Autosufficienze e sul tema delle fragilità al fine di costruire una rete più integrata dell' offerta sociale e sociosanitaria; contemporaneamente si è avviato il percorso formativo, organizzato con ASP Mazzini e sponsorizzato dall'associazione Rotary Club di Cinisello, per valorizzare e qualificare la professionalità delle badanti e il lavoro di cura a domicilio. Sul tema della domiciliarità/prossimità sono stati realizzati un convegno-patrocinato dalla regione Lombardia (il 15 maggio 2010), che è stata un'occasione per promuovere le azioni dell'Ambito. Durante il convegno è stata inaugurata anche una mostra fotografica "Di Lei"<sup>143</sup> promossa dall'associazione "Camera21" di Roma (*fonte informazioni: relazione sul progetto dell'Udp*).

## 8.2. METODOLOGIA

Dal punto di vista metodologico, per l'elaborazione dello studio di caso sono state realizzate 1 intervista alla responsabile dell'ufficio di piano e 2 interviste ai soggetti operativi referenti del progetto per il patronato Acli e per la Caritas, 1 intervista nello sportello di Crocetta a Cinisello Balsamo con la responsabile dello sportello referente della cooperativa Caf e anche l'altra sportellista ha partecipato al colloquio; in quella occasione si è potuto osservare anche il funzionamento dello sportello, l'accoglienza e il ricevimento di alcuni familiari. Per indagare il punto di vista dei beneficiari sono inoltre stati realizzati due piccoli studi di caso al domicilio degli utenti anziani, che si sono svolti con un'intervista congiunta al familiare e all'assistito a cui seguiva l'intervista con l'assistente familiare (nello specifico sono state intervistate una donna sudamericana e una donna rumena). I contenuti delle interviste sono stati trascritti *verbatim* e sottoposti ad analisi per temi e inferenziale del contenuto.

Inoltre, è stato raccolto materiale cartaceo e online sull'esperienza del Sportello di assistenza familiare di Cinisello Balsamo, le brochure della formazione e dello sportello, la locandina, la relazione sul periodo di sperimentazione, la relazione sul primo anno di lavoro, la copia dell'accordo tra Acli e Udp. È stata inoltre consegnata ai ricercatori una copia della matrice e il questionario utilizzato per i colloqui a familiari e badanti e per la loro informatizzazione in database.

---

<sup>143</sup> Il progetto fotografico "Di Lei", finanziato dalla Commissione delle Elette della Provincia di Roma, nasce come racconto di storie di vita familiare dal punto di vista della badante. Un gruppo di donne immigrate, tra i venticinque e i cinquantacinque anni, raccontano il loro quotidiano all'interno di alcune famiglie italiane, dove hanno il ruolo riconosciuto di collaboratrici domestiche. Una di loro è la badante di un'anziana signora, tutte le altre lavorano all'interno di nuclei familiari in cui sono presenti bambini (*Dal sito dell'Associazione "Camera 21"*).

<b>Intervistato</b>	<b>Strumento</b>
<i>Responsabile sportello di assistenza familiare per l'Ufficio di Piano</i>	Traccia per intervista al responsabile del servizio (C) BADCIS1
<i>Operatrice dello sportello referente della cooperativa Caf Onlus</i>	Traccia per soggetti operativi (D) BADCIS2
<i>Suora del volontariato Vincenziano -Centri di ascolto Caritas, Referente dell'ente per lo sportello</i>	Traccia per soggetti operativi (D) BADCIS3
<i>Direttore Patronato Acli Nord Milano, operativo e referente dell'ente per lo sportello</i>	Traccia per soggetti operativi (D) BADCIS4
<i>Operatrice dello sportello</i>	Traccia per soggetti operativi (D) in coppia con la referente BADCIS2
<i>Utente, Familiare di anziano non autosufficiente</i>	Strumenti per utenti/familiari (E) BADCIS5
<i>Utente, Familiare di anziano non autosufficiente</i>	Strumenti per utenti/familiari (E) BADCIS6
<i>Utente, assistente familiare sudamericana</i>	Strumenti per utenti/familiari (E) BADCIS6
<i>Utente, assistente familiare dell'est Europa</i>	Strumenti per utenti/familiari (E) BADCIS5
<i>Beneficiario, Anziano non autosufficiente</i>	Strumenti per utenti/familiari (E)
<i>Beneficiario, Anziano non autosufficiente</i>	Strumenti per utenti/familiari (E)

### 8.3. ANALISI DELLA BUONA PRATICA

<b>ANALISI DI UN SERVIZIO RELAZIONALE</b>		
	<i>Il problema/bisogno a cui l'intervento risponde</i>	
<b>A</b>	mezzi utilizzati	<p><i>Al momento dello studio sono impiegate 2 operatrici di sportello con funzioni di Front e di Back office a rotazione nelle sedi dei 4 comuni dell'Ambito; due delle sedi sono aperte anche alle assistenti familiari per un totale di 36 ore settimanali di apertura. Fanno parte dell'equipe di regia 1 coordinatrice dell'Ufficio di piano per funzioni di controllo e tenuta tecnica e 1 operatrice part time. La rete di servizi coinvolti aumenta l'efficienza, consente un orario più flessibile grazie alla collaborazione con i punti di accesso della Caritas che hanno orari flessibili; si facilita l'occupazione grazie al raccordo con gli sportelli Punto lavoro per immigrati.</i></p> <p><i>Partecipano ai diversi tavoli dell'ufficio di piano con l'equipe allargata i referenti delle organizzazioni della rete formalizzata e informale.</i></p>
<b>G</b>	obiettivo dell'intervento	<p><i>Gli obiettivi principali sono quelli di sostenere sempre più le famiglie che hanno pesanti carichi di cura verso i propri anziani e difficoltà nell'assistenza, offrendo servizi di respite e personale qualificato; si tratta di accogliere il bisogno della popolazione anziana di essere accudita al proprio domicilio da personale qualificato, anche attraverso azioni atte a sostenere economicamente le spese relative alla regolarizzazione delle assistenti; per contenere il fenomeno del lavoro sommerso e migliorare l'offerta si promuovono percorsi di riconoscimento, valorizzazione e di regolarizzazione della professionalità delle assistenti familiari attraverso la promozione di corsi di formazione specifici, la consulenza dei patronati Acli e attraverso la loro integrazione in collaborazione con i servizi sociali comunali (Fonte: Progetto dell'Udp). L'obiettivo di sistema è investire sulla domiciliarità e</i></p>

		<i>sulla prossimità attivando il lavoro di rete, le reti informali e coinvolgendo la comunità e le famiglie nelle attività del progetto e nei singoli interventi sociali.</i>
I	regole metodi	<p><i>Il lavoro di rete, la progettazione e valutazione relazionale che attiva una grande partnership sono strategici per un buon funzionamento operativo dello sportello.</i></p> <p><i>Lo sportello ad accesso libero sui 4 comuni, è stato istituito con una informatizzazione del database che raccoglie da un lato i bisogni delle famiglie e dall'altro le competenze e le predisposizioni delle badanti. Di prassi con i familiari si effettuano due colloqui, con le badanti tre, l'ultimo colloquio è di presentazione reciproca tra le parti alla presenza dell'operatrice di sportello che funge da mediatrice; mediamente si risponde alla richiesta familiare nella tempistica di una settimana. Le badanti sono invitate ai corsi di formazione; accanto a un costante monitoraggio telefonico, all'occorrenza vengono utilizzate le metodologie del tutoring domiciliare, e della mediazione familiare. Sono anche definiti i criteri per l'erogazione del buono a sostegno delle famiglie che assumono un'assistente familiare. Per realizzare l'obiettivo di sistema sulla domiciliarità sono realizzati incontri con i Cag, le scuole ed eventi e convegni incentrati sulla promozione e la regolarizzazione del lavoro di cura. (Fonte: Relazioni dell'Udp)</i></p>
L	modello di valore	<i>Il progetto di Cinisello Balsamo lavora in rete e in partnership per costruire un servizio di prossimità; punta pertanto all'attivazione passo passo di reti virtuose di tipo formale e informale sui territori dei singoli comuni dell'Ambito in cui è attivo. Il modello di valore punta all'empowerment e alla responsabilizzazione della comunità e dei famigliari nel prendersi cura dell'anziano; attraverso il lavoro di rete, i corsi formativi e gli eventi correlati si creano le precondizioni che tendono a riattivare l'attivismo della comunità, delle reti di vicinato, nella risposta al bisogno privato di cura dell'anziano, per fare in modo che questo bisogno ritorni ad essere percepito come un bisogno di comunità; si punta anche alla qualità degli interventi e alla valorizzazione della professionalità delle assistenti familiari anche come strategia di risposta al lavoro nero.</i>
	<b>VALUTAZIONE DELLA BONTÀ DELLA PRATICA</b>	
A	efficienza	
	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ c'è una congruità tra mezzi e fini?</li> </ul>	<i>Le risorse sono adeguate: le professionisti dello sportello sono attente alla relazione, l'AcI si occupa degli aspetti normativi, la Caritas fornisce un primo ascolto e orientamento, i servizi per l'immigrazione lavorano ad un'integrazione dell'immigrato sia lavorativa che sociale. I processi del servizio sono definiti attraverso procedure e modalità precise. È stata avviata una prima informatizzazione dei</i>

		<i>database, sarebbe auspicabile una informatizzazione complessiva anche dei dati sulle famiglie per ottimizzare il matching e una maggior condivisione delle informazioni con gli altri sportelli di assistenza familiare della zona.</i>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>il progetto è sostenibile nel tempo?</li> </ul>	<i>Dopo la sperimentazione è entrato tra i servizi di sistema offerti dall'ufficio di Piano, il progetto ottiene finanziamenti pubblici dalle Leggi di settore e dal fondo non autosufficienze per circa 115 mila euro l'anno esclusi i costi del buono; ci sono anche donazioni e piccoli finanziamenti per alcuni progetti e attività del servizio attraverso Rotary, Volontariato Vincenziano, Acli e Coop Lombardia. L'obiettivo finale è una maggiore integrazione sociosanitaria e lo sviluppo della relazione con lo sportello unico per le non autosufficienze del Cead.</i>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>è in grado di capitalizzare l'esperienza acquisita o la disperde?</li> </ul>	<i>Per ottimizzare le risorse e condividere un modello che risponde efficacemente alla domanda della provincia si avvale di un raccordo con l'esperienza limitrofa dello sportello Badanti del Comune di Sesto San Giovanni, inoltre il progetto attraverso l'ufficio di piano continuerà e diventerà un offerta costante dei servizi dell'Ambito, realizzando diverse attività correlate alla domiciliarità; la prospettiva è quella di diventare uno dei più efficienti sportelli per rispondere ai bisogni delle famiglie con persone non autosufficienti.</i>
<b>G</b>	efficacia	
	<ul style="list-style-type: none"> <li>promuove l'empowerment dei destinatari?</li> </ul>	<i>I familiari vengono attivati nella risposta dei bisogni, nel caso non necessitino dell'assistenza familiare sono orientati agli altri servizi sociosanitari; ai familiari è lasciata la possibilità di muoversi autonomamente negli aspetti contrattuali oppure sono orientati ai Patronati; viene individuato un caregiver di riferimento per il progetto di assistenza familiare che è invitato alla responsabilizzazione. Si punta alla valorizzazione delle badanti e della loro professionalità attraverso i corsi.</i>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>incrementa il capitale sociale primario, comunitario e generalizzato?</li> </ul>	<i>Le famiglie beneficiarie si sentono meno sole e notano dei benefici anche per i propri congiunti, una maggiore serenità e tranquillità in famiglia. Si attivano reti di aiuto e si lavora all'inclusione sociale e lavorativa delle straniere immigrate che vogliono intraprendere la professione di assistente familiare. Gli sforzi degli operatori tendono a incrementare il capitale sociale primario, comunitario e generalizzato, partendo anche da situazioni di crisi familiare, di difficoltà nelle esperienze pregresse tra familiari e badanti.</i>
<b>I</b>	relazionalità	
	<ul style="list-style-type: none"> <li>il servizio è stato progettato/realizzato in modo partecipato fin dalla definizione del bisogno/problema a cui risponde?</li> </ul>	<i>Il progetto è realizzato in partnership, con la cooperativa appaltatrice che si occupa degli aspetti gestionali; ha visto crescere nel tempo le collaborazioni con enti di terzo settore e reti informali, con le parrocchie e con le istituzioni (ASL, ospedali, servizi sociali, centri per la famiglia); soprattutto per quanto riguarda l'invio allo sportello e il primo contatto con le famiglie è fruttuosa la collaborazione con gli sportelli</i>

		<i>di ascolto della Caritas; inoltre vi è un' accordo formalizzato da settembre 2010 con Acli per la parte relativa alla supervisione nell'erogazione dei buoni e alla regolarizzazione del contratto di lavoro. La progettazione delle attività è in carico all'Udp e al tavolo anziani che coinvolge le associazioni di terzo settore dell'Ambito di Cinisello, con funzione di monitoraggio e valutazione.</i>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ coinvolge i beneficiari nell'attuazione?</li> </ul>	<i>I beneficiari e le famiglie sono coinvolte attraverso gli incontri allo sportello, le badanti attraverso la formazione e gli eventi, come i convegni.</i>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ realizza la valutazione degli interventi ed è in grado di utilizzare riflessivamente i risultati?</li> </ul>	<i>vengono effettuate valutazioni periodiche attraverso questionari e attraverso le riunioni di equipe ristretta e le riunioni periodiche con i referenti; c'è il tavolo anziani che svolge una funzione di monitoraggio complessiva. Si realizza una relazione annuale per il piano di zona e una semestrale ad uso interno.</i>
<b>L</b>	qualità etica dei fini	
	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ il servizio è adeguato all'implementazione del welfare sussidiario plurale?</li> </ul>	<i>L'intero servizio è progettato nell'ottica di rete, con il pieno coinvolgimento del terzo settore e di tutte le risorse presenti nel territorio, l'obiettivo è l'ampliamento della rete, l'empowerment e il coinvolgimento dei beneficiari e della comunità.</i>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ è finalizzato al raggiungimento di un benessere di tipo relazionale?</li> </ul>	<i>Il benessere del soggetto destinatario è pensato come strettamente correlato a quello delle sue relazioni familiari, la presa in carico è in effetti di tipo familiare e lo scopo è quello di dare sollievo e accompagnamento ai familiari oltre che all'assistito. Il servizio lavora anche all'integrazione sociale e lavorativa delle donne immigrate, alla valorizzazione della loro professionalità e all'emersione del lavoro nero puntando alla regolarizzazione delle relazioni di cura al domicilio</i>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ introduce un valore aggiunto (pluralizza) nell'offerta dei servizi?</li> </ul>	<i>Il servizio dello sportello di assistenza familiare fornisce un aiuto fondamentale per chi è alla ricerca di cure al domicilio per i propri cari e offre una strategia per combattere il lavoro nero e facilitare l'integrazione delle donne immigrate.</i>

### *Risorse, efficienza sostenibilità*

Con il mese di maggio 2009, il progetto denominato "Sportello Assistenza Familiare" ha avviato un servizio nei confronti dei cittadini con l'apertura di uno spazio ad esso interamente dedicato a Cinisello, avvalendosi tra le altre cose, di un raccordo con l'esperienza limitrofa dello sportello Badanti del Comune di Sesto San Giovanni, per ottimizzare risorse e condividere un modello che risponde efficacemente alla domanda di cura al domicilio per anziani della provincia Nord. A Marzo 2010 si è aperto il secondo sportello nel comune di Bresso e di seguito gli altri due sportelli a Cusano e Bresso.

L'accoglienza delle famiglie con anziani è realizzata con colloqui di primo e secondo livello: la prima fase, è concepita per essere il momento dell'accoglienza, dell'analisi, della definizione del bisogno assistenziale e dell'orientamento agli interventi e ai servizi offerti nel territorio a sostegno della domiciliari (*fonte informazioni*: relazione dell'Udp); Il colloquio con i familiari segue sempre una struttura ben definita che corrisponde alla matrice del database per

l'informatizzazione dei dati ed è utilizzata per raccogliere diverse informazioni dettagliate<sup>144</sup> sul bisogno; si formula poi con il familiare un'ipotesi contrattuale in relazione all'impegno lavorativo richiesto e disponibile.

Infine il secondo colloquio prevede la presentazione alla badante che avviene sempre alla presenza di una operatrice che funge da mediatrice e anche da facilitatrice, l'obiettivo è

*"tirare fuori quelli che sono tutti i contenuti dell'assistenza per fare in modo che, con tutte le informazioni necessarie venga presa una decisione serena da una parte e dall'altra"* (BADCIS2).

Viene creato un database informatico che andrà ulteriormente implementato per quello che concerne la parte relativa ai familiari, in quanto l'informatizzazione di quei dati non è ancora diventata prassi, l'operatrice dello sportello in merito all'efficienza dichiara che l'informatizzazione *"abbatterebbe i tempi di calcolo, di statistiche"* e faciliterebbe gli incroci e il monitoraggio della situazione complessiva.

Il sostegno e l'accompagnamento dell'assistente familiare nell'incontro con il possibile datore di lavoro viene realizzato attraverso colloqui in cui è indagata sia la parte relativa alle competenze tecniche del lavoro di cura sia la parte relazionale legata a capacità di mediazione, capacità di lettura del bisogno, la motivazione al lavoro di cura, la capacità di mantenere un distacco emotivo oltre che professionale; infine è valutata la disponibilità oraria, la disponibilità ai vari carichi assistenziali, anche la competenza linguistica ha il suo peso e la persona che viene ritenuta idonea viene presentata alla famiglia o iscritta e mantenuta nel registro e database. Altrimenti c'è l'accompagnamento dell'assistente familiare nei percorsi di qualificazione professionale e invio ai servizi territoriali per l'inclusione lavorativa nel caso in cui non si riscontrino attitudini o requisiti di idoneità al lavoro di cura.

Lo Sportello opera in sinergia con Punti di ascolto Caritas e i patronati ACLI e con servizi sociali territoriali. La collaborazione con Caritas è un'altra grossa risorsa in campo: Cinisello ha 7 parrocchie e ogni parrocchia ha il suo centro di ascolto, che è un luogo molto conosciuto e offre diversi servizi utili, come la scuola di italiano per stranieri. A livello di efficienza questo raccordo consente un orario più flessibile, di accoglienza e ascolto in quanto questi sportelli hanno un orario meno formalizzato di apertura<sup>145</sup>. Il punto ascolto effettua un primo colloquio e poi orienta allo sportello di assistenza o allo sportello lavoro per immigrati.

Attraverso l'accordo di collaborazione e successivo accordo formalizzato con il Patronato Acli Nord Service è concordata la presenza di un operatore Acli (per stipulare i contratti di lavoro) una volta alla settimana allo sportello "assistenza Familiare" e vi è un raccordo costante con lo sportello all'Acli Nord di Cinisello dove vengono indirizzate mandate badanti e famiglie che vogliono istituire un contratto di lavoro. Allo sportello Acli di Cinisello lavora una operatrice di

---

<sup>144</sup> Informazioni su come la famiglia ha saputo dell'esistenza dello sportello, la tipologia di richiesta (se si tratta di una prima assistenza, della sostituzione della badante nei giorni liberi, assenza momentanea del caregiver, di una dimissione o aggravio delle condizioni); si arriva poi alla definizione di un Caregiver (sia egli il coniuge, figlio parente, vicino di casa, volontario); si approfondisce la condizione socio-sanitaria e assistenziale quali servizi sono erogati. Viene indagato il profilo dell'anziano individuando le principali cause del malessere: da dove nasce il bisogno, l'area cognitivo sensoriale, l'area delle autonomie, area relazionale sociale (se esce di casa, riceve visite, rapporti con i parenti, amici, vicinato aspettative nei confronti dell'AF, quali cambiamenti può portare nella sua vita un'assistente familiare; la Situazione abitativa (se vi sono ausili, modalità di convivenza); viene creata una dettagliata Mappa dei bisogni (indagando chi fa che cosa in relazione igiene e cura, attività motoria, spesa, pasti, compagnia, utilizzo telefono, utilizzo tv e radio, igiene domestica e ordinaria somministrazione farmaci commissioni per la casa, accompagnamenti, rapporti con i servizi).

<sup>145</sup> *"Il sabato e la domenica cerchiamo di dare delle risposte provvisorie perché se sono arrivati al punto di saltare i nervi per una persona ammalata noi diamo il letto una notte, cerchiamo una donna dei nostri e poi la retribuiamo"*(suora Caritas)



origine filippina, sa più lingue e ciò facilita la relazione con gli stranieri. Come ricorda il responsabile, le ACLI sono una realtà storica fortemente radicata che gode di una forte fiducia e credibilità dei cittadini e degli enti locali in quanto impegnata da anni nella legalità, svolgono un ruolo di mediatori tra Stato e cittadino. Il responsabile spiega che si occupano degli aspetti normativi

*“con cui deve essere regolato un rapporto quindi le procedure, l’attivazione con l’Inps, con l’INAIL, cosa dice il contratto di lavoro delle lavoratrici domestiche ...i vari diritti e doveri e poi seguiamo l’eventuale rapporto in itinere e fino alla fine, fino alle dimissioni che possono avvenire per eventuale licenziamento della badante oppure per un decesso del badato”*(BADCIS4).

Le Acli si occupano anche dei ricongiungimenti e dei rinnovi di permesso delle badanti, effettuano prima un colloquio singolo e successivamente un colloquio congiunto con i familiari che vogliono stipulare un contratto; fanno sottoscrivere un piccolo abbonamento che può essere semestrale o annuale e seguono il processo attraverso il pagamento mensile, si occupano poi del pagamento trimestrale dell’Inps.

Come citato dalla relazione dell’Udp, accanto alle attività dello sportello all’interno degli interventi di sostegno alle famiglie che decidono di prendersi cura del proprio caro a domicilio con l’assunzione di un’assistente familiare, è stato realizzato un percorso formativo pensato a moduli di 4/8 ore per un totale di 40 ore di formazione<sup>146</sup> realizzato dall’ASP Mazzini in collaborazione con l’associazione Rotary Club Cinisello e l’Ufficio di Piano Comune dell’Ambito di Cinisello Balsamo rivolto sia a assistenti familiari in servizio sia a persone interessate al percorso formativo dell’assistente familiare; familiari che si prendono direttamente cura dei propri cari (*caregiver*); volontari che operano con anziani o disabili (domiciliarità, strutture, autosufficienza compromessa e non). Completa il quadro dei servizi offerti alle famiglie/anziani la possibilità di accedere ai buoni sociali e agli incentivi economici previsti dalla Circolare 41/07<sup>147</sup>, quando avviene la definizione di un “contratto di assistenza”(Fonte:Relazione dell’Udp).

Come illustrato dalla Responsabile, sono state messe in campo inoltre azioni di sviluppo di comunità, azioni di *empowerment* locale attraverso la mappatura delle risorse esistenti sui comuni, sia in termini logistici e di servizio (luoghi di aggregazione formale/informale) che di risorse umane (volontariato; associazionismo; gruppi informali ect.). È avviata la costituzione di un tavolo di regia “istituzionale” tra comuni e Distretto Socio Sanitario per costruire un modello di gestione condivisa e congiunta al fine di sperimentare un governo integrato di servizi a favore degli interventi di domiciliarità. La strada che si sta percorrendo è quella di creare un’offerta diversificata ma integrata che risponda ai diversi bisogni di accudimento della persona non autosufficiente in particolare mettendo a sistema le offerte all’interno del Centro CeAD<sup>148</sup>.

---

<sup>146</sup> Incontri riguardavano le seguenti macro-aree tematiche: igiene; cura e assistenza; bisogni dell’anziano; comunicazione e relazione; alimentazione e cucina; conoscenza rete sociale; diritti e doveri; patologie dell’anziano; approfondimento sulle demenze. Le ore davano crediti per le persone che volevano eventualmente accedere a corsi ASA/OSS.

<sup>147</sup> Buono sociale è mirato a sostenere la famiglia rispetto agli oneri derivanti dalla regolarizzazione dei contratti di lavoro delle assistenti familiari; si può sommare all’offerta di altri servizi e sostegni volti a favorire la domiciliarità; Dovranno essere individuate priorità di accesso. L’importo mensile è compreso tra i 250,00 e i 400,00 euro per una durata massima di erogazione di 12 mesi.

<sup>148</sup> CeAD è la sigla del “Centro di riferimento per l’Assistenza Domiciliare”, un nuovo servizio a disposizione delle persone che necessitano di interventi socio sanitari e sociali presso il proprio domicilio. Si rivolge in prevalenza alle persone anziane e disabili in condizioni di non autosufficienza e alle loro famiglie. Nel CeAD viene perseguita la massima integrazione degli interventi di sostegno ed assistenza alle persone non autosufficienti. Vi operano infatti congiuntamente operatori dei Servizi Sanitari (*équipe ADI*) e Sociali (Assistente Sociale dell’Ufficio di Piano). Permette inoltre di evitare inutili spostamenti degli utenti nei diversi uffici, rendendo disponibili servizi in un’unica sede.

## Obiettivi ed efficacia

Il servizio ha due obiettivi principali:

- il sostegno alla domiciliarità e l'accompagnamento della famiglia dell'utente (anziano e disabile) nella ricerca di un'assistente familiare e nelle procedure per la sua assunzione (definizione e condivisione di un contratto di assistenza)
- il sostegno e accompagnamento dell'assistente familiare nell'incontro con il possibile datore di lavoro e regolarizzazione del contratto.

L'operatrice dello sportello spiega che l'obiettivo è :

*"l'accompagnamento delle famiglie nella ricerca di un assistente familiare e contemporaneamente anche supporto di questa figura professionale nella ricerca di lavoro in modo che questo incontro che nasce sempre in modo privato e destrutturato, è anche più regolamentato, in modo che le famiglie abbiano anche più strumenti per definire il proprio bisogno che trovino delle risposte più adatte per rispondere alle loro necessità e di contro che le assistenti trovino dei lavori qualificati, diciamo il fatto è che chi si rivolge a noi stia andando incontro alla legalità in modo che diritti e doveri siano assolutamente chiari sin dall'inizio , quindi l'obiettivo è quello di regolamentare e rendere meno far west quello che per ora si è gestito all'interno del libero mercato".(BADCIS2)*

Un altro obiettivo è di ridurre il turn over, ossia il numero dei contratti di lavoro interrotti per volere delle badanti. Il servizio intende offrire una strategia di risposta al lavoro nero diventando il promotore di una figura professionale che stenta a farsi percepire come tale,

*"perché la percezione da parte della famiglie che la cura sia un qualcosa che sfugga da una dimensione professionale stenta a partire anche perché le stesse assistenti fanno fatica a viverlo come un lavoro anche perché comunque per molti di loro non è stata una scelta agita ma una scelta subita" (BADCIS2)*

Grazie alle attività dello sportello le famiglie ottengono buoni risultati come testimoniano le interviste e i dati sugli accessi e i successi degli interventi:

*"i nuclei che vedi che anno raggiunto l'autonomia , magari non fanno salti di gioia però possono rialzare un po' la testa: queste sono delle gratificazioni" (BADCIS3).*

Secondo la responsabile dell'ufficio di Piano i ringraziamenti nel momento in cui si porta il cedolino del buono, testimoniano l'accoglienza e la buona relazione istaurata *"c'è questa fiducia reciproca nel servizio e questo credo sia un buon ritorno"*.

Come ricavato dai documenti messi a disposizione, da aprile 2009 a marzo 2010 sono passate allo sportello 87 famiglie<sup>149</sup> di cui la metà circa inviate dal servizio sociale comunale nei primi 5 mesi di apertura dello sportello a Cinisello, 1/3 delle famiglie ha trovato una soluzione rapida al proprio bisogno ( la media è di 3 giorni lavorativi per la presentazione), un altro terzo ha risolto in autonomia grazie anche all'orientamento fornito; la funzione del servizio non si esaurisce, infatti, con la realizzazione dell'incrocio domanda/ offerta, che in questo ambito è soggetta più che mai a variabili non gestibili ( ricoveri, decessi, mutate possibilità economiche), ma assolve al compito di informare, orientare e supportare le famiglie nella definizione del proprio bisogno di cura (*Fonte: Relazione Udp*).

Sono stati erogati 50 buoni non autosufficienza e 15 buoni della circolare 41, il Patronato di Cinisello Balsamo ha effettuato 113 pratiche di regolarizzazione.

La condivisione degli spazi con il "Punto Lavoro" è un punto di forza importante nell'integrazione dei servizi offerti, come si evince dai dati della tabella riportata di seguito, che analizza quali sono i canali di accesso allo Sportello.

---

<sup>149</sup> Il totale accessi non comprende le famiglie subito riorientate verso altri servizi, le cui domande spesso pervengono a mezzo telefono; comprende invece tutti i contatti per i quali si è effettuato almeno un colloquio, anche nel caso in cui lo stesso non abbia avuto seguito.

Tabella 8-1- Inviati allo Sportello (primi 5 mesi di apertura).

Passaparola	22
Servizi Sociali e Uffici Comunali	7
Servizi Mappamondo	6
Volontariato Vincenziano	5
Informagiovani	2
Centri di ascolto Caritas	2
Enti di Formazione	2
Asl Cinisello	1
Notizia appresa da volantini	1
Altre organizzazioni privato sociale	1
Sportello Assistenza Familiare di Sesto S.Giovanni	1
	<b>totale 50</b>

Durante il periodo preso in esame, le persone che si sono presentate allo Sportello per candidarsi come assistenti familiari, sono in maggioranza provenienti da Paesi extra UE; di tutte, circa il 50% ha avuto accesso alla fase di approfondimento delle competenze specifiche per il lavoro di cura ed infine circa 17 hanno trovato impiego tramite lo Sportello. Come per le famiglie, vale la stessa riflessione, ossia le dinamiche del mercato del lavoro di cura sono caratterizzate da peculiarità specifiche : le assistenti familiari utilizzano molteplici canali per trovare collocazione (privato sociale, volontariato, passaparola) e soprattutto nel caso di disponibilità all'assistenza giorno e notte dispongono di una consistente offerta di opportunità lavorative. Inoltre, proprio per la specificità del lavoro di cura, capita frequentemente che il primo incontro con la famiglia sia positivo, ma che non lo sia altrettanto l'inserimento a domicilio per difficoltà relazionali ecc.

Queste testimonianze confermano che lo sportello è diventato un punto di riferimento per le famiglie che ricorrono a soluzioni di cura autogestite, per quanto riguarda la definizione del bisogno, in costante raccordo con i Servizi Sociali e con gli altri servizi presenti sul territorio. Lo sportello è diventato luogo di orientamento informativo e lavorativo per le assistenti familiari, grazie alla collaborazione con la rete dei servizi per il lavoro; in questo senso potrebbe lavorare maggiormente sulle le relazioni con il network dei servizi per il lavoro e disporre in modo più efficace di elementi informatizzati, che sono utili al monitoraggio permanente e alla valutazione degli esiti dei rapporti lavorativi (Fonte: relazione Udp).

La promozione della legalità contrattuale, è supportata dal processo di erogazione dei bonus. Anche questo aspetto migliorabile attraverso accordi da stabilire con i soggetti che nell'Ambito si occupano dell'assistenza contrattuale, come l'Acli, il passaggio di informazioni nella rete è particolarmente importante dopo la fase del *match*.

#### Relazionalità

L'apertura dello sportello ha permesso nel suo insieme di dare corpo ad un processo di pensiero e di programmazione tecnica che ha coinvolto in forma costante sia i servizi sociali dei 4 comuni sia i soggetti del territorio che in misura differente si occupano di sostenere le famiglie con carichi di cura e le assistenti familiari . Nella Figura 8-1è rappresentata la rete attraverso la ricostruzione del disegno che ne fa la responsabile dell'Udp, che in proposito dichiara:

*"non avevamo previsto tutti questi soggetti della rete, io avevo pensato all'inizio a quelli vicini ... non mi aspettavo invece una forte partecipazione anche di altri servizi: le Rsa, i Cag ma anche gli stessi Urp che hanno una funzione se vuole semplicemente informativa ma fondamentale".(BADCIS1)*

In questa rete *"a maglie decisamente fitte"* (operatrice dello sportello) c'è un forte confronto con il servizio sociale, per esempio nelle richieste di aiuti economici:

*"La famiglia ha capito che noi ci parliamo non possono andare dall'assistente sociale a raccontare un pezzo e a noi raccontarne un altro; loro sanno che noi ci parliamo e se si fa un*

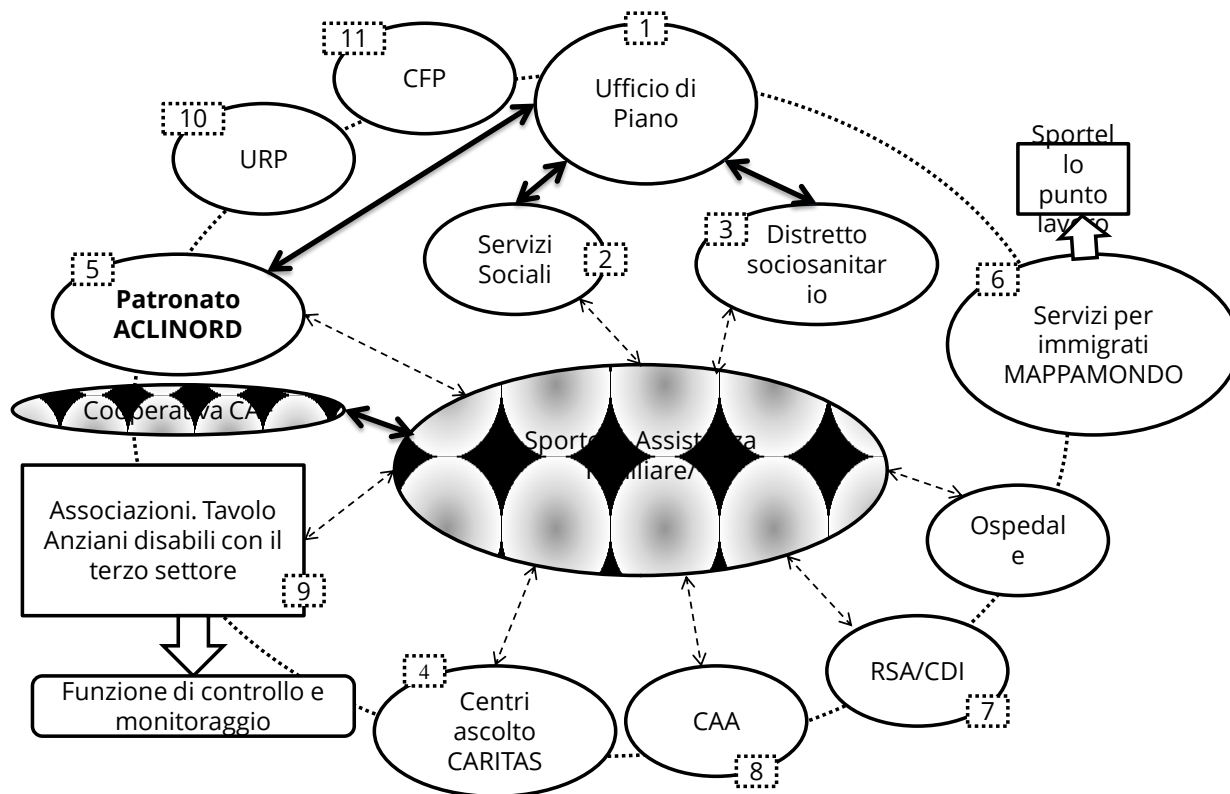
*intervento lo sa la famiglia, lo sa l'assistente sociale ed è nella chiarezza; noi riusciamo a dare una guida sui piccoli compiti e riusciamo a dire c'è una collaborazione effettiva rispetto al suo problema" (BADCIS3-suora Caritas).*

La responsabile operatrice dello sportello ricorda che *"ci sono state molte riunioni preparatorie con gli assistenti sociali non solo degli anziani ma anche area adulti proprio con tutto il servizio".* La partecipazione a queste riunioni e tavoli costituiscono un ulteriore impegno ma offrono delle regole fondamentali per definire chi fa che cosa ed essere più efficienti, ricorda la referente della Caritas:

*"non fare marcia indietro è sicuramente una fatica, bisogna rispettare i criteri condivisi con la rete e orientare a chi è competente";* ricorda inoltre che è importante partecipare ai tavoli anziani realizzati dall'Ufficio di Piano *"prima ognuno curava il proprio orticello, l'innovazione è costituire qualcosa di altro insieme".(BADCIS3)*

Il responsabile Acli parla dell'importanza di ampliare il lavoro di rete con il vivere civile, le banche, gli enti locali la chiesa, e con lo stato (INPS, agenzia entrate) che in questi anni hanno delegato troppe incombenze agli operatori territoriali dei patronati.

*Figura 8-1-Rappresentazione della rete che realizza il progetto dello sportello di assistenza familiare dell'ambito di Cinisello Balsamo*



*Qualità etica di fini, modello di valore, innovazione*

Come si potrà evincere anche dal paragrafo seguente il servizio promuove il benessere delle relazioni familiari, in quei nuclei dove vi è un anziano non autosufficiente e valorizza il lavoro delle badanti. L'importanza dell'ascolto e della relazione in tutti i processi è ribadita da tutti gli interlocutori intervistati, in un clima che non è affatto quello burocratico del tipo *"signora compili*

*questo modulo, poi la chiameremo*" (Responsabile Caritas). Si tratta infatti di uno sportello che è inteso come luogo che promuove da un lato l'incontro tra la domanda (anziano, disabile non autosufficiente e loro famiglie) e l'offerta (Ass. Familiare), sostenendo relazioni fiduciarie, dall'altro, sviluppando relazioni e azioni di integrazione sociale e culturale su più livelli (tra famiglie e assistenti familiari, tra la comunità e le assistenti familiari ed eventualmente incentivando il mutuo aiuto tra le assistenti familiari). Non si tratta di burocrazia,

*"L'accoglienza e l'integrazione non si fa solo dando seguito ad una norma ma aprendosi in tutto e per tutto nei confronti dell'altro insomma... e si fa anche con i gesti"* (BADCIS4).

Questa attenzione alla relazione punta a valorizzare e a sostenere una particolare relazione professionale in un contesto intimo :

*"la creazione di un rapporto con l'assistente che non sia soltanto l'aspettativa di una performance professionale fatta solo sicuramente di output cioè di risultati incontrovertibili nel giudizio,... è una relazione di lavoro che però si istaura in un ambiente molto particolare... il nostro suggerimento è veramente parlatevi come due sconosciuti .....si tenta proprio di dirlo di farli parlare, la questione gira su aspetti proprio banali di abitudini !"* spiega il responsabile Acli (BADCIS4).

È infatti un rapporto che nasce su due esigenze contrapposte l'una è quella di trovare un lavoro, l'altra è quella di un familiare che ha bisogno di essere accudito, pertanto la relazione è spesso difficoltosa, su questo tema il referente Acli spiega:

*"non le nego che spesso ci capitano rapporti che durano anche un tempo breve proprio per incomprensioni .... uno pensa di assumere la serva, l'altra è una persona laureata in ingegneria meccanica a Kiev e dice -guarda che lavoro mi tocca fare!"*(BADCIS4)

Per promuovere veramente una cultura della cura al domicilio e per facilitare la vita in famiglia il responsabile ipotizza di realizzare interventi di "mediazione umanistica" e propone *"una figura che aiuti le parti a capirsi e a comprendersi"*.

Si punta inoltre all'*empowerment* dei destinatari al loro coinvolgimento e valorizzazione:

*"il nostro obiettivo è riportare all'autonomia e far capire quale è la soluzione che cercano, prendono una casa in affitto però non si può permettere la luce, la soluzione più facile certe volte non è la migliore, piuttosto ti aiutiamo alla caparra ma tu devi decollare nella via legale se no questo problemino lo risolvi più"* (BADCIS3);

*"chi parte dal rivolgersi a questo servizio una minima assunzione di responsabilità come dire l'ha già fatto un minimo primo passo c'è stato, c'è l'intenzione di passare attraverso un canale più istituzionale"* (BADCIS2).

Un ulteriore elemento di innovazione è nell'intenzione di sviluppare un servizio capace di assumersi l'identità di "servizio di prossimità" sviluppando così, accanto alle azioni di qualificazione della professionalità in oggetto, il lavoro sociale orientato alla comunità con l'obiettivo di promuovere legami di fiducia e di mutuo auto aiuto. Si pensa di sviluppare attraverso questa azione un processo di cambiamento culturale/sociale che valorizzi e restituisca alle città, il valore della cura e dell'accudimento degli anziani fragili al proprio domicilio riconoscendo e valorizzando la prestazione di cura come lavoro riconosciuto, attraverso azioni di sensibilizzazione alla comunità, promuovendo percorsi formativi/di aggiornamento stabili alle assistenti familiari (questo obiettivo contribuisce anche all'emersione del lavoro nero e all'integrazione dell'immigrato) e costruendo relazioni sociali significative all'interno di contesti urbani caratterizzati dalla solitudine e da un costante mutamento demografico.

Altre esperienze in atto sul territorio di Cinisello Balsamo (*"casafamiglia"* a S. Eusebio) potrebbero essere una base per progettare nuove forme di solidarietà e di rapporti di buon vicinato, quali ad esempio i Condomini Solidali e/o le reti di solidarietà sociale (*fonte*: relazione Udp).

Il progetto vuole lavorare anche con i centri di aggregazione anziani e le parrocchie coinvolgendoli in attività animative e *"trasformandoli"* in luoghi di socializzazione per anziani e assistenti familiari, un'altra attività è quella di coinvolgere le nuove generazioni sul tema della cura degli anziani e sull'assistenza familiare, per esempio promuovendo eventi pubblici

studenteschi. Nel mese di settembre 2009 è stata avviata una collaborazione con "il custode socio sanitario".

Infine, poiché molte volte la solitudine professionale delle Assistenti Familiari si somma a quella personale (mancanza di reti familiari; lontananza dal proprio nucleo famiglia), allora in quest'ottica sarebbero utili sperimentazioni virtuose per far circolare meglio le informazioni su argomenti di interesse quotidiano (corsi di lingua italiana, corsi di cucina, iniziative di socializzazione, corsi ASL di educazione alla Salute, ecc.), facilitandone l'integrazione (fonte: relazione Udp).

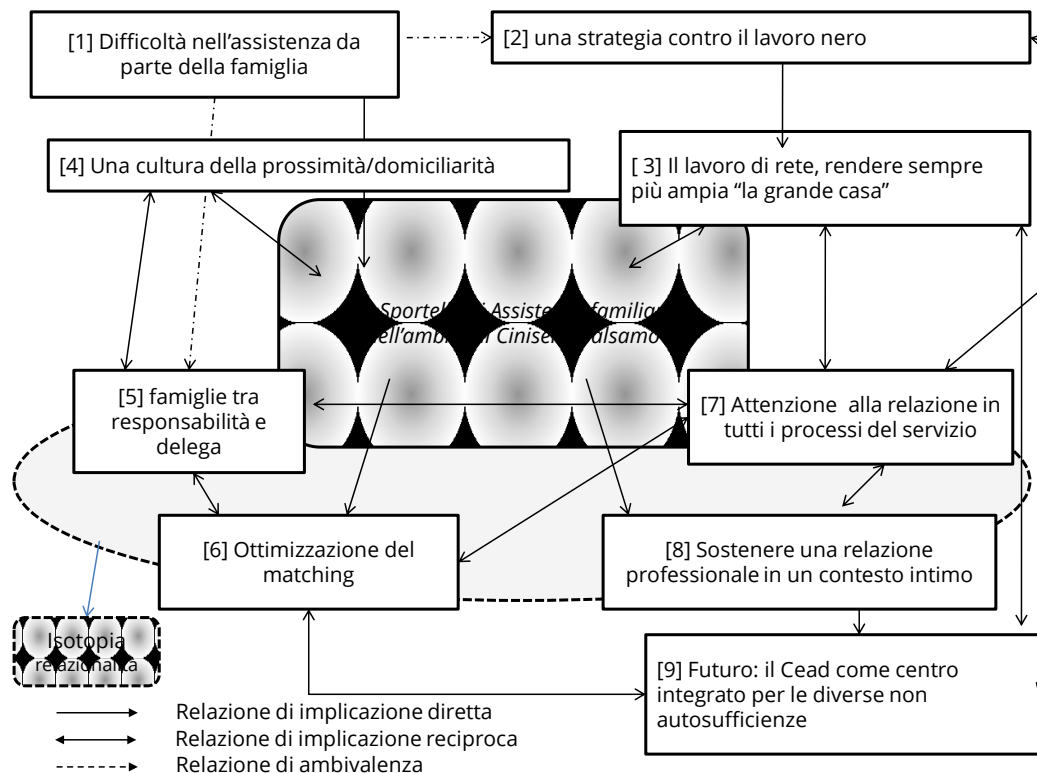
#### **8.4. LA "BUONA PRATICA" DALLA PARTE DI CHI LA VIVE: ANALISI**

##### **8.4.1 LA VOCE DEL RESPONSABILE, DEI REFERENTI E DEGLI OPERATIVI**

I soggetti operativi e il responsabile parlano molto della cultura che sta alla base del servizio. In particolare, le aree tematiche che emergono dall'analisi delle interviste e che co-occorrono sono le seguenti:

- [1] difficoltà nell'assistenza da parte della famiglia;
- [2] una strategia contro il lavoro nero;
- [3] il lavoro di rete, rendere sempre più ampia "la grande casa";
- [4] una cultura della prossimità/domiciliarità;
- [5] la famiglia tra responsabilità e delega;
- [6] ottimizzazione del *matching*;
- [7] l'importanza della relazione in tutti i processi del servizio;
- [8] sostenere una relazione professionale in un contesto intimo;
- [9] il futuro: il Cead come centro integrato per le diverse non autosufficienze.

Figura 8-2 - Aree tematiche e loro relazionamenti emerse dall'analisi del contenuto delle interviste agli operatori e al responsabile dello sportello di assistenza familiare



Come mostra la Figura 8-2, nel corso delle interviste ampia rilevanza viene attribuita alle aree tematiche **[1]** e **[2]** che rappresentano i grandi bisogni della comunità per rispondere ai quali il servizio è stato progettato. Siamo di fronte a soggetti compromessi e a famiglie con compiti di cura insostenibili; queste famiglie che si rivolgono allo sportello magari dopo i passaparola o attraverso le informazioni fornite dalle Urp comunali versano in situazioni problematiche, hanno pochissimo tempo a disposizione per trovare una risposta e spesso ai problemi dell'assistenza dell'anziano si sommano le difficoltà economiche. Inoltre hanno spesso rappresentazioni inappropriate del lavoro privato di cura. Questi atteggiamenti di frequente incentivano le assunzioni in nero. Dare dignità al lavoro di cura domiciliare svolto dalle donne immigrate è un altro macro-obiettivo affrontato dal servizio grazie all'alleanza con le Acli che sono esperte in quegli aspetti normativi relativi alla regolarizzazione: la strategia per combattere il lavoro nero di cura domiciliare si realizza attraverso la formazione della badanti, il monitoraggio, l'erogazione controllata degli incentivi e dei buoni sociali a cui hanno diritto solo i contratti a norma di legge. La strategia vuole ridare visibilità al lavoro privato di cura (si veda l'iniziativa della mostra e del convegno) soprattutto qualificando la badante e integrando l'immigrato, promuovendo legalità: questo è possibile erogando percorsi formativi e di aggiornamento stabili alle assistenti familiari. Questa strategia per l'inclusione lavorativa delle donne immigrate e il problema dell'assistenza all'anziano vogliono essere affrontati con quello che i soggetti intervistati definiscono la "strategia della prossimità" **[4]** che richiama alle responsabilità della comunità. Questo approccio aspira a un processo di cambiamento culturale/sociale che valorizza e restituisce alle città, il valore della cura e dell'accudimento degli anziani al proprio domicilio. Così accanto alle azioni di qualificazione della professionalità in oggetto, si sviluppa il lavoro sociale orientato alla comunità con l'obiettivo di ricreare legami di fiducia e di mutuo auto aiuto. A partire dalla relazione di cura che scaturisce dall'incontro tra la domanda (anziano non autosufficiente e loro famiglie) e l'offerta (Ass. Familiare) si procede poi sostenendo relazioni fiduciarie e azioni di integrazione sociale e culturale su più livelli (tra famiglie e assistenti familiari, tra la comunità e le assistenti

familiari ed eventualmente tra le assistenti familiari) costruendo relazioni sociali significative all'interno di contesti urbani caratterizzati dalla solitudine e da un costante mutamento demografico. Ed è proprio questo su cui lavora il servizio, sulle relazioni (area della isotopia), grazie alla professionalità degli operatori. C'è attenzione alle relazioni in tutti i passaggi in cui si realizza il servizio [7], questo approccio è documentato in ogni processo attraverso la personalizzazione, l'attenta lettura del bisogno, l'incrocio anche attraverso l'informatizzazione e il successivo accompagnamento di questa delicata e inusuale relazione professionale che si svolge in un contesto intimo dove la famiglia dell'anziano assume il ruolo di datore di lavoro. [8]

L'approccio è proprio quello dell'*empowerment* che implica una responsabilizzazione reciproca delle famiglie [5] e delle assistenti familiari. Non sempre di facile realizzazione perché a volte prevalgono gli atteggiamenti di delega.

Molto spazio nei colloqui è dedicato alla descrizione del braccio operativo di questa ampia strategia: il lavoro di rete [3] che ha creato una grande casa, una fitta maglia con nodi deputati a specifiche funzioni (normativa, accoglienza, lavoro, integrazione, informazione); la rete necessita di ulteriori ampliamenti, con il coinvolgimento di tutto il vivere civile sul tema, della scuola, dell'Inps, delle banche, in modo da creare una grossa squadra per le non autosufficienze degli anziani oltre che per l'integrazione e la valorizzazione del lavoro privato di cura. Quello che riesce a realizzare il servizio attraverso l'attenzione alla relazione, la prospettiva di *empowerment* comunitario e il lavoro di rete è un'ottimizzazione del matching [6]; che sarà ancora più efficace quando si compirà il futuro raccordo con lo sportello per il lavoro al domicilio sulle non autosufficienze (il Cead) [9] che andrà a valorizzare ancora maggiormente una prospettiva di rete integrata.

#### **8.4.2 LA VOCE DEI BENEFICIARI: FAMILIARI ASSISTITI E BADANTI**

Le interviste realizzate al domicilio con gli utenti dello sportello di assistenza familiare rimandano un'immagine piuttosto omogenea: relativa sia alla condizione di assistenza sia alla rappresentazione del servizio. In particolare, emergono i punti di forza e la soddisfazione per il sostegno ottenuto in entrambe le situazioni studiate (il caso di una anziana disabile al 100% che ha subito operazioni alla colonna vertebrale, vive con figlio anziano e la badante Romena; il caso di una anziana che non può più deambulare dopo aver perso l'uso della gamba, che viene assistita dal figlio e dalla badante sudamericana). Il servizio offerto viene recepito con molta positività da tutti i soggetti interpellati, che ne enfatizzano le dimensioni dell'accoglienza, dell'ascolto, della tempestività. Complessivamente, lo sportello viene giudicato adeguato ai bisogni e le sportelliste sono ricordate con molta positività.

Alcune verbalizzazioni:

*"assolutamente completo con un incontro mi hanno aperto un discorso assolutamente sconosciuto, ho questo tipo di esigenza non ne so nulla, sono a digiuno totale di questo mondo, e veramente in quell'incontro è riuscito a darmi tutte le informazioni del caso, mi sono sentito ascoltato e compreso, perché loro fanno tutto un lavoro di feedback, di monitoraggio richiamo, di controllo di verifica su come stanno andando le cose"* (BADCIS6-figlio, caso 2);

*"Direi che le operatrici allo sportello sono stati più che ottimi, ci ha chiamato appena tornato dalle vacanze"* (BADCIS5-figlio caso 1);

*"Non possiamo che dirci più che soddisfatti hanno capito quali erano le nostre esigenze e nel giro di due giorni io mi sono meravigliato, tra l'altro ero andato abbastanza sfiduciato, mancava una settimana al mese di agosto"* (BADCIS5-figlio caso 1);

*"Sono state carissime le sportelliste"* (badante romena);

*"Benissimo ora sono tranquilla"* (BADCIS5-anziana assistita caso 1);

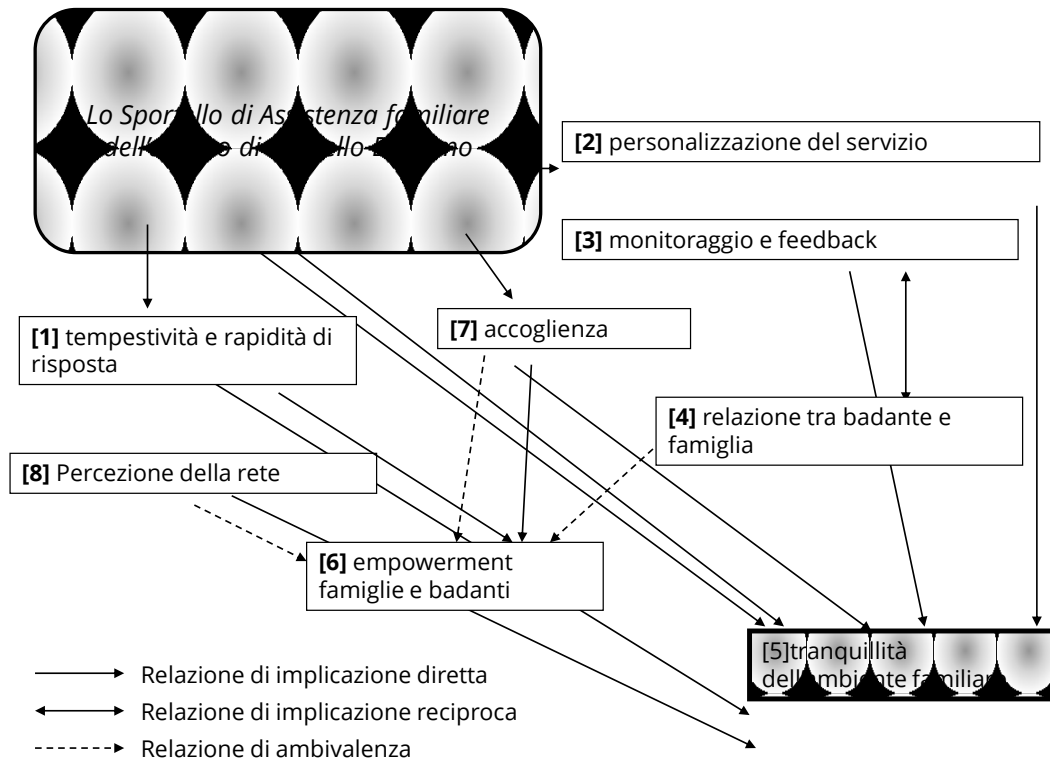
In particolare, le aree tematiche che emergono trasversalmente dalle interviste sono:



- [1] la tempestività e rapidità di risposta;
- [2] la personalizzazione servizio;
- [3] il monitoraggio e feedback;
- [4] la relazione tra badante e famiglia;
- [5] la tranquillità dell'ambiente familiare;
- [6] l'empowerment delle famiglie e delle badanti;
- [7] l'accoglienza;
- [8] la percezione della rete.

I temi trattati nel colloquio rimandano tutti alla soddisfazione degli utenti, soprattutto viene citata la tempestività [1] che ha permesso ai familiari e alle badanti di rispondere ai rispettivi problemi di ricerca di lavoro e di cura in tempi brevissimi. La personalizzazione del servizio [2] che avviene attraverso la gestione del processo di *matching* e l'assistenza informativa sono un altro aspetto di forza che è già documentato nello studio di caso, a questo si aggiunge il processo di monitoraggio e di feedback [3] che è apprezzato sia dalle badanti che dai familiari permettendo di mantenere un filo e una relazione con il servizio e di aggiornarsi sull'andamento del rapporto di lavoro. Le badanti e i familiari parlano di colloqui telefonici settimanali il primo periodo. L'accoglienza e il calore delle operatrici sono l'elemento che più sorprende i beneficiari [7]. Tutto questo lavoro dello sportello ha l'obiettivo di rafforzare anche la responsabilità dei *caregiver* e delle badanti [6] implicate nella relazione e incentiva un rapporto di fiducia tra assistente familiare e assistito basata sulla comunicazione e l'indulgenza reciproca [4]. Tutto ciò contribuisce alla serenità e tranquillità dell'ambiente familiare [5]. Un familiare intervistato dedica spazio al tema della rete che sta attorno allo sportello, in proposito parla dell'orientamento ricevuto sui servizi e dei molti contatti forniti durante il primo colloquio di accoglienza [8].

Figura 8-3 - Aree tematiche e loro relazionamenti emersi dall'analisi del contenuto delle interviste ai beneficiari dello sportello di assistenza familiare



## 9. IL CAFÈ ALZHEIMER DELLA FONDAZIONE MANULI, MILANO

*di Stefania Meda*

### 9.1. DESCRIZIONE DEL CASO STUDIATO

Dai primi anni '90 la Fondazione Manuli si occupa nel territorio del milanese di Alzheimer con una specifica attenzione alla dimensione familiare dell'assistenza. Tra i vari servizi socioassistenziali offerti dalla Fondazione, si segnala l'Alzheimer Café Milano rivolto ai malati di Alzheimer e alle loro famiglie. Si tratta di uno spazio protetto in cui i malati e i loro familiari possono interagire a livello interpersonale, i primi mantenendo attive le funzionalità sociali residue e i secondi trovandosi in un ambiente informale in cui poter spezzare la faticosa routine dell'assistenza, parlare dei propri problemi e delle strategie trovate per risolverli, per conoscere bene la malattia e i suoi sintomi e per trascorrere alcune ore in un'atmosfera accogliente, centrata sull'ascolto.

L'Alzheimer Café Milano opera per combattere l'isolamento favorendo il mantenimento ed il potenziamento dei contatti sociali del malato e dei suoi familiari. In particolare, si pone l'obiettivo di riabilitare il malato ed i familiari a una "sana" relazionalità, attraverso contatti più allargati e in un contesto di normalità. In questo senso, il Café Alzheimer migliora la qualità dell'assistenza mediante una formazione di esperti della materia e crea reti di solidarietà fra le famiglie dei malati di Alzheimer, con funzione di auto-mutuo-aiuto.

Gli incontri si svolgono settimanalmente presso l'Istituto dei Ciechi a Milano (concesso dal Comune di Milano in partecipazione con l'Istituto stesso), con un'accoglienza di 20 malati (e rispettivi familiari) ad ogni incontro

Durante i pomeriggi all'Alzheimer Café, gli ospiti possono beneficiare di uno spazio (creato nel contesto di un bar) ludico-ricreativo e stimolativo-riabilitativo (giochi, letture, musica, attività motorie, ecc.) con il supporto di un terapeuta occupazionale e di operatori e volontari per l'assistenza. I familiari (in un locale separato dal precedente) sono contestualmente coinvolti in interventi gestiti da esperti del settore (terapista, psicologo, medico, infermiere, assistente sociale, avvocato, ecc.) che sensibilizzano e formano/informano su temi inerenti la malattia, permettendo agli stessi di avere spazi di condivisione e di scambio che fungano anche da auto-mutuo-aiuto. In generale, il Café Alzheimer Milano rappresenta un momento condiviso e conviviale che apporta coesione tra i partecipanti, in un clima empatico e di "festosità" dove è possibile assaporare insieme un caffè e gustare pasticcini e biscotti, con un sottofondo musicale di intrattenimento.

L'apparente informalità dell'intervento non deve trarre in inganno: l'intervento è infatti altamente professionalizzato, frutto di una progettazione e di una metodologia di intervento ben precisa, di momenti di riflessione atti al miglioramento continuo. Ogni fase dell'attività è infatti pensata in funzione di determinati obiettivi e comporta un accurato lavoro di preparazione.

Nel corso dell'ultimo anno, sono stati seguiti circa 70 malati e oltre cento tra familiari e badanti. Il numero di operatori che la Fondazione mette in campo per l'attuazione dell'intervento è di circa 20, inclusi numerosi volontari, per un totale di 200 ore circa. Il costo annuale del servizio è di circa 27.000 euro. La fondazione si autofinanzia mediante donazioni.

Il Café Alzheimer Milano viene realizzato in continuità con realtà diverse del territorio, inclusi i servizi sociali territoriali, gli ospedali, il Comune e i Centri per la famiglia. Sono implicate anche altri soggetti del terzo settore, quali le organizzazioni di volontariato, le associazioni prosociali, altre fondazioni (bancarie) e associazioni familiari. Completano il quadro le parrocchie e le reti informali.

La significatività dell'intervento risiede nella capacità di incidere nella vita di relazione del malato e dei suoi familiari, esposti al rischio di isolamento sociale legato all'onerosità dell'assistenza, con ripercussioni sull'equilibrio psicologico del *caregiver* e sulla stessa qualità del processo di cura. L'esperienza dell'Alzheimer Cafè Milano è nata proprio per combattere l'isolamento sociale, attraverso il recupero dei contatti e degli scambi interpersonali, e favorire il mantenimento di abilità e funzioni altrimenti destinate ad essere perdute, anche perché non impiegate in modo adeguato.

## 9.2. METODOLOGIA

L'elaborazione dello studio di caso ha comportato la realizzazione di 5 interviste individuali e una di gruppo. Le interviste individuali hanno consentito di rilevare il punto di vista specifico degli operatori (la responsabile della Fondazione, la psicologa e la terapeuta occupazionale) e di due familiari. L'intervista di gruppo è consistita nella registrazione di una seduta dei Gruppi ABC, una metodologia specifica di intervento con i familiari di malati Alzheimer.

Intervistato	Strumento
<i>Referente Alzheimer Cafè Milano</i>	Traccia per intervista al responsabile del servizio (C)
<i>Psicologa</i>	Traccia per soggetti operativi (D)
<i>Terapista occupazionale</i>	Traccia per soggetti operativi (D)
<i>Familiare 1</i>	Strumenti per utenti/familiari (E)
<i>Familiare 2</i>	Strumenti per utenti/familiari (E)
<i>Familiari</i>	Registrazione Gruppi ABC

I contenuti delle interviste sono stati trascritti *verbatim* e sottoposti ad analisi inferenziale del contenuto.

È stato raccolto inoltre materiale cartaceo e online sull'esperienza del Cafè Alzheimer Milano ed è stata acquisita la pubblicazione Un'isola in città per non sentirsi più soli, a cura della Fondazione Manuli.

## 9.3. ANALISI DELLA BUONA PRATICA

L'Alzheimer Cafè Milano della Fondazione Manuli rappresenta un esempio emblematico di buona pratica, di cui si mettono in luce alcuni aspetti analitici:

ANALISI DI UN SERVIZIO RELAZIONALE		
	<i>Il problema/bisogno a cui l'intervento risponde</i>	<i>Spezzare l'isolamento dei familiari impegnati nell'assistenza di un malato di Alzheimer. Dare orientamento e supporto. Offrire un ambito di "normalità" per il malato e i suoi familiari. Organizzare attività volte al mantenimento delle capacità residue del malato.</i>
<b>A</b>	mezzi utilizzati	<i>Psicologa, terapeuta occupazionale, medico/psicoterapeuta ad indirizzo conversazionale, esperti esterni, volontari. Messa a disposizione di uno spazio con bar presso l'Istituto dei Ciechi a Milano (concesso dal Comune di Milano in partecipazione con l'Istituto stesso)</i>
<b>G</b>	obiettivo dell'intervento	<i>Combattere l'isolamento sia per il malato che per i suoi familiari; riabilitare il malato e i familiari a una</i>

		<i>relazionalità "sana"; migliorare la qualità dell'assistenza con la formazione; creare reti di solidarietà fra le famiglie dei malati di Alzheimer, con funzione di auto-mutuo-aiuto.</i>
<b>I</b>	regole metodi	<i>Incontri settimanali; elevata strutturazione e professionalizzazione dell'intervento nonostante l'apparente semplicità; attività ludiche e/o riabilitative; terapia occupazionale; gruppi ABC</i>
<b>L</b>	modello di valore	<i>L'idea di base è che le famiglie vadano sostenute nel processo di cura del parente malato di Alzheimer e che il malato stesso debba godere di tutti i benefici e la dignità di un'assistenza professionale e familiare adeguata alle sue necessità, facendo leva sui meccanismi di ascolto e relazionalità che consentono di uscire dall'isolamento e dallo stigma sociale.</i>
	<b>VALUTAZIONE DELLA BONTÀ DELLA PRATICA</b>	
<b>A</b>	Efficienza	
	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ numero di soggetti raggiunti</li> </ul>	<i>Le famiglie che frequentano l'Alzheimer Caffè sono 60, suddivise in tre gruppi di 20. Ciascun gruppo si incontra mensilmente.</i>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ c'è una congruità tra mezzi e fini?</li> </ul>	<i>Risorse adeguate e congruenti rispetto ai fini; consente alle famiglie di risparmiare.</i>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ il progetto è sostenibile nel tempo?</li> </ul>	<i>È un progetto che si finanzia attraverso donazioni e contributi da parte di enti pubblici e privati.</i>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ è in grado di capitalizzare l'esperienza acquisita o la disperde?</li> </ul>	<i>Contributo significativo di chi ha ideato il progetto, tuttavia è possibile pensare che continui anche senza queste persone.</i>
<b>G</b>	Efficacia	
	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ promuove l'empowerment dei destinatari?</li> </ul>	<i>I caregiver familiari (e le badanti) sono invitati a partecipare a gruppi di formazione basati sull'ascolto e la condivisione in modo tale da diventare sempre più competenti nel processo di cura del proprio congiunto. I malati sono accompagnati in un processo terapeutico che ne favorisce il mantenimento delle capacità cognitive, mnestiche e manuali.</i>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ incrementa il capitale sociale primario, comunitario e generalizzato?</li> </ul>	<i>Il servizio incrementa il CS delle famiglie mettendole in relazione tra loro e con esperti. La modalità del gruppo di auto-mutuo-aiuto arricchisce le reti di relazione dei destinatari, aumenta la loro fiducia.</i>
<b>I</b>	Relazionalità	
	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ il servizio è stato progettato/realizzato in modo partecipato fin dalla definizione del bisogno/problema a cui risponde?</li> </ul>	<i>Il Café Alzheimer ha contatti collaborativi con i servizi sociali territoriali, gli ospedali, il Comune, i Centri per la famiglia, organizzazioni di volontariato, associazioni prosociali, altre fondazioni (bancarie) e associazioni familiari, parrocchie e reti informali. Nella fase di progettazione iniziale sono state visitate e interpellate diverse realtà che operano in ambito simile, in modo da trarre spunti utili e elaborare una propria strategia di intervento.</i>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ coinvolge i beneficiari nell'attuazione?</li> </ul>	<i>La metodologia dei gruppi ABC è altamente partecipativa per i familiari coinvolti, così come la terapia occupazionale per i malati. In generale tutte le attività del Café Alzheimer prevedono e promuovono la partecipazione attiva delle persone, nell'ottica dell'empowerment e del raggiungimento del benessere</i>

		<i>attraverso il "fare insieme".</i>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>realizza la valutazione degli interventi ed è in grado di utilizzare riflessivamente i risultati?</li> </ul>	<i>Sono previste valutazioni in itinere ed ex post sia per i malati sia per i familiari che partecipano ai gruppi ABC.</i>
<b>L</b>	qualità etica dei fini	
	<ul style="list-style-type: none"> <li>il servizio è adeguato all'implementazione del welfare sussidiario plurale?</li> </ul>	<i>Il Café Alzheimer della Fondazione Manuli nasce in risposta a una mancanza di adeguati servizi da parte del pubblico per quanto riguarda il sostegno ai familiari di malati di Alzheimer. Al momento attuale, pur essendo l'offerta di servizi per i malati piuttosto ricca, il Café continua a riempire il vuoto informativo e assistenziale in cui versano i parenti di questi malati.</i>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>è finalizzato al raggiungimento di un benessere di tipo relazionale?</li> </ul>	<i>Tutti gli interventi sono di matrice profondamente relazionale e puntano a un miglioramento delle capacità delle persone a stare con i malati e con altri familiari.</i>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>introduce un valore aggiunto (pluralizza) nell'offerta dei servizi?</li> </ul>	<i>Il servizio risponde a un bisogno difficilmente intercettato da altre realtà e risponde in maniera adeguata, con la messa in campo di risorse appropriate.</i>

Il Café Alzheimer della Fondazione Manuli nasce per prevenire il *burn out* e spezzare l'isolamento dei familiari impegnati nell'assistenza di un malato di Alzheimer, dare loro orientamento e supporto e offrire un ambito di "normalità" in cui malato e *caregiver* possono ancora sperimentare la gioia dell'incontro e del "fare insieme", in un clima de-medicalizzato di convivialità e accoglienza.

Il Café Alzheimer della Fondazione Manuli nasce in risposta a una mancanza di adeguati servizi da parte del pubblico per quanto riguarda il sostegno ai familiari di malati di Alzheimer. Al momento attuale, pur essendo l'offerta di servizi per i malati piuttosto ricca, il Café continua a riempire il vuoto informativo e assistenziale in cui versano i parenti di questi malati.

I *caregiver* sono invitati a partecipare ai gruppi ABC, nei quali si sperimenta - sotto la conduzione di un esperto - un approccio conversazionale capacitante, volto a tenere vivo l'uso della parola e della comunicazione come strumento di una buona relazionalità con il malato di Alzheimer.

Parallelamente, in un altro spazio all'interno del Café, sono previste attività per il malato, volte al mantenimento delle sue capacità cognitive e procedurali (terapia occupazionale), ma anche esperienze ludiche e animative, in cui viene valorizzata la possibilità di scelta del soggetto, come indicatore di qualità della vita.

Una molteplicità di figure professionali di eccellenza sono implicate attivamente nelle attività: dalla psicologa, alla terapeuta occupazionale, dal medico/psicoterapeuta ad indirizzo conversazionale a esperti esterni convocati ad hoc. Completano il quadro numerosi volontari opportunamente formati e alcuni operatori specializzati che intervengono in caso di bisogno.

Le attività si svolgono all'interno di uno spazio con bar presso l'Istituto dei Ciechi a Milano (concesso dal Comune di Milano in partecipazione con l'Istituto stesso).

L'intervento mira al raggiungimento del ben-essere per malati di Alzheimer e *caregiver*, combattere il loro isolamento sociale, educandoli a una relazionalità "sana", migliorando la qualità dell'assistenza con la formazione e creando reti di solidarietà fra le famiglie dei malati di Alzheimer, con funzione di auto-mutuo-aiuto.

Al momento attuale, 60 malati con rispettivi *caregiver* frequentano il Café. Si incontrano una volta al mese, in turni di 20 persone.

L'intervento, nonostante l'apparente semplicità e il clima familiare, è caratterizzato da un'elevata strutturazione e professionalizzazione.

L'idea di base è che le famiglie vadano sostenute nel processo di cura del parente malato di Alzheimer e che il malato stesso debba godere di tutti i benefici e la dignità di un'assistenza

professionale e familiare adeguata alle sue necessità, facendo leva sui meccanismi di ascolto e relazionalità che consentono di uscire dall'isolamento e dallo stigma sociale.

Le risorse sono adeguate e congruenti rispetto ai fini, anche se le famiglie vorrebbero un'estensione delle ore di apertura del Café.

Il progetto si finanzia attraverso donazioni e contributi da parte di enti pubblici e privati.

Se il passato del Café Alzheimer è fortemente legato alle figure dei suoi ideatori, è pensabile che in futuro l'eredità possa essere raccolta da altri soggetti, garantendone così la possibilità di una continuità nel tempo indipendente dalla presenza di figure carismatiche.

Il servizio incrementa il CS delle famiglie mettendole in relazione tra loro e con esperti e ne aumenta la competenza, facendone agenti di cura qualificati. La modalità del gruppo di auto-mutuo-aiuto arricchisce le reti di relazione dei destinatari, aumenta la loro fiducia.

Il Café Alzheimer della Fondazione Manuli ha contatti collaborativi con i servizi sociali territoriali, gli ospedali, il Comune, i Centri per la famiglia, organizzazioni di volontariato, associazioni prosociali, altre fondazioni (bancarie) e associazioni familiari, parrocchie e reti informali. Nella fase di progettazione iniziale sono state visitate e interpellate diverse realtà che operano in ambito simile, in modo da trarre spunti utili e elaborare una propria strategia di intervento.

La metodologia dei gruppi ABC è altamente partecipativa per i famigliari coinvolti, così come la terapia occupazionale per i malati. In generale tutte le attività del Café Alzheimer prevedono e promuovono la partecipazione attiva delle persone, nell'ottica dell'*empowerment* e del raggiungimento del benessere attraverso il "fare insieme".

Sono previste valutazioni in itinere ed ex post sia per i malati sia per i familiari che partecipano ai gruppi ABC.

Tutti gli interventi sono di matrice profondamente relazionale e puntano a un miglioramento delle capacità delle persone a stare con i malati e con altri familiari.

Il servizio risponde a un bisogno difficilmente intercettato da altre realtà e risponde in maniera adeguata, con la messa in campo di risorse appropriate.

#### **9.4. LA "BUONA PRATICA" DALLA PARTE DI CHI LA VIVE: ANALISI CARTA E PENNA**

##### **9.4.1 LA VOCE DEGLI OPERATORI**

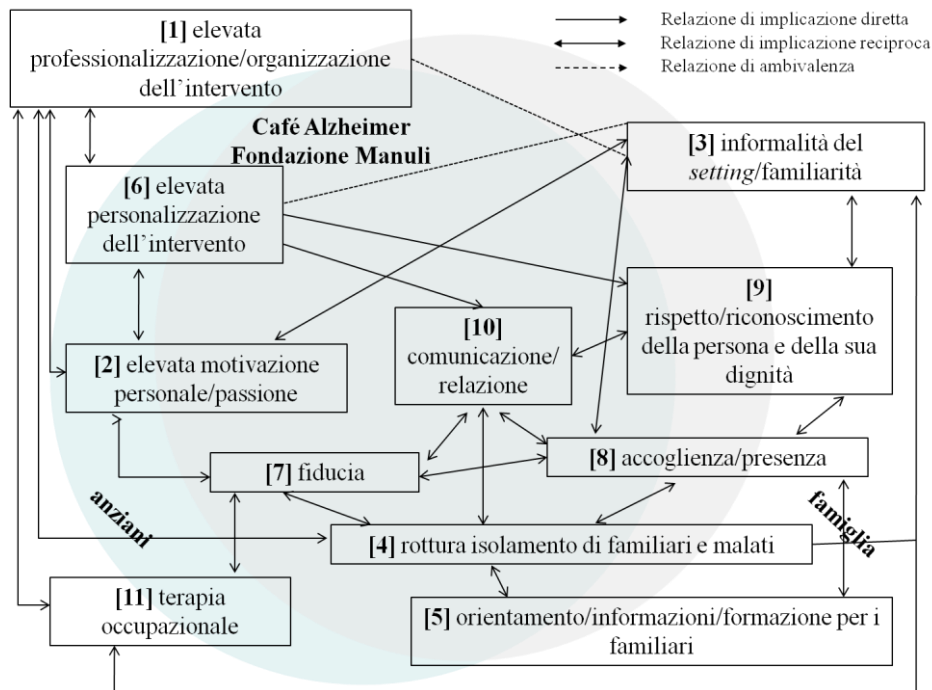
Le interviste realizzate con gli operatori a vario titolo implicati nel servizio (coordinatrice, psicologa, terapeuta occupazionale) restituiscono un quadro composito e tuttavia armonico, in cui competenze e professionalità si integrano pur mantenendo caratteristiche specifiche.

Le aree tematiche che trasversalmente alle tre interviste emergono dall'analisi sono:

- [1]** elevata professionalizzazione/organizzazione dell'intervento
- [2]** elevata motivazione personale/passione
- [3]** informalità del setting/familiarità
- [4]** rottura isolamento di familiari e malati
- [5]** orientamento/informazioni/formazione per i familiari
- [6]** elevata personalizzazione dell'intervento
- [7]** fiducia
- [8]** accoglienza/presenza
- [9]** rispetto/riconoscimento della persona e della sua dignità
- [10]** comunicazione/relazione
- [11]** terapia occupazionale con anziani affetti da Alzheimer

La Figura 9-1 illustra graficamente i temi emersi e il loro relazionamento, enfatizzando i rapporti di implicazione diretta, reciproca o di ambivalenza che contraddistinguono la modalità di relazione che ciascun parlante istituisce con il proprio discorso relativo al Café Alzheimer.

Figura 9-1 – Aree tematiche e loro relazionamenti emerse dall'analisi del contenuto delle interviste agli operatori del Café Alzheimer della Fondazione Manuli di Milano



L'aspetto sicuramente più affascinante che contraddistingue le tre narrative consiste nell'elevato grado di professionalizzazione e di organizzazione dell'intervento che pure si accorda con la forte carica motivazionale e la vera e propria passione che contraddistingue gli intervistati [1][2]. Gli *account* analizzati mettono in luce come l'obiettivo primario dell'Alzheimer Café della Fondazione Manuli sia la rottura di quel clima di isolamento cui le famiglie e i malati paiono condannati [4] da una società che tende a rimuovere la dimensione della malattia dall'orizzonte di senso dell'esperienza quotidiana e dal vuoto di risposte e interventi adeguati – in particolar modo per i famigliari *caregiver* – da parte di un servizio pubblico che arranca dietro all'intensificarsi e al complessificarsi dei bisogni dei cittadini.

*Abbiamo deciso di organizzarlo in modo tale che i familiari potessero avere sia un sostegno reciproco, una condivisione come quella dell'auto-mutuo aiuto, ma che avessero anche la possibilità di ricevere informazioni sulla malattia, informazioni precise, non solo sulla malattia ma anche ad esempio sui servizi presenti sul territorio, sulle possibilità di aiuto, di appoggio, sulle terapie possibili e quindi abbiamo organizzato questo momento come un momento in cui invitavamo dei docenti, dei relatori, degli esperti oppure dei momenti invece in cui riflettevamo noi... (Man.Psi)*

Così, attraverso il Café Alzheimer, la fondazione Manuli e i suoi operatori esperti propongono uno spazio di "normalità", un vero e proprio luogo ordinario della vita, non medicalizzato né intriso di connotazioni che rimandano alla dimensione patologica dell'Alzheimer [3]: un bar, luogo di incontro e di scambi – anche comunicativi e socializzativi – per eccellenza, in cui familiari



e malati possono trovarsi tra di loro, per “fare qualcosa insieme” al di là della malattia, con altri familiari e malati che sperimentano condizioni di vita analoghe, ed esperti [3][4][1][10][5][11].

*Rispetto invece alla coppia familiare-paziente direi che... io dico sempre questa cosa, secondo me l'Alzheimer Café dà loro la possibilità di fare ancora qualche cosa insieme. [...] [Il malato] è in comunione con il familiare. [...] il malato ha la possibilità diciamo un po' di uscire... A volte [...] la famiglia, non sapendo dove portare il proprio congiunto, tende un po' a chiudersi in casa e questo è un po' un posto dove ognuno ricomincia, magari anche soltanto una volta al mese, però ha il piacere di venire, di uscire, di portare il proprio caro. Tante volte c'è l'imbarazzo anche di portarlo in luoghi normali perché il malato non ha più quel comportamento proprio impeccabile come una volta. Per quanto riguarda i familiari... allora sicuramente il piacere di far fare qualcosa al proprio caro. Purtroppo tante volte il vissuto del familiare di fronte a questa malattia è un vissuto di impotenza (Man.Psi)*

Eppure, l'apparente informalità del contesto non deve trarre in inganno: l'analisi accurata delle interviste mostra come dietro la semplicità del *setting* ci siano in realtà uno sforzo progettuale, una strategia complessa di intervento e un preciso orientamento culturale e valoriale [1][2][3]. Gli operatori della Manuli infatti mostrano piena consapevolezza circa la complessità dei bisogni dei malati e dei loro *caregiver*. Mettono in campo interventi “su misura”, pensati sulle esigenze specifiche del singolo e della sua famiglia [6], di cui hanno approfondita conoscenza e con cui mantengono contatti costanti.

*Sono incontri in cui nulla è lasciato al caso [...] i bisogni sono tantissimi e quindi noi siamo riusciti a personalizzare l'intervento... (Man.Ref)*

Il lavoro di cura si esplicita su due fronti: con il malato di Alzheimer e con i familiari *caregiver*. Con questi ultimi, in particolare, gli operatori del Café costruiscono un rapporto di accompagnamento, un vero e proprio percorso per non lasciare soli i familiari affamati di risposte e necessità. I familiari dei malati sono infatti riconosciuti come la categoria più vulnerabile della catena di implicazioni originata dall'Alzheimer, proprio perché - oberata dai carichi assistenziali e sovente trascurata dai servizi - tende al ritiro dalla socialità e non sa come gestire la comunicazione e la relazione con i propri congiunti malati. Al Café si cerca pertanto, per quanto possibile, di venire incontro alle loro esigenze, cercando di non abbandonarli, di non chiudere porte in faccia. La fiducia è fondamentale in questo delicato intreccio tra l'organizzazione e i suoi operatori e le famiglie [1][7][9][10][4]. Queste ultime devono poter sperimentare sentimenti di fiducia, per operare per il proprio benessere e quello del familiare malato. Le famiglie infatti tendono ad agire due pattern comportamentali opposti di fronte alla malattia, il rifiuto e l'impotenza, che rendono erto il percorso di accompagnamento del congiunto.

*Sì, c'è proprio questa fiducia e questo affidarsi. E poi l'apertura... non so come spiegarle... a volte, non che uno si difende, però per pudore a volte si trattiene delle cose. Quando la relazione diventa più intima, diciamo così, perché ci si conosce, ci si vede, vedi proprio l'apertura del parente nei confronti della terapeuta e si affidano proprio perché sanno che comunque non c'è giudizio. C'è soltanto una condivisione e rispetto. E io ho notato proprio... adesso, dopo tanto tempo, quando tu li vedi arrivare, qualcuno addirittura porta la merenda da condividere con tutti, con gli operatori, con i pazienti, con i malati. Qualcuno addirittura dice: "Posso aiutarvi a mettere a posto i tavoli?". Cioè si sente a casa, accolto. [...] (Man.TO)*

Accoglienza [8] è un'altra parola chiave che contraddistingue l'approccio dei professionisti del Café [1][7][8][9][10][4], accoglienza verso i familiari, senza ostracismi, stigma, imbarazzi che spesso vengono sperimentati nella società. Eppure il tipo di intervento proposto con questi

familiari non è semplicemente impostato sulla condivisione *tout court* delle esperienze o su un'accoglienza generosa, ma *naïf*: accanto alla proposta di un lavoro di auto-mutuo-aiuto, vengono infatti offerti ai familiari orientamento e informazioni relative a tutti gli aspetti della malattia e dell'assistenza e l'inserimento in un percorso di tipo terapeutico-formativo di gruppo sotto la guida esperta di un medico psicoterapeuta [1][3][5][10]: i cosiddetti gruppi ABC. All'interno di questi piccoli gruppi, della durata di un'ora e mezzo circa, che si svolgono in un locale distaccato parallelamente alle attività per i malati dell'Alzheimer Café e sono condotti da un esperto, i familiari possono condividere le difficoltà che derivano dalla malattia, imparare tecniche utili per tener viva la conversazione con la persona malata nonostante la malattia e uscire dal tunnel dell'impotenza, diventando un curante esperto nell'uso della parola [10]. Sul fronte dei malati, le interviste agli operatori fanno emergere una grande attenzione alla persona, alla sua soggettività, alla sua dignità, ai suoi diritti (di persona prima ancora che di malato) [9].

*La cosa che mi è piaciuta, sa cos'è? Che nonostante la semplicità dell'attività nessuno critica il lavoro, l'impegno che il malato ci mette. Perché a volte magari io cerco di semplificare, ma non di bambineggiare. Perché a volte uno pensa, semplifico semplifico ed è troppo infantile. Per cui c'è sempre la dignità della persona da salvaguardare e vedo che questa cosa è passata perché a volte, magari a me può sembrare di... e poi magari non è così. Perché l'ospite, il paziente lo vive bene quello che viene fatto e questa cosa mi gratifica. (Man.TO)*

Le testimonianze raccolte parlano di interventi che mirano non solo al mantenimento delle capacità cognitive, mnestiche e manuali residue, ma a un vero e proprio "non lasciare" la persona a sé stessa, affinché essa non si trinceri entro mura di non comunicazione e non relazione con il prossimo e il mondo circostante [7][9][10][11], nonostante la progressiva compromissione della relazionalità causata dall'Alzheimer. Attraverso le attività della terapia occupazionale, per esempio, viene valorizzata la capacità dei soggetti di scegliere e decidere, possibilità di cui spesso i malati sono spogliati. Viene costantemente cercato il contatto con la persona, con quel nucleo duro che sopravvive al corpo degradato dalla demenza, e attraverso questo se ne cerca il benessere, consapevoli dell'impossibilità di parlare di *restituito ad integrum* di fronte a cotanta compromissione. E quando il ben-essere del soggetto viene raggiunto, di riflesso, relazionalmente, anche familiari e amici percepiscono sensazioni di benessere.

*[...] e lì succedono veramente dei miracoli. È il fatto di poterli contattare. Una volta che tu riesci a contattarli ottieni molto. Certe situazioni non si guarisce però gli dai benessere. È quello che succede all'Alzheimer Café. Noi non siamo lì per guarirli, siamo lì per dargli benessere e in quella situazione il benessere ce l'ha il malato e quando arriva, di rimando, ce l'ha anche il parente perché comunque vedere, quando rientra il parente, che stanno bene, sono tranquilli... il parente ha avuto il suo momento [...] di relax e il malato di Alzheimer quelle due ore è stato in compagnia e questo secondo me è molto importante, il fatto di stare insieme agli altri, di potersi confrontare insieme agli altri. Perché tra di loro... il malato di Alzheimer, ha una cosa bellissima: si aiutano... senza aspettative. (Man.TO)*

In questo percorso, gli operatori mostrano una forza empatica che rafforza la professionalità dell'intervento e una carica umana – che vuol dire riconoscersi tutti umani nello stesso modo, nonostante le differenze e le avversità – che consente una risonanza emotiva e un contatto profondo con le persone coinvolte.

*E sinceramente, io, quando li ho davanti, per me non è un malato, è una persona come me, ci differenzia solo la malattia. Loro sono me. Sono persone in carne e ossa con un vissuto, con un passato... ogni tanto sbarellano... però capita anche a me di sbarellare! A chi non capita? Mi spiace che mi sono dilungata, ma li amo talmente tanto... veramente li adoro. (Man.TO)*

## 9.4.2 LA VOCE DEGLI UTENTI: I FAMILIARI DEI MALATI DI ALZHEIMER

L'analisi delle interviste ai familiari getta luce sulle complesse dinamiche relazionali e di cura che si instaurano tra i *caregiver* e i loro genitori anziani affetti dall'Alzheimer e come l'intervento del Café Alzheimer impatta sulla qualità di vita di queste persone.

Le principali aree tematiche che emergono sono elencate di seguito e la Figura 9-2 illustra graficamente come si relazionano tra di loro:

**[1]** rischio di *burn out* e di isolamento sociale

**[2]** necessità di tenere aperto il servizio più ore alla settimana

**[3]** miglioramento della qualità di vita dei malati

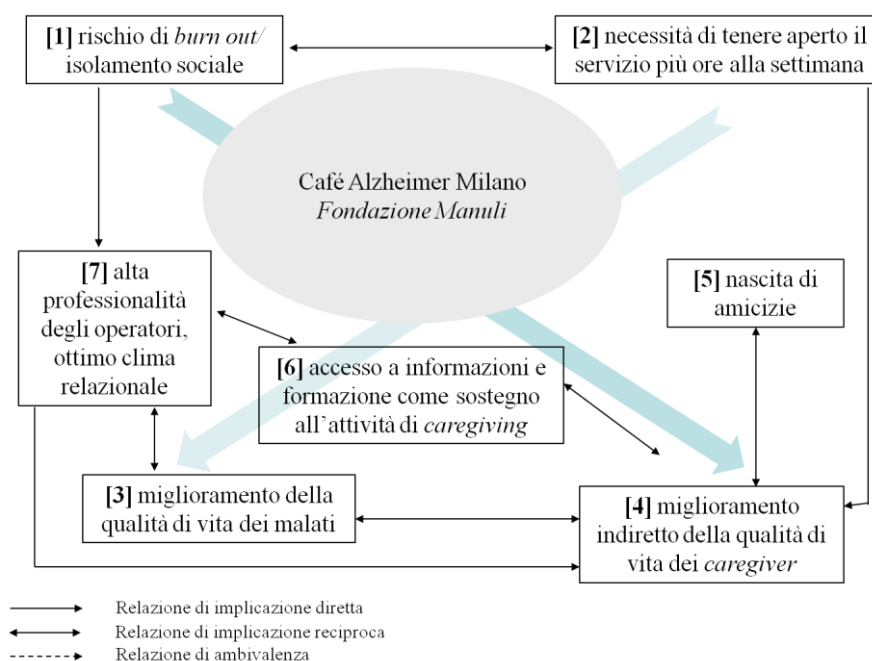
**[4]** miglioramento indiretto della qualità di vita dei *caregiver*

**[5]** nascita di amicizie

**[6]** accesso a informazioni e formazione come sostegno all'attività di *caregiving*

**[7]** alta professionalità degli operatori, ottimo clima relazionale

Figura 9-2 - Aree tematiche e loro relazionamenti emerse dall'analisi del contenuto delle interviste agli utenti *caregiver* del Café Alzheimer della Fondazione Manuli di Milano



Il rischio di isolamento sociale e di *burn out* a cui questi familiari sono esposti è elevatissimo **[1]**: molti lamentano l'inconciliabilità tra una vita relazionale sana e "normale" (gli amici), il lavoro e gli oneri di un'assistenza continuativa con risvolti imprevedibili, ma tendenzialmente degenerativi.

*Purtroppo il mio caso è che, essendo figlio unico, l'assisto 24 ore su 24 e non posso fare altro. Avendo poi anche un'attività lavorativa in proprio... [...] quindi per quello che mi riguarda ho perso purtroppo... diciamo le amicizie e le frequentazioni che avevo prima perché poi ognuno va per la sua strada. (Man.UF2)*

Nonostante la frequentazione del Café sia limitata a poche ore nell'arco del mese (aspetto su cui tutti insistono, chiedendo a gran voce la possibilità di accedere al Café per più ore la settimana **[2]**), i familiari intervistati confermano la bontà dell'iniziativa e la sua efficacia nel migliorare la condizione dei malati **[3]**.

*[...] qui ci sono dei volontari e delle volontarie che li fanno muovere, li fanno ballare e vedo che lei è serena e questo a me dà un sollievo. Non è tanto per queste due ore che sono nulla*

*nell'arco del periodo in cui tu la devi assistere 24 ore su 24, però vedo che a lei piace, dà serenità e io cerco appunto di tenerla il più tranquilla possibile perché ho visto che, se rimane tranquilla e serena, si comporta anche meglio ... è meno nervosa, è meno aggressiva e quindi si riesce a gestire meglio la malattia. [...] [Domanda dell'intervistatore: Quindi porta dei vantaggi anche a lei questo servizio?] Indirettamente sì, anche a me. Anche se per me lei è sempre l'obiettivo principale... il suo stato di salute, il suo stato di benessere... Io sono quello che poi l'accudisce, la cura, la segue... però, se lei sta bene, logicamente anch'io sono più tranquillo, più sereno. Se lei sta male, anch'io di riflesso posso avere più problemi. (Man.UF2)*

Li vedono più tranquilli, sereni, inseriti in un contesto ludico e di buona relazionalità con gli altri utenti e con operatori e volontari. Questi *caregiver* sostengono inoltre che il Café agisce positivamente, di riflesso, anche su di loro [1][3][4][5], mettendoli in contatto con altre persone che sono portatrici di un bisogno analogo. Non solo: anche l'accesso a informazioni e formazione adeguate e di elevato livello professionale viene percepito come una forma di sostegno al proprio compito di cura familiare [4][6][7]. Vedere poi che il proprio familiare sta bene è una forma di soddisfazione e fonte di benessere [3][4]. All'interno dei gruppi, i familiari si sentono sostenuti e compresi, godono dell'atmosfera conviviale e instaurano vere e proprie amicizie con altri familiari [4][5].

*E poi la compagnia. Siamo diventate anche noi donne, perché in generale qui sono uomini, noi signore siamo diventate amiche, chi si frequenta anche a casa o meno e ci si comunica un po' i problemi e ci si aiuta anche[...], perché devi reagire. (Man.UF1)*

In questo senso si può affermare che il Café Alzheimer non solo rigenera il capitale sociale primario di queste famiglie, ma ha come effetto emergente la creazione di nuovi legami solidaristici tra famiglie [5]. Un aspetto su cui un soggetto invita a riflettere è l'opportunità di utilizzare la parola Alzheimer nella denominazione del servizio: questo mette i malati e i loro familiari davanti all'ineluttabilità della malattia, aspetto che alcuni preferirebbero edulcorare per evitare effetti traumatici sul malato, in particolare quello nelle prime fasi della malattia.

### **9.4.3 IN SINTESI**

In conclusione, l'esperienza del Café Alzheimer di Milano gestito dalla Fondazione Manuli rappresenta un caso emblematico di buona pratica in quanto risponde a un bisogno familiare di assistenza, formazione e accompagnamento nel delicato processo di cura di un familiare affetto da morbo di Alzheimer. È un'esperienza caratterizzata dall'apparente inconciliabilità della grande professionalità dei suoi operatori, dell'enorme sforzo organizzativo e progettuale della fondazione e della familiarità del *setting* di intervento, che danno origine a un paradosso vivace ma ben integrato, assolutamente piacevole per utenti e operatori e massimamente efficace nell'intercettare i bisogni complessi dei malati e dei loro familiari, dando risposte relazionali in un'ottica di complessità. Il tutto è sostenuto dalla grande passione e dedizione di operatori e volontari, che contribuiscono con i loro sforzi e la loro preparazione all'eccellenza dell'intervento. Non solo: l'intervento è inserito in una progettualità più ampia, programmata con rigore dalla fondazione Manuli, che offre un ampio spettro di supporti alle famiglie e ai malati, inclusi l'assistenza domiciliare, l'arte terapia, la *pet therapy* e via dicendo.

Il merito dell'intervento è quello di rafforzare il capitale sociale primario delle famiglie fortemente esposte al rischio di *burn out* e di isolamento relazionale. Esso inoltre getta ponti tra famiglie, le mette in comunicazione e ottiene come effetto emergente imprevedibile a priori la nascita di vere e proprie amicizie tra *caregiver*, ma anche tra utenti.

È un progetto altamente relazionale, che - attraverso legami fiduciari e collaborativi, il riconoscimento della dignità della persona, l'attitudine a un ascolto ragionato e la formazione a una buona comunicazione - lavora sul benessere del malato e della famiglia, con mezzi e risorse adeguate, anche se da molti è auspicato un ampliamento delle ore di apertura del servizio.

## 10. "ALZHEIMER CAFÈ... PER NON ESSERE PIÙ SOLI" DI MARIANO DALMINE

di Sergio Fabbri

Nata nel 2006 a Dalmine, l'organizzazione di volontariato "Primo Ascolto Alzheimer" è un'organizzazione di volontariato<sup>150</sup> che si pone l'obiettivo principale di aiutare le famiglie e i malati di Alzheimer attraverso attività di sensibilizzazione del territorio e delle istituzioni. Lo scopo è quello di collaborare e lavorare tutti insieme per affrontare al meglio una malattia che richiede aiuti sanitari, socio-assistenziali, giuridici e interventi sia sul malato che sulla sua famiglia. Attraverso la disponibilità dei volontari e delle figure professionali, in collaborazione con la rete dei servizi del territorio, l'organizzazione accompagna la famiglia nei vari processi decisionali, aiutandola ad individuare i bisogni e le possibili risposte che la malattia comporta. L'organizzazione offre gratuitamente alle famiglie la possibilità di condividere i problemi e i vissuti quotidiani per superare l'isolamento che la malattia causa, proponendo uno spazio d'ascolto e tre Alzheimer Cafè dislocati sul territorio. Con il progetto "Alzheimer Cafè... per non essere più soli" l'organizzazione "Primo Ascolto Alzheimer" intende promuovere l'attivazione di nuove reti sociali e l'implementazione di quelle già esistenti, allo scopo di creare spazi e occasioni di condivisione del disagio e della sofferenza, nonché di valorizzazione delle risorse individuali, in un'ottica di promozione del benessere e di miglioramento della qualità della vita di tutti i soggetti interessati. Lo scopo di questo progetto è quello di avvicinarsi ai problemi e di soddisfare alcuni bisogni dei malati e delle loro famiglie: grazie all'Alzheimer Cafè i familiari, i malati e i volontari possono incontrarsi, "bere un caffè insieme" e sotto la guida di un esperto ricevere informazioni e scambiare esperienze. I familiari e gli stessi malati sono alla ricerca di un'atmosfera rilassata in cui incontrare altre persone, che stanno vivendo lo stesso dramma, per scambiarsi informazioni e soprattutto per uscire dall'isolamento sociale che la malattia genera: per la persona affetta dalla malattia è importante entrare in contatto con altri in grado di capire il problema e di cui ci si può fidare, mentre per il familiare è importante sia parlare con persone competenti, da cui ricevere indicazioni, sia poter condividere gli aspetti emotivi legati alla malattia all'interno di un gruppo omogeneo. L'Alzheimer Cafè è uno "strumento" che riesce ad avvicinarsi ai problemi e a soddisfare alcuni bisogni delle famiglie e dei propri cari che si trovano coinvolti nella malattia. Il progetto "Alzheimer Cafè... per non essere più soli" viene realizzato in più sedi sul territorio bergamasco. In particolare sono operativi i seguenti Alzheimer Cafè: [Alzheimer Cafè Brembate](#), [Alzheimer Cafè Dalmine](#), [Alzheimer Cafè Polaresco](#), [Alzheimer Cafè Gavazzeni](#) a Bergamo e [Alzheimer Cafè Trescore Balneario](#). Inoltre è in prevista una nuova apertura a [Terno d'Isola](#). Le iniziative avviate dall'associazione "Primo Ascolto Alzheimer" per attuare concretamente questo obiettivo sono: attività di Segretariato sociale, gestione del *Punto di ascolto* a Dalmine, promozione della Giornata Mondiale dell'Alzheimer con il convegno provinciale Alzheimer, corsi di Formazione/Informazione a favore di famiglie, operatori e volontari.

### 10.1. DESCRIZIONE DEL PROGETTO

Il progetto ha una durata di 12 mesi e si pone l'obiettivo di rispondere all'emergente richieste d'aiuto delle famiglie degli ammalati di Alzheimer che quotidianamente vengono rilevate al Punto di Primo Ascolto di Dalmine, dall'Unità di Valutazione Alzheimer presso la Clinica Gavazzeni e dal

---

<sup>150</sup> Si tratta di una Onlus iscritta nella sezione provinciale del Registro Regionale delle Organizzazioni di Volontariato n. 128 Sez. A Sociale.

segretariato sociale dell'Ambito Val Cavallina. Gli attori e i promotori coinvolti nel progetto sono i soggetti titolari dell'associazione "Primo Ascolto Alzheimer" che hanno la responsabilità istituzionale e il compito di impostare le strategie e la gestione del progetto. Inoltre sono coinvolti anche altri soggetti definiti "sostenitori" che sono l'Ambito Val Cavallina, Fondazione Humanitas Gavazzeni di Bergamo e l'Associazione Alzheimer Bergamo che hanno lo scopo di supportare economicamente, di fornire risorse strumentali e di generare sostegno attraverso la costruzione di una rete sociale. Le risorse umane coinvolte nel progetto sono composte da: volontari, operatori, animatori, infermieri (la figura è prevista nel progetto), psicologi, medici (la figura è prevista nel progetto).

### **10.1.1 LE PRINCIPALI RISORSE STRUMENTALI UTILIZZATE E RICHIESTE PER ATTIVARE IL PROGETTO SONO:**

- Un mezzo di trasporto per accompagnare gli ammalati all'Alzheimer Cafè.
- Uno spazio *Alzheimer Cafè*: sala riscaldata e relative aree per strutturare i gruppi di lavoro in assenza di barriere architettoniche.
- Materiale informativo, didattico e ludico.
- Specifiche strumentazioni per le varie attività programmate.
- Generi di conforto.

Il progetto si propone di raggiungere i seguenti obiettivi:

- Offrire ai malati di Alzheimer e ai loro familiari un ambiente accogliente e rilassato che consenta alle persone coinvolte di uscire dalla "vergogna" che la malattia crea nei malati e nei familiari stessi.
- Aiutare la persona malata ad entrare in contatto con altri in modo da ritrovare la fiducia persa e per instaurare momenti di relazione sociale e ludica.
- Aiutare la famiglia ad affrontare con competenza il carico dell'assistenza e offrire uno spazio di sollievo.
- Costruire una realtà da cui possano partire nuovi progetti e interventi per gli anziani affetti dalla patologia e per le loro famiglie: creare una rete che impieghi e metta in relazione le risorse disponibili del territorio.
- Agire sulle capacità motorie, relazionali e cognitive residue del malato.

Tra gli obiettivi a "lungo termine" presenti nel progetto c'è, inoltre, l'intenzione di voler aprire due nuovi Alzheimer Cafè in modo da coprire e fornire il servizio su tutto il territorio.

Il progetto è rivolto a due tipologie di destinatari:

- *Primari*, ovvero, gli ammalati di Alzheimer e i familiari degli ammalati stessi: il progetto oltre a dare supporto al malato, ha l'obiettivo di aiutare in modo concreto la famiglia di quest'ultimo.
- *Secondari*, ovvero, i volontari coinvolti nel progetto e quindi la comunità territoriale: il progetto ha, infatti, l'obiettivo di sensibilizzare la comunità e quindi il territorio sul tema di della malattia dell'Alzheimer.

In particolare per quanto riguarda i malati il progetto prevede le seguenti *attività/azioni*:

- La preparazione di un ambiente fisico che possa contenere gli incontri pomeridiani: è necessario uno spazio accogliente e rispettoso dei bisogni dei malati in cui ci sia la tranquillità, una luce adeguata, l'assenza di rumore, la presenza di oggetti che richiamano un ambiente familiare (tavoli apparecchiati con tovaglie colorate, tovagliette, centri tavola, scatole contenenti oggetti che richiamano momenti vissuti tipo cartoline, fotografie, ecc...), musica scelta da loro stessi e giardino esterno.

- L'organizzazione e la gestione dei momenti di supporto psicologico, di attività creative e ricreative: le attività sono create tramite un *"tipo di dialogo"* che rispetti innanzitutto i tempi e i contenuti portati dai malati stessi; lo scopo è quello di proporre attività che possano attirare la capacità di attenzione e di concentrazione dei malati; (gioco delle carte, giochi in scatola, condivisione della merenda, canto, ballo, ecc.).
- La promozione e la creazione di relazioni significative tra i volontari, i malati e tra le famiglie di quest'ultimi attraverso il racconto dei vissuti, la condivisione dei ricordi e la condivisione del quotidiano, grazie anche alla presenza dei parenti che facilitano (non sovrapponendosi) il racconto e la presentazione del proprio caro.

In particolare per quanto riguarda i familiari, che hanno il compito di coprire il ruolo di *caregiver*, il progetto prevede le seguenti *attività/azioni*:

- Presa in carico del parente malato di Alzheimer per il tempo di apertura dello spazio. Il gruppo di lavoro accoglie il malato: il *caregiver* può scegliere se fermarsi insieme al parente per creare un gruppo di auto mutuo aiuto sotto la direzione di un esperto o decidere di prendersi un momento per sé stesso. In una fase di avvio delle attività è consigliabile che il *caregiver* (oppure la figura dell'assistente) si fermi insieme al proprio parente per facilitare la conoscenza tra i malati e lo spazio.
- Organizzazione e gestione dei momenti di informazione e di formazione: vengono creati dei momenti ad hoc con i *caregiver* sia a livello individuale sia a livello di gruppo per condividere informazioni e nuovi approcci/schemi comportamentali con il proprio parente. Vengono creati dei colloqui di supporto psicologico, di ascolto e di condivisione delle difficoltà che emergono dall'assistere i propri cari.
- Organizzazione e gestione di un gruppo di Auto Mutuo Aiuto: viene avviato, con la supervisione di un esperto, un gruppo di auto mutuo aiuto che permetta la condivisione di vissuti simili con lo scopo di assicurare il sostegno emotivo, di accrescere la "competenza" personale nell'affrontare il problema, di sperimentare la possibilità di aiutare e di essere aiutati, di aumentare la capacità di "auto-tutela" nel far fronte ad un problema vissuto come stressante, di aiutare a progettare cambiamenti funzionali per un benessere proprio e dei membri del proprio gruppo familiare.

L'Area di intervento del progetto è l'Ambito Territoriale di Bergamo in particolare il servizio è rivolto ai Comuni di Bergamo, di Orio al Serio, di Gorle, di Ponteranica, di Sorisole e di Torre Boldone. Inoltre il progetto copre anche l'Ambito Territoriale Val Cavallina in particolare i Comuni di Berzo S. Fermo, di Brianzo, di Borgo di Terzo, di Carobbio D.A., di Casazza, di Cenate Sopra, di Cenate Sotto, di Endine Gaiano, di Entratico, di Gaverina Terme, di Gorlago, di Grone, di Luzzana, di Monasterolo C., di Ranzanico, di S. Paolo d'Argon, di Spinone al Lago, di Trescore B., di Vigano S.M. e di Zandobbio. Dal punto di vista logistico il progetto viene svolto e quindi attivato nelle sale polivalenti presso spazi individuati tra i comuni dell'Ambito e strutture sanitarie negli Ambiti Territoriali della Val Cavallina e di Bergamo.

## 10.2. METODOLOGIA

Come precedentemente evidenziato il progetto *"Alzheimer Café... per non essere più soli"* viene attivato su più sedi nel territorio bergamasco: in particolare l'equipe di ricerca ha svolto lo studio di caso ponendo l'attenzione sull'[Alzheimer Café di Dalmine](#) e sull'[Alzheimer Café Gavazzeni](#) a Bergamo.

Dal punto di vista metodologico, per l'elaborazione dello studio di caso sono state realizzate delle interviste individuali e sono state somministrate ai seguenti attori:

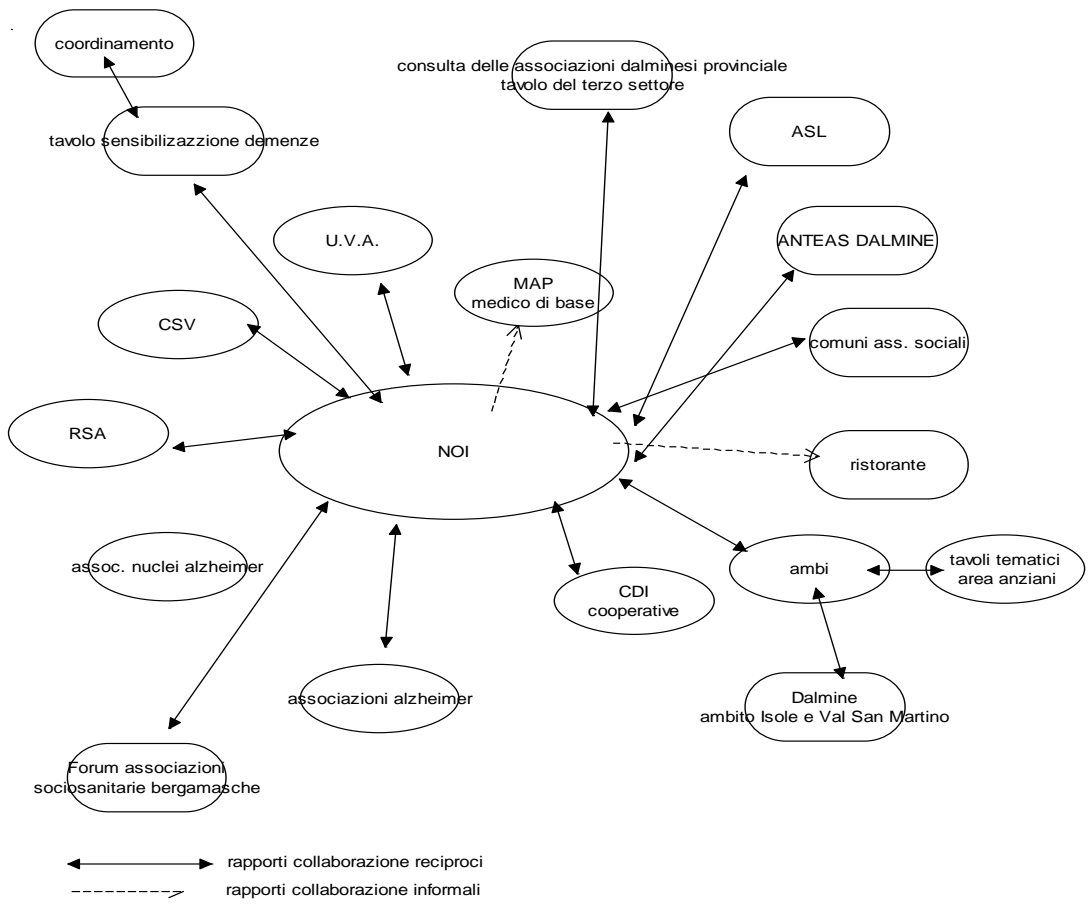


INTERVISTATO	STRUMENTO
N. 1 intervista al Responsabile e socio fondatore del servizio <b>(ACDB 9)</b>	Traccia per intervista al responsabile del servizio (A)
N. 1 intervista alla psicologa del servizio <b>(ACDB 8)</b>	Traccia per intervista al responsabile del servizio (D)
N. 1 intervista ai volontari (l'intervista è stata somministrata contemporaneamente a due volontari) <b>(ACDB 10)</b>	Traccia per intervista al responsabile del servizio (D)
N. 1 intervista all'operatore del servizio ASA del servizio <b>(ACDB 7)</b>	Traccia per intervista al responsabile del servizio (D)
N. 6 interviste ai familiari, fruitore Café Alzheimer ( <a href="#">Alzheimer Café di Dalmine</a> e <a href="#">Alzheimer Café Gavazzeni</a> a Bergamo) <b>(ACDB 1 - ACDB 2 - ACDB 3 - ACDB 4 - ACDB 5 - ACDB 6)</b>	Strumenti per utenti/familiari (E)

I contenuti delle interviste sono stati trascritti *verbatim* e sottoposti ad analisi inferenziale del contenuto. Inoltre, è stato raccolto materiale cartaceo e online sull'esperienza del Café Alzheimer:

- Progetto 2010 "Sviluppo di una rete provinciale a sostegno delle famiglie con ammalati affetti da Demenza", progetto "Alzheimer Café... per non essere più soli".
- Sito associazione <http://www.alzheimer-onlus.org/>
- Materiale cartaceo fornito dall'associazione.

Figura 10-1 – I soggetti coinvolti nella rete



Il progetto *"Alzheimer Café... per non essere più soli"* ha inoltre l'obiettivo di costruire e rilevare la rete sociale presente sul territorio che ruota attorno al Café Alzheimer.

La rete ha principalmente tre funzioni:

- Di informare sull'attività dell'*Alzheimer* café tutto il territorio e i possibili utenti in modo tale da generare e promuovere sul territorio una forte sensibilizzazione verso la tematica della malattia dell'Alzheimer.
- Di informare i possibili utenti che esiste questo servizio e che è disponibile a tutti utilizzando i mezzi di comunicazione della provincia di Bergamo, attraverso la distribuzione di volantini e locandine e tramite la realizzazione di serate a tema negli Ambiti coinvolti nel progetto.
- Di generare relazioni e partnership con altre associazioni no-profit e organizzazioni profit per sviluppare nuovi progetti.

Come evidenziato dallo schema (Figura 10-1), prodotto dal responsabile del servizio e del progetto, l'associazione ha diversi contatti formali di reciprocità con i Servizi Sociali, con i Medici di base, con i centri UVA, con i Nuclei Alzheimer, coi Centri Diurni Integrati, con le Residenze Sanitarie Assistite e con le Associazioni di Volontariato presenti sul territorio. Inoltre si intende coinvolgere i Comuni, la Provincia, i Servizi sociosanitari dell'ASL distrettuale, gli enti che erogano servizi al territorio (Assistenza Domiciliare Integrata, Residenze Sanitarie Assistite, Centri Diurni Integrati), le Associazioni e le Cooperative del privato sociale e le Organizzazioni religiose con l'obiettivo di favorire l'integrazione delle risorse e l'attivazione di sinergie del territorio.

### 10.3. ANALISI DELLA BUONA PRATICA

<b>ANALISI DI UN SERVIZIO RELAZIONALE</b>	
	<p><b>IL PROBLEMA/BISOGNO A CUI L'INTERVENTO RISPONDE</b></p> <p>Momenti di incontro e intrattenimento per familiari e malati. Attività per il mantenimento di concentrazione e manualità residue. Attività Informazione, orientamento e sensibilizzazione sulla malattia di Alzheimer e sulla rete dei servizi per il malato e i suoi familiari.</p>
<b>A</b>	<p><b>MEZZI UTILIZZATI</b></p> <p>N. 29 volontari. N. 1 operatori ASA. N. 2 Psicologi. N. 1 direttore amministrativo.</p>
<b>G</b>	<p><b>OBIETTIVO DELL'INTERVENTO</b></p> <p>Offrire ai malati di Alzheimer e ai loro familiari uno spazio di incontro, di condivisione e di intrattenimento. Mantenere le abilità residue dei malati e incrementare le competenze relazionali e di assistenza dei familiari. Informare e orientare i familiari dei malati sulla malattia stessa e sulla rete dei servizi.</p>
<b>I</b>	<p><b>REGOLE METODI</b></p> <p>Incontri settimanali di animazione. Incontri di intrattenimento. Incontri riabilitativi.</p>
<b>L</b>	<p><b>MODELLO DI VALORE</b></p> <p>L'Alzheimer è una patologia che rischia di influenzare negativamente e distruggere le relazioni familiari.</p>

		<p>Le relazioni familiari devono essere sostenute e accompagnate.</p> <p>Scambio di reciproco aiuto e sostegno tra le generazioni.</p> <p>Sensibilizzare Stato e comunità sulla necessaria assistenza ai familiari e ai malati stessi.</p> <p>Modificare la cultura della malattia e la cura: il malato di Alzheimer non è un soggetto da internare assolutamente.</p> <p>Non è un soggetto pericoloso per le persone. Le famiglie hanno bisogno di aiuto e supporto.</p>
	<b>VALUTAZIONE DELLA BONTÀ DELLA PRATICA</b>	
<b>A</b>	<b>EFFICIENZA</b>	
	<b>C'è una congruità tra mezzi e fini?</b>	<p>La presenza di volontari familiari garantisce un clima di accoglienza, ascolto, condivisione con gli altri familiari.</p> <p>Richiesta di fondi dallo Stato.</p> <p>Richiesta di visibilità del servizio.</p> <p>Gratuità del servizio.</p> <p>Richiesta di spazi ulteriori.</p> <p>Richiesta di tenere aperto il servizio più giorni la settimana.</p>
	<b>Il progetto è sostenibile nel tempo?</b>	<p>Donazioni individuali.</p> <p>Quote associative.</p> <p>Uso in comodato gratuito di una struttura.</p> <p>È una Onlus e gode dei privilegi previsti dalla legge.</p>
	<b>È in grado di capitalizzare l'esperienza acquisita o la disperde?</b>	<p>Il servizio funziona ed è utile. Il servizio avrà seguito solo se i volontari continueranno avere cura di questa attività e solo se lo Stato e la comunità interverrà con i fondi.</p>
<b>G</b>	<b>EFFICACIA</b>	
	<b>Promuove l'empowerment dei destinatari?</b>	<p>I familiari vengono resi più competenti rispetto all'assistenza del loro congiunto. La possibilità inoltre di essere informati costantemente sui servizi e sui diritti del malato di Alzheimer.</p> <p>Le attività per i malati sono pensate per mantenere il più a lungo possibile e abilità residue.</p>
	<b>Incrementa il capitale sociale primario, comunitario e generalizzato?</b>	<p>Le famiglie beneficiarie si sentono meno sole e notano dei benefici anche per i propri congiunti dati dalla socializzazione delle esperienze.</p> <p>Incremento del capitale sociale primario.</p> <p>Incremento del capitale comunitario.</p> <p>Incremento del capitale generalizzato.</p>
<b>I</b>	<b>RELAZIONALITÀ</b>	
	<b>Il servizio è stato progettato / realizzato in modo partecipato fin dalla definizione del bisogno / problema a cui risponde?</b>	<p>Il progetto non è realizzato in partnership, ma ha visto crescere nel tempo le collaborazioni con enti di terzo settore, associazioni familiari e reti informali, con le parrocchie e con le istituzioni (vedi rete).</p> <p>La progettazione delle attività è a carico dell'associazione.</p>
	<b>Coinvolge i beneficiari nell'attuazione?</b>	<p>I beneficiari sono invitati a partecipare alle attività in modo attivo per promuovere il benessere per la propria famiglia e per il proprio malato.</p>

	<b>Realizza la valutazione degli interventi ed è in grado di utilizzare riflessivamente i risultati?</b>	Diventando associazione hanno potuto accedere ai fondi.
<b>L</b>	<b>QUALITÀ ETICA DEI FINI</b>	
	<b>Il servizio è adeguato all'implementazione del welfare sussidiario plurale?</b>	L'intero servizio è progettato e gestito dal terzo settore, in connessione non strutturata con i servizi socio sanitari distrettuali.
	<b>È finalizzato al raggiungimento di un benessere di tipo relazionale?</b>	Il benessere del soggetto destinatario è pensato come strettamente correlato a quello delle sue relazioni familiari. Sostenere la famiglia del malato quotidianamente. Sostenere il malato quotidianamente.
	<b>Introduce un valore aggiunto (pluralizza) nell'offerta dei servizi?</b>	Il Café Alzheimer fa sì che il malato non venga istituzionalizzato: se la famiglia è supportata il malato può vivere a casa con i propri cari.

Tabella 10-1 – Utenti che hanno usufruito del servizio nell'anno 2008-2009

Tipologia di utenti	N°
Malati affetti da Alzheimer	70
Caregiver / familiari dei malati (spesso il caregiver non è sempre il medesimo familiare)	70 (nuclei familiari)
<b>* è stata fatta una possibile stima di quanti hanno usufruito del servizio</b>	

Il progetto "Alzheimer Café... Per Non Essere Più Soli" ha l'obiettivo di fornire un servizio di incontro e di intrattenimento per i familiari e i malati: grazie a questo progetto i familiari possono trovarsi insieme in un ambiente dove possono confrontarsi e sentirsi "uguali" alle altre famiglie. I malati all'interno dell'Alzheimer Café si sentono sicuri e protetti, in quanto all'interno di questo ambiente, i pregiudizi non esistono: si viene trattati come persone normali e soprattutto il malato ha la possibilità di esprimersi con gli altri sentendosi connessi e collegati ad una realtà che per lui è sempre più vaga e confusa.

*E si fermavano perché lì trovavano un ambiente, oltre ad essere un ambiente accogliente, un ambiente dove loro venivano capiti perché a differenza di quando incontravano per strada vicini piuttosto che altri piuttosto anche che con i familiari.. "eh va beh si però poverino".. a loro si dicevano "no vado io a casa" e si gestiscono, magari gli dicevano "no ma non è proprio così, guarda com'è lì bello, com'è lì" perché lei avrà visto anche i malati... (ACDB 9).*

*Su Dalmine si e anche su Bergamo..si è vero anche su Bergamo..è vero..È nata poi..poi questa tra familiari, quindi ha scoperto dei nuovi, cioè han fatto delle nuove conoscenze, amicizie, si è servito..è servito anche a questo.. si al di fuori del servizio è vero, si sentono e fanno..questo perché [ehm] a mio parere personale [ehm] siccome il luogo [ehm].. è molto ricreativo, quindi tra di loro parlano di tutto fuorché..perlomeno adesso, inizialmente erano molto titubanti, però riescono a parlare di tutto in quel momento lì, dimenticare la loro problematica... (ACDB 9).*

Attualmente, all'interno del servizio sono presenti 29 volontari, 2 psicologi, 1 operatore Asa e un direttore amministrativo che si occupa di risolvere i problemi amministrativi.

*E quindi va sulle famiglie e sul malato, ma va direttamente sulla famiglia. Quindi io ti dico tu vieni e quando sei lì io ho un contatto diretto e quindi non c'è [ehm] che ne so io un sacco di giri intermediari, poi lì c'è il malato da vedere, quindi anche lui vede [ehm] è molto diretto il contatto quindi vede: "ma oggi come mai è così ?" . Ecco che l'ASA piuttosto che la psicologa ci sa dare indicazioni e poi il..il familiare, anche il malato perché ha queste due ore di benessere..Quindi non è il solito persona*

*apatica eccetera, ma il..il familiare ha questo scambio con altri familiari e vive queste due ore di attività sociali e ricreative e quindi è immediato non so poi in..poi in termini più scientifici come posso dire... (ACDB 9).*

L'obiettivo del progetto è quello di offrire ai malati di Alzheimer e ai loro familiari uno spazio di incontro, di condivisione e di intrattenimento. Inoltre ha lo scopo di mantenere le abilità residue dei malati e di incrementare le competenze relazionali e di assistenza dei familiari. Infine uno degli obiettivi del progetto è quello di informare e orientare i familiari dei malati sulla malattia stessa e di cercare di costruire una rete tra i familiari e tra le varie organizzazioni profit e non – profit presenti sul territorio.

*Un altro obiettivo nostro sarebbe quello..proprio quello che a livello provinciale tutti possano usufruire di questo servizio, solo che a volte le distanze non sono possibili quindi riuscire a sensibilizzare, se non voi le..gli ambiti [ehm], i Comuni, a dare un servizio un po'..un po' diverso rispetto a quello del SAAD, magari a fare degli Alzheimer Cafè che abbiamo dimostrato che sono sostenibilissimi, perché è sufficiente che tu nel tuo paese faccia degli agganci con delle Associazioni che già fanno queste cose qua neh.. (ACDB 9).*

*Un obiettivo futuro è quello [ehm] non di accollarci più..ne stiamo ragionando a livello..a livello di [silenzio]..a livello di assemblea dei soci cioè noi non vorremmo proprio sostituirci alle..alle Istituzioni [ehm] ma [silenzio] dimostrare alle Istituzioni che si può fare qualcosa di leggero e sperimentare..ci piacerebbe eventualmente sperimentare qualcosa di nuovo e poi andare a dire "guardate che c'è quest'altra cosa nuova che può funzionare"..Quindi in un futuro, anche perché diventa faticoso ogni anno dover reperire fondi per poterli mantenere questi Alzheimer Cafè, quindi, sempre in collaborazione con il volontariato perché il volontariato è quello che qualifica il..il servizio, ecco e [ehm] riuscire magari di più a essere poi coinvolti sul..sul territorio, ma questo non è ancora..alcuni sono maturi e alcuni no quindi a..a riuscire anche noi a far parte [ehm] nella progettualità di alcune cose..cioè non so c'è la festa del paese ecco che..anche se ci hanno invitato per esempio le UNITALSI quando fanno la festa dell'ammalato eccetera, però a volte non vanno molto volentieri, andrebbero magari più volentieri [ride] cioè se c'è una festa dove c'è da andare a ballare anche loro, cioè esporsi così, sempre a quelle..a quelle feste lì, però magari riuscendo... (ACDB 9).*

Il progetto prevede un incontro a settimana della durata di due ore. Sono incontri di animazione, di intrattenimento all'interno dei quali il familiare ha la possibilità di incontrarsi con altre persone e uscire da quell'isolamento che la malattia del caro gli ha procurato. Il malato all'interno degli incontri ha la possibilità di effettuare attività ludiche che hanno lo scopo di riabilitare il malato e fargli mantenere il più a lungo possibile le capacità manuali e cognitive.

*Da lì è venuta fuori l'idea di poter creare qualcosa, un'iniziativa continua nel tempo, che poteva dare alle famiglie non solo il contatto telefonico o il colloquio con me, psicologa per un ipotetico supporto psicologico che in linea di massima dura da tre a quattro incontri non di più, invece qualcosa di più duraturo nel tempo".*

*"C'è anche il gioco nell'intrattenimento: gioco a parte, gioco alla dama, ma la cosa che a volte ti meraviglia è che alcuni sono malati anche loro ma sono di un forte, tra virgolette, a giocare a scopa che è una cosa ... c'è un signore di novantun anni che gioca a dama come se fosse un ... se seguiamo la loro indole praticamente li assecondiamo ... Con grande soddisfazione che loro aspirano a questi incontri, quel trovarsi...(ACDB 8).*

*Ognuno di noi faccia la sua..la sua parte perché riteniamo che sia molto importante non andare a sostituirci ma integrarci con gli altri; infatti le UVA, i medici degli UVA han detto "noi facciamo [ehm] la nostra visita che si riduce a un quarto d'ora, venti minuti, mezz'ora al massimo, li vediamo una volta ogni sei mesi". Il familiare avrebbe voglia di chiedere, di fare o che, però, vuoi per i tempi, vuoi anche [ehm] a parer mio perché loro hanno una conoscenza molto ambulatoriale del [ehm] della patologia che e..e di quello che invece sta..accade, succede a casa l'hanno ma perché gliel'hanno riportata perché in ambulatorio spesso vedevo anch'io con mio papà che andava magari tutto liscio, non [ehm] non c'erano problemi, al massimo esatto o..o le domande che aveva risposto al..al..all'incontro*

*precedente magari l'incontro dopo..Perché come fanno a controllare queste UVA se il paziente ha [ehm] peggiorato o a migliorato? (ACDB 9).*

Il progetto "Alzheimer Café... Per Non Essere Più Soli" proposto dall'associazione "Primo ascolto Alzheimer" viene considerato una buona pratica in quanto si evidenzia una congruità tra mezzi e fini: la presenza di volontari familiari garantisce un clima di accoglienza, di ascolto, di condivisione con gli altri familiari. Inoltre la gratuità del servizio garantisce l'accesso a tutti ed è un risparmio da parte dello Stato in quanto il servizio fa in modo che il proprio caro affetto dalla malattia possa rimanere a casa con i propri cari il più a lungo possibile.

Il servizio è considerato una buona pratica: *E quindi va sulle famiglie e sul malato, ma va direttamente sulla famiglia. Quindi io ti dico tu vieni e quando sei lì io ho un contatto diretto e quindi non c'è [ehm] che ne so io un sacco di giri intermediari, poi lì c'è il malato da vedere quindi anche lui vede [ehm] è molto diretto il contatto quindi vede: "ma oggi come mai è così ?" . Ecco che l'ASA piuttosto che la psicologa ci sa dare indicazioni e poi il familiare, anche il malato perché ha queste due ore di benessere..Quindi non è il solito persona apatica eccetera, ma il familiare ha questo scambio con altri familiari e vive queste due ore di attività sociali e ricreative e quindi è immediato non so poi in..poi in termini più scientifici come posso dire..".*

*"Per una serie di motivi di tipo pratico perché le famiglie hanno un punto di riferimento ben concreto e visibile sul territorio. Siamo in collegamento comunque con i servizi territoriali sia sociali che sanitari quindi non è un'isola a sé ma va tenuta in considerazione a livello di rete territoriale. E poi molto sul dettaglio andiamo a lavorare con i bisogni di ogni famiglia quindi si fa un progetto a volte non tanto dichiarato quanto condiviso a parole e si lavora su quegli obiettivi , il benessere del malato e la formazione ed informazione del parente, della famiglia rispetto alla malattia... (ACDB 9).*

*Bah, fuori dubbio perché... almeno, a mio parere... ehm... riempie un po' quelli che sono i vuoti delle istituzioni cioè nel senso che le istituzioni che assicurano la cura, quello che le istituzioni non... con le istituzioni parlo di asl parlo di ospedale parlo di riferimento medico eccetera eccetera... quello che non riescono al di là probabilmente alcune volte delle buone intenzioni, ad assicurare un sostegno innanzitutto al familiare. Perché è così importante secondo me che la famiglia sia sostenuta, cioè il cosiddetto caregiver sia sostenuto... perché la demenza, e in Alzheimer si parla di demenza è una malattia da cui uno non guarisce più...innanzitutto... seconda cosa, la famiglia non è mai all'inizio in grado di distinguere che cosa gli sta succedendo. Può anche avere tante informazioni, ma cosa la aspetta fino in fondo non lo sa... (ACDB 7).*

Il progetto promuove l'empowerment dei destinatari attraverso l'incontro e la condivisione di esperienze con volontari che a loro volta hanno esperito la gravosa assistenza a un familiare malato di Alzheimer. Lo scopo è quello di evitare che il familiare si isoli e di renderli più competenti rispetto all'assistenza del loro congiunto.

Attraverso la condivisione delle esperienze, le famiglie dei malati si sentono meno sole e allo stesso tempo notano dei miglioramenti verso i propri cari affetti dalla patologia. Un punto importante da non sottovalutare è che i volontari dell'associazione spesso provengono da una precedente esperienza personale di assistenza a un familiare malato di Alzheimer: questo fatto crea maggiormente la formazione di relazioni di aiuto reciproco tra gli utenti e i volontari stessi. È, quindi, inevitabile che venga a crearsi un aumento dei capitali: di quello primario in quanto il familiare col giusto supporto continua a prendersi cura del proprio caro, di quello comunitario e generalizzato in quanto il servizio Alzheimer Café è strettamente legato e acquisisce le caratteristiche del territorio in cui viene a strutturarsi. Il progetto non è realizzato in *partnership*, ma ha visto crescere nel tempo, come si può evidenziare dalla mappa della rete, le collaborazioni con enti di terzo settore, associazioni familiari e reti informali, con le parrocchie e con le istituzioni. Dalle interviste si evidenzia che spesso le istituzioni, come ad esempio fa figura del medico di base, non sono al corrente di questi nuovi fenomeni associativi che si creano sul territorio: nei confronti del malato di Alzheimer spesso il medico di base o l'Asl si limitano ad effettuare dei test per evidenziare l'avanzamento della malattia lasciando in da parte i bisogni dei familiari e la relazione tra quest'ultimi con i propri malati.

*I medici di base per esempio sono un punto dolente dal punto di vista che loro hanno accesso immediato ai pazienti e potrebbero essere il primo, principale attore di passaparola no, di raccontare, dire alla famiglia, dove andare, cosa fare e tutto quanto, gran parte delle famiglie che si ricolgono poi a noi trovano nel medico di base una persona non preparata assolutamente poco disponibile ad aiutarli in questo caso e con delle risposte tipo: "signora cosa vuole, sua mamma ha 80 anni, ormai la sua vita l'ha fatta, chissene frega, la lasci lì". Ecco risposte che veramente fanno molto male... (ACDB 8).*

### 10.3.1 LA "BUONA PRATICA" DALLA PARTE DI CHI LA VIVE: ANALISI CARTA E PENNA

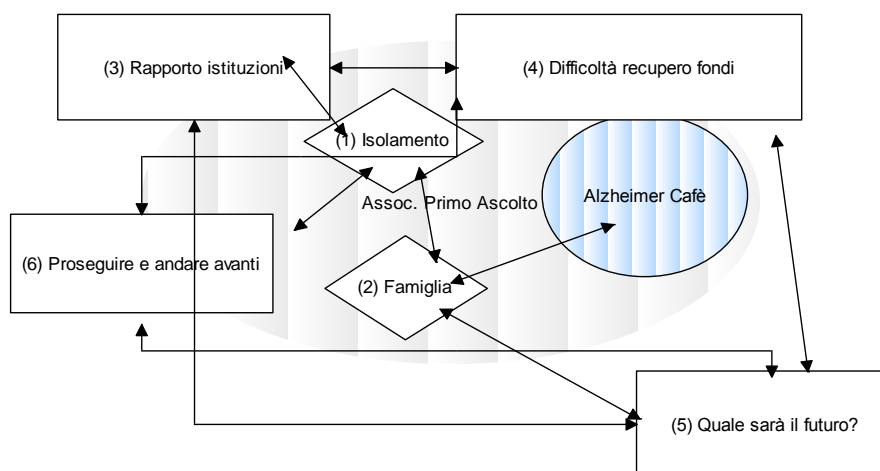
### 10.3.2 LA VOCE DEGLI OPERATORI (ACDB 7 - ACDB 8 - ACDB 9 - ACDB 10)

Le interviste svolte al responsabile del servizio, allo psicologo, all'operatore Asa e ai volontari mettono in evidenza quale sia l'importanza che il servizio ricopre per la cura della malattia dell'Alzheimer. In particolare sono rilevanti i temi dell'isolamento e della mancanza di informazione. Il servizio ha tra gli obiettivi principali quello di portare il familiare e il proprio malato di Alzheimer fuori dall'isolamento che la malattia crea: le interviste, quindi, pongono l'attenzione non solo sulla cura del malato affetto dalla patologia ma anche sulla famiglia di quest'ultimo. In particolare emerge che le istituzioni dovrebbero riconoscere che il malato di Alzheimer non è solo colui che effettivamente è affetto dalla patologia ma è anche il familiare che prendendosi cura di del proprio caro si trova disorientato e confuso in quanto non è in grado di gestire la situazione.

In particolare, le aree tematiche che emergono trasversalmente dalle interviste sono:

- [1] Isolamento.
- [2] Famiglia.
- [3] Rapporto istituzioni.
- [4] Difficoltà recupero fondi.
- [5] Quale sarà il futuro?
- [6] Proseguire e andare avanti.

Figura 10-2 - Aree tematiche e loro relazionamenti emerse dall'analisi del contenuto delle interviste agli operatori del Café Alzheimer



Come evidenziato precedentemente la malattia crea un isolamento [1] che agisce sia intorno alla persona affetta dalla patologia sia intorno a colui, ovvero il *caregiver*, che si prende cura di quest'ultima. La famiglia [2] ha, quindi, quando si parla di Alzheimer, un ruolo principale in

quanto si ritrova ad essere un malato anch'essa ma che non viene riconosciuto dalle istituzioni [3]. Queste ultime, infatti, sembrano "curare" la malattia constatandone solo l'avanzamento patologico e tralasciando tutto quello che riguarda la relazione famiglia - malato. Inoltre in tutte le interviste è trasversale il tema del futuro dell'associazione[5]: tutti i membri sono preoccupati in quanto vorrebbero essere conosciuti (difficoltà a reperire i fondi [4] dalle istituzioni stesse e, quindi, avere una maggiore visibilità su tutto il territorio nazionale. Infine, quello che traspare dalle interviste è la continua voglia di lottare e di portare avanti (6) da parte dell'associazione il progetto che è diventato un sogno, una speranza per molte famiglie che altrimenti sarebbero allo sbando.

### **10.3.3 LA VOCE DEGLI UTENTI (ACDB 1 – ACDB 2 – ACDB 3 – ACDB 4 – ACDB 5 – ACDB 6)**

Dalle interviste svolte agli utenti, ovvero ai familiari, emerge un'immagine molto simile tra i vari intervistati. In particolare emerge l'elevata importanza attribuita al servizio: gli utenti ritengono che l'Alzheimer Cafè sia indispensabile per la cura del proprio caro. Tutti gli intervistati evidenziano nella proprio caro affetto dalla patologia un miglioramento a livello comportamentale da quando frequentano lo spazio del Cafè: in particolare i malati all'interno di questo ambiente riescono a uscire dal proprio isolamento, a comunicare e a mettere in atto attività ludiche per mantenere lucide le proprie capacità. È possibile notare dei miglioramenti anche nei familiari degli stessi malati: gli intervistati ovvero i familiari sostengono che le istituzioni non hanno servizi che prendano in considerazione i bisogni reali della famiglia che deve prendersi cura del proprio caro. All'interno del servizio i familiari possono "staccarsi" dal proprio caro, il quale viene impegnato in attività ludiche, per trovare dei momenti di sollievo e di spensieratezza.

Il servizio viene giudicato molto positivamente e adeguato agli obiettivi che il progetto si propone. Tra i miglioramenti proposti dagli utenti quelli maggiormente riscontrati sono:

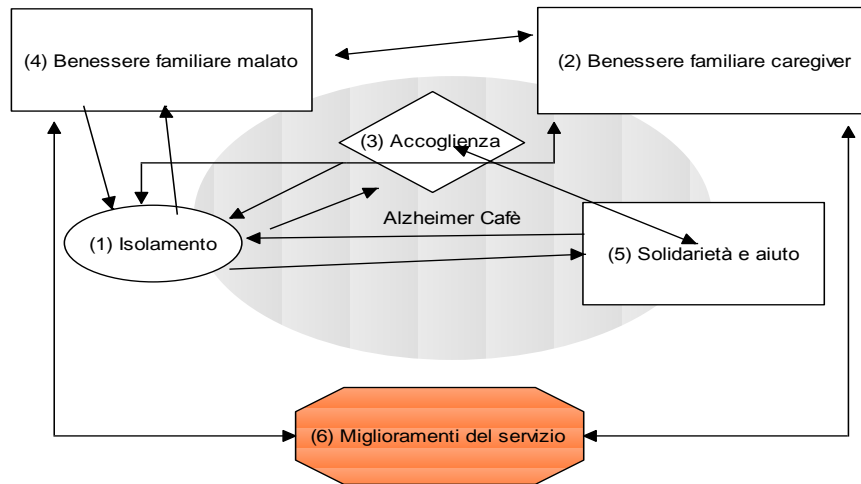
- La richiesta di avere spazi più ampi in cui incontrarsi e svolgere le attività.
- La richiesta di incrementate le attività.
- La richiesta che il servizio sia disponibile più giorni alla settimana.

In particolare, le aree tematiche che emergono trasversalmente dalle interviste sono:

- [1] Isolamento.
- [2] il benessere del familiare (*caregiver*).
- [3] Accoglienza.
- [4] Benessere familiare malato.
- [5] Solidarietà e aiuto.
- [6] Miglioramenti servizio.



Figura 10-3- Aree tematiche e loro relazione emerse dall'analisi del contenuto delle interviste agli utenti (familiari)



Come si può notare dallo schema un tema ricorrente e principale emerso dalle interviste è quello relativo all'isolamento **[1]**. I familiari sono in presenza di due tipi di isolamento: quello creato dalla malattia al proprio caro che lo estranea dalla realtà e quello generato dalle persone nei confronti dei malati di Alzheimer e dei propri familiari. Evitando l'isolamento sociale, il familiare può riprendere una vita normale migliorando così il proprio benessere **[2]** e quello del proprio caro**[4]**. Dalle interviste emerge infatti che all'interno dell'Alzheimer Cafè i familiari si sentono accolti **[3]** da persone che riescono a comprendere quale evento traumatico stanno passando e che allo stesso sanno come aiutarli **[5]**

Come riportato, precedentemente, altro tema ricorrente sono i miglioramenti **[6]** possibili del servizio: come evidenziato precedentemente, oltre alle migliorie concrete che si possono attuare, viene richiesto l'intervento delle istituzioni per fare in modo che i servizi come Alzheimer Cafè possano continuare ad operare sul territorio stando vicino alle persone affette dall'Alzheimer e ai loro familiari.

## 11. I SERVIZI PER LE FAMIGLIE CON GLI ANZIANI NEI PIANI DI ZONA 2009-2011 DELLA REGIONE LIGURIA

*di Nicoletta Pavesi*

La programmazione dei servizi in Liguria è normata dalla Legge Regionale 12 del 2006 "Promozione del sistema integrato di servizi sociali e sociosanitari", nel quale disegnato l'assetto del sistema dei servizi, a partire dall'organizzazione del sistema. La Regione Liguria è suddivisa in Distretti socio-sanitari, in cui coincidono territorialmente i Distretti sanitari e le Zone sociali. All'interno dei Distretti troviamo gli Ats (Ambiti territoriali sociali), che sono costituiti o da comuni associati o da porzioni di Comuni (come nel caso di Genova) e che rappresentano la sede di accesso alla rete locale di servizi e interventi sociali (art. 7, comma 1). I Distretti sociosanitari in Liguria sono 19: dall'analisi dei Piani di Distretto prodotti per la triennalità 2007-2010 possiamo ricavare uno sguardo d'insieme sull'offerta di servizi/interventi previsti per gli anziani. L'analisi dei PdZ è stata realizzata utilizzando la griglia in allegato, che ha consentito di mappare alcuni servizi ritenuti particolarmente significativi dal gruppo di ricerca:

1. Registro Badanti, tutor per badanti, sportello badanti;
2. Interventi di custodia sociale/servizi di prossimità;
3. Voucher/assegni di cura (con particolare attenzione alle modalità di erogazione/gestione più innovative);
4. Gruppi di auto mutuo aiuto per famigliari e anziani;
5. Progetti specificatamente intergenerazionali;
6. Interventi di rete per il sollievo nella cura dell'anziano non autosufficiente;
7. Altri progetti innovativi.

L'analisi dei PdZ è stata particolarmente difficoltosa per una serie di motivi:

- mentre buona parte dei PdZ dedica una parte cospicua del documento alla descrizione e analisi delle caratteristiche strutturali e sociali del territorio (orografia, popolazione, reddito, ecc.), la parte programmatica è invece spesso carente: talvolta si limita alla semplice elencazione di servizi da attuare (senza però entrare nello specifico della loro descrizione), talvolta si tratta di indicazioni di intenti generiche (ad es.: implementare il sistema di valutazione dei servizi residenziali, oppure: implementare il numero di posti letto nelle RSA);
- molto spesso l'offerta di servizi per anziani si attesta sul consolidato, proponendo i servizi per la popolazione anziana non autosufficiente ormai "classici" (Adi, Telesoccorso, Rsa, Cdi);
- raramente abbiamo un approccio di tipo familiare alle problematiche degli anziani non autosufficienti: i capitoli dedicati alle politiche familiari non prendono mai in considerazione la fase del ciclo di vita "famiglia con anziani", coprendo invece soltanto le fasi di vita della famiglia dalla formazione della coppia alla famiglia con figli adolescenti. Dunque, potremmo dire che l'approccio dei servizi oggetto del nostro studio è per lo più individualistica: l'utente è l'anziano portatore del bisogno, non la famiglia di cui l'anziano fa parte.

Tutti i Piani di Distretto sottolineano come in Liguria la popolazione anziana rappresenti una porzione significativa sul totale della popolazione<sup>151</sup>, che tuttavia, come si evince dalla lettura di alcuni PdZ, presenta almeno due caratteristiche distinte: vi sono infatti da una parte gli anziani autoctoni, rispetto ai quali sembrano avere una maggiore incidenza le difficoltà economiche, e dall'altra parte gli anziani trasferiti per lo più dal Piemonte e dalla Lombardia, che - stando all'analisi dei PdZ - non presentano particolari difficoltà di tipo economico, bensì legate alla solitudine e all'isolamento sociale. Dunque, dall'analisi del bisogno emergono due ordini di richiesta: interventi di sostegno economico e interventi legati all'incremento delle reti di relazione.

Un ulteriore elemento significativo che emerge dalla lettura dei documenti dei Distretti è la scarsa rappresentazione in essi del Terzo e Quarto settore, nonostante siano espressamente indicati nella prima parte dei PdZ quali soggetti sociali con i quali l'ente pubblico è chiamato a confrontarsi nella progettazione, in un modello di *governance* inclusiva della società civile. In realtà, fatti salvi pochi esempi virtuosi, sono quasi assenti indicazioni di progetti in partnership con enti e associazioni del territorio; queste ultime vengono citate nella parte consuntiva piuttosto che nella parte programmatica - salvo poche eccezioni - pressoché soltanto laddove il PdZ propone la mappatura delle risorse presenti nella zona. Sembra dunque che l'approccio nel concreto sia ancora prevalentemente di tipo lib/lab, e non tenga dunque conto di una prospettiva sussidiaria, se non in termini simbolico-culturali.

Emerge anche come le caratteristiche orografiche del territorio segnino fortemente la possibilità di offerta dei servizi: ci sono Distretti che vanno dalla costa alla montagna, con paesini disseminati nell'entroterra difficili da raggiungere, con distanze che, se non sono di grandi dimensioni in termini spaziali, lo sono in termini temporali.

Infine, è possibile affermare che uno degli obiettivi chiave della programmazione territoriale sia la realizzazione concreta dell'integrazione sociosanitaria, così come è stata disegnata dal nuovo modello di governante disegnato dal Piano Sociosanitario: diversi PdZ dedicano infatti ampio spazio alla necessità della formazione congiunta degli operatori, alla realizzazione/implementazione dello Sportello Unico, alla creazione di Unità Operative Multiprofessionali, allo sviluppo di progetti/interventi/servizi ad alta integrazione, quali la continuità di cura fra ospedale e abitazione, alla creazione di un sistema di reciproca segnalazione fra strutture sanitarie e servizi sociali.

Dalla lettura dei PdZ appare evidente la presenza di servizi "tradizionali" per gli anziani non autosufficienti, a partire dalle strutture residenziali. Sono ovviamente presenti servizi quali la consegna dei pasti a domicilio, la tradizionale assistenza domiciliare, i servizi legati all'emergenza caldo nei mesi estivi, le vacanze per anziani, i centri diurni e i centri sociali.

Grande impegno, come abbiamo accennato poco sopra, viene profuso per quanto riguarda la garanzia della continuità di cura per l'anziano quando viene dimesso dall'ospedale. Il Distretto 18, ad esempio, per evitare che il rientro dell'anziano al proprio domicilio sia fonte di ulteriori problemi e difficoltà, prevede: la costituzione di un gruppo di lavoro composto da tutte le persone che a vario titolo sono coinvolte nel processo di dimissioni protette; l'individuazione di un percorso puntuale e condiviso che preveda, nella fase di pre-dimissione, un'adeguata valutazione e programmazione degli interventi ritenuti più opportuni e, nella fase di post-dimissione, un monitoraggio costante sull'evolversi della situazione; la formalizzazione del percorso individuato attraverso la stipula di un protocollo operativo tra gli attori coinvolti nella cura della persona.

---

<sup>151</sup> La Regione Liguria ha anche emanato la Legge 48 del 3 novembre 2009 sull'invecchiamento attivo, che tuttavia non prendiamo in considerazione in quanto il nostro focus è sulle famiglie con anziani non autosufficienti.

Viene anche data attenzione alla figura dell'Amministratore di sostegno, figura per la quale in diversi Distretti vengono predisposti incontri di informazione e percorsi di formazione per l'iscrizione all'apposito albo provinciale.

Sono presenti anche servizi più innovativi, o comunque più centrali rispetto al focus della nostra ricerca, che proviamo a descrivere così come emergono dai Piani di Distretto e dalle ulteriori informazioni reperite attraverso i siti dei Distretti e degli Ats.

Tipologia servizio	N° Distretti in cui è presente
Registro badanti, formazione, tutor per badanti; sportello badanti	6
Interventi di custodia sociale/servizi di prossimità <sup>152</sup> (diversi dall' adi)	16 <sup>153</sup>
Voucher/assegni di cura	15
Gruppo di auto mutuo aiuto per famigliari e anziani	1
Progetti intergenerazionali	5
Interventi per il sollievo nella cura dell'anziano non autosufficiente di rete (medico di base, asl, famiglie, udp, servizi sociali); dimissioni protette	19

Poiché si sta sempre più diffondendo il ricorso alle assistenti familiari, alcuni Distretti si sono attrezzati per predisporre percorsi di qualificazione di questa figura professionale, spesso nell'ambito di progetti più generali che riguardano anche l'erogazione di voucher. Il Distretto 15, ad esempio, prevede la costituzione di un'equipe, costituita da 2 assistenti sociali e da un esperto in assistenza alla persona, che operano su tutto il territorio del Distretto, anche intervenendo direttamente presso il domicilio delle persone interessate su segnalazione del Distretto Sociosanitario e degli Ambiti Territoriali Sociali. Questa peculiarità del progetto consentirà anche a quelle assistenti familiari che non possono, per vari motivi, partecipare ai corsi di formazione loro destinati, di fruire di alcuni interventi di formazione e supervisione direttamente sul posto di lavoro. Attraverso questo progetto il Distretto Sociosanitario intende:

- Creare un elenco distrettuale delle assistenti familiari;
- Monitorare costantemente l'assistenza fornita alle persone che usufruiscono del fondo per la non autosufficienza,
- Migliorare la qualità del lavoro di cura prestato dai familiari;
- Istituire un responsabile dei piani individualizzati di assistenza unico a livello di Distretto;
- Favorire la regolarizzazione del lavoro delle "badanti".

In linea con il progetto sopra descritto si colloca il "Voucher per prestazioni di Assistenza Domiciliare - Operatore di fiducia per gli anziani e le loro famiglie", del Distretto 1, attraverso cui si intende fornire agli anziani, che non usufruiscono di altre offerte socio - assistenziali, ad esclusione dei centri diurni, attività domiciliari prestate da assistenti familiari qualificati. Parallelamente viene creato a livello distrettuale un elenco degli assistenti familiari qualificati dal quale possono attingere per assunzioni sia i privati che le Cooperative Sociali. Il progetto prevede la creazione di un partneratiato tra il Comune e Confcooperative e Lega delle Cooperative. Tale personale viene specificamente formato attraverso corsi organizzati dall'Amministrazione Provinciale. Le famiglie che presentano un ISEE inferiore ad €. 20.000,00 possono usufruire, compartecipando al costo del servizio, di un "voucher- servizi" dal Distretto.

<sup>152</sup> Comprendiamo, in questa categoria, oltre al servizio di Custodia sociale (di tipo professionale) anche il servizio di buon vicinato (basato sul volontariato).

<sup>153</sup> Trattandosi di un progetto sovra distrettuale, può essere che i tre distretti nel cui PdZ non compare non ne siano sprovvisti, ma semplicemente non lo hanno indicato. La ricerca desk tuttavia non ha fornito informazioni in merito.

Nell'ambito dei servizi di prossimità è stato esteso a tutto il territorio ligure un servizio per le famiglie con anziani sperimentato a Genova: il Servizio di prossimità – Custodi sociali. I custodi vengono selezionati principalmente sulla base delle capacità relazionali, della motivazione e dell'esperienza maturata nel campo della solidarietà sociale ed hanno seguito apposita formazione iniziale. Il servizio è destinato ad anziani segnalati dai medici di medicina generale sulla base di apposita scheda prognostica o con più di un ricovero ospedaliero negli ultimi 12 mesi. I custodi operano in maniera stabile e integrata nella rete territoriale dei servizi e svolgono funzioni di osservazione e monitoraggio costante delle condizioni di salute degli ultrasessantacinquenni seguiti; svolgono, inoltre, funzioni operative, attuando, laddove richiesto, servizi di “prossimità” per piccole incombenze collegate alla quotidianità (compagnia, consegna farmaci, accompagnamenti, piccole commissioni etc). Il servizio è rivolto alle famiglie che usufruiscono del Fondo Regionale per la Non Autosufficienza (FRNA) e agli utenti dello Sportello Integrato Sociosanitario. Anche il Distretto del Tigullio si è mosso nell'ottica della qualificazione del lavoro di cura attraverso un Accordo programmatico tra la Provincia di Genova, la Regione Liguria, i Distretti Sociosanitari del Tigullio, le organizzazioni confederali e dei pensionati CGIL – CISL – UIL e il Forum del Terzo Settore per un sistema di concertazione interistituzionale che valorizzi la competenza e la professionalità dei servizi di assistenza privati alle persone non autosufficienti

L'idea di fondo è la creazione di un sistema trasparente che faciliti l'incontro tra la domanda e l'offerta di lavoro, predisponga strumenti idonei per l'informazione, l'accompagnamento e l'orientamento al lavoro, nonché garantisca una buona qualità della formazione professionale nell'ambito dei servizi di assistenza alle persone non autosufficienti. I beneficiari di questo sistema sono le persone in situazione di fragilità e/o di non autosufficienza e le rispettive famiglie orientati a prestare lavoro nel settore

dell'assistenza familiare o ad avvalersi di assistenti familiari. In particolare il ruolo dei Distretti Sociosanitari consiste nel promuovere il sistema presso gli sportelli di cittadinanza, favorendo la comunicazione e le relazioni fra tutti i soggetti coinvolti nelle attività private di assistenza presso famiglie, nonché valorizzando le forme di lavoro legalizzate, anche attraverso la realizzazione di percorsi di aggiornamento degli operatori.

Un servizio di prossimità basato sull'azione di volontari è invece quello del Buon vicinato, che prevede l'individuazione di soggetti che si fanno carico di rappresentare un punto di riferimento per gli anziani soli e con autosufficienza limitata (ma non assente). Il Buon vicino offre compagnia, ascolto, disbrigo di piccole incombenze, quali la spesa, accompagnamento dell'anziano a visite mediche o presso uffici. Un progetto analogo è indicato nel PdZ del Distretto 6, in particolare nel territorio di Cairo Montenotte.

Presso il Comune di Genova è poi attivo il progetto Affidato Anziani Servizio a sostegno di anziani soli non più completamente autonomi, svolto attraverso il coinvolgimento di persone selezionate dal Comune di Genova. Si tratta di un'attività di sostegno a domicilio centrata sul rapporto di fiducia e amicizia che si viene a creare tra l'anziano e la persona individuata. Secondo il progetto che viene formulato dal servizio pubblico territoriale (Ambito Territoriale Sociale) l'affido può essere distinto in due diverse tipologie: - di sostegno: presso il domicilio dell'anziano; - in convivenza: accogliendo l'anziano presso la propria abitazione o presso la casa dell'anziano affidato

Presso il Distretto 11 il Piano segnala che presso la Casa dell'Affido è stato realizzato un caso di affido di persona anziana presso il domicilio di una famiglia. Tuttavia, non è stato possibile raccogliere ulteriori informazioni in merito a tale progetto ed al suo eventuale ampliamento.

Sempre presso il Distretto 11 è segnalato in Piano il progetto relativo ad un condominio sociale i cui mini appartamenti sono abitati da un gruppo di 9 anziani single, con età compresa tra i 60 e gli 80 anni, tutti in precedenza ospiti di strutture alberghiere cittadine. Gli anziani vengono aiutati nella gestione del quotidiano dal custode sociale, dagli assistenti sociali dell'ATS referenti, dalla volontaria AUSER della “domiciliarità leggera”, afferente all'Agenzia della Domiciliarità.

Per quanto riguarda il sistema dei voucher i PdZ non vanno nel dettaglio, se non nel caso del collegamento con il progetto di qualificazione del lavoro di cura retribuito.

In un solo caso abbiamo trovato citato l'automutuo aiuto: si tratta della costituzione di gruppi a sostegno dell'elaborazione del lutto, non necessariamente dedicati a familiari di anziani non autosufficienti.

I PdZ citano – raramente andando nel dettaglio – i progetti a chiara valenza intergenerazionale: per lo più sono centrati sul mantenimento della memoria storica attraverso il racconto che gli anziani possono fare ai più giovani, soprattutto per quanto riguarda le tradizioni locali, con un accenno particolare alla dimensione delle professioni. Solitamente questi progetti sono realizzati in partnership con le istituzioni scolastiche.

Grande attenzione, come abbiamo sottolineato poco sopra, è data alla realizzazione dell'integrazione sociosanitaria: in quest'ambito si collocano i progetti riguardanti le dimissioni protette, la continuità di cura, le cure palliative a domicilio.

Nell'ottica di supportare le famiglie con un anziano non autosufficiente in termini informativi, è presente il progetto del "Responsabile familiare per la non autosufficienza", che intende fornire agli anziani e alle loro famiglie un supporto professionale per la realizzazione di quanto previsto nel Piano assistenziale individualizzato e nel Patto assistenziale sottoscritto dalle famiglie e dal DSS 1. Tale figura potrà fornire tutte le informazioni sulle risorse formali e informali presenti o da attivare nel territorio distrettuale e creare le necessarie connessioni.

Una rilevanza significativa nei PdZ è data ai servizi legati al trasporto degli anziani: come abbiamo avuto modo di sottolineare, la conformazione geografica della Regione e la centralizzazione di molti servizi sanitari nei capoluoghi rendono spesso un problema la mobilità. Per questo motivo quasi tutti i Distretti hanno previsto sistemi di trasporto, buoni per l'utilizzo di taxi, per facilitare la mobilità delle persone anziane.

Infine, segnaliamo il progetto *Caregiver*, presente in alcuni Distretti, che sarà oggetto di approfondimento specifico.

## 12. PROGETTO CAREGIVER LIGURIA

di Nicoletta Pavesi

### 12.1. DESCRIZIONE DEL CASO STUDIATO

Il progetto *Caregiver* ha come destinatari persone che si prendono cura di congiunti malati di Alzheimer, offrendo loro informazioni, ascolto, accompagnamento, sostegno.

Il progetto si struttura in due fasi:

1. Formazione dei formatori di *caregiver*
2. Attività dei formatori di *caregiver* presso i Distretti.

La prima fase del progetto, ormai conclusa, gestita da Istiss (Istituto per gli Studi sui servizi sociali Onlus) con il patrocinio di Regione Liguria e con la collaborazione della cattedra di Neurofisiologia dell'Università di Genova, ha previsto l'attivazione di percorsi di formazione destinati a soggetti appartenenti ad enti pubblici e/o di privato sociale intenzionati a lavorare (in ottica professionale o volontaristica) nel sostegno ai *caregiver*. Il percorso di formazione è stato gestito da Istiss anche attraverso esperti appartenenti al territorio nel quale il corso è attivato.

La seconda fase del progetto consiste invece nell'istituzione presso i Distretti sociali aderenti al progetto di un elenco di formatori di *caregiver* che hanno il compito di attivare una serie di servizi sul territorio destinati a supportare i *caregiver* nella logorante attività di 363ccadimento di soggetti malati di Alzheimer. Nello specifico, il progetto da noi studiato è stato realizzato presso l'Ats (Ambito Territoriale Sociale<sup>154</sup>) 36 (Distretto sociale Genova IV Medio Ponente).

La prima fase del progetto va fatta risalire al 2003 quando Istiss, in collaborazione con il Servizio di Neurofisiologia Clinica dell'Università di Genova e il Comune di Genova, grazie ad un finanziamento della Regione Liguria – Settore Promozione sociale e interventi per la famiglia, ha dato l'avvio alla prima sperimentazione. L'intervento è nato dalla constatazione che l'allungarsi dell'aspettativa di vita porta con sé alcune conseguenze negative, tra cui la maggior incidenza delle malattie legate all'invecchiamento, per lo più caratterizzate da un andamento cronico. Fra queste patologie rientrano le sindromi demenziali e in particolare l'Alzheimer, che pongono ovvi problemi per le famiglie che hanno in carico un malato di questa patologia. Peraltro, la Liguria è particolarmente toccata da questo fenomeno, in quanto più di un quarto della sua popolazione è over 65enne.

Il progetto prevede la creazione o il rinforzo delle reti sociali intorno ai *caregiver* di malati di Alzheimer: a tale scopo sono stati coinvolti nel progetto, oltre al Comune di Genova, le Asl con i relativi servizi territoriali, le UO dei principali ospedali, la Società di Medicina Generale, le organizzazioni sindacali dei pensionati e le associazioni presenti sul territorio, in particolare l'Associazione Alzheimer.

Nello specifico sono stati realizzati degli incontri formativi che hanno avuto come destinatari operatori dei servizi pubblici, medici di famiglia, psicologi, volontari delle diverse associazioni, membri di cooperative sociali con lo scopo di prepararli a diventare formatori di *caregiver*. Il termine "formatore" non deve trarre in inganno: essi, infatti, hanno il compito di fungere da punto di riferimento per i *caregiver*, rispetto ai quali devono attivare una serie di iniziative volte ad alleviare la situazione di affaticamento e stress che il *caregiver* vive e che talvolta può portare a fenomeni di depressione e/o aggressività nei confronti del malato.

---

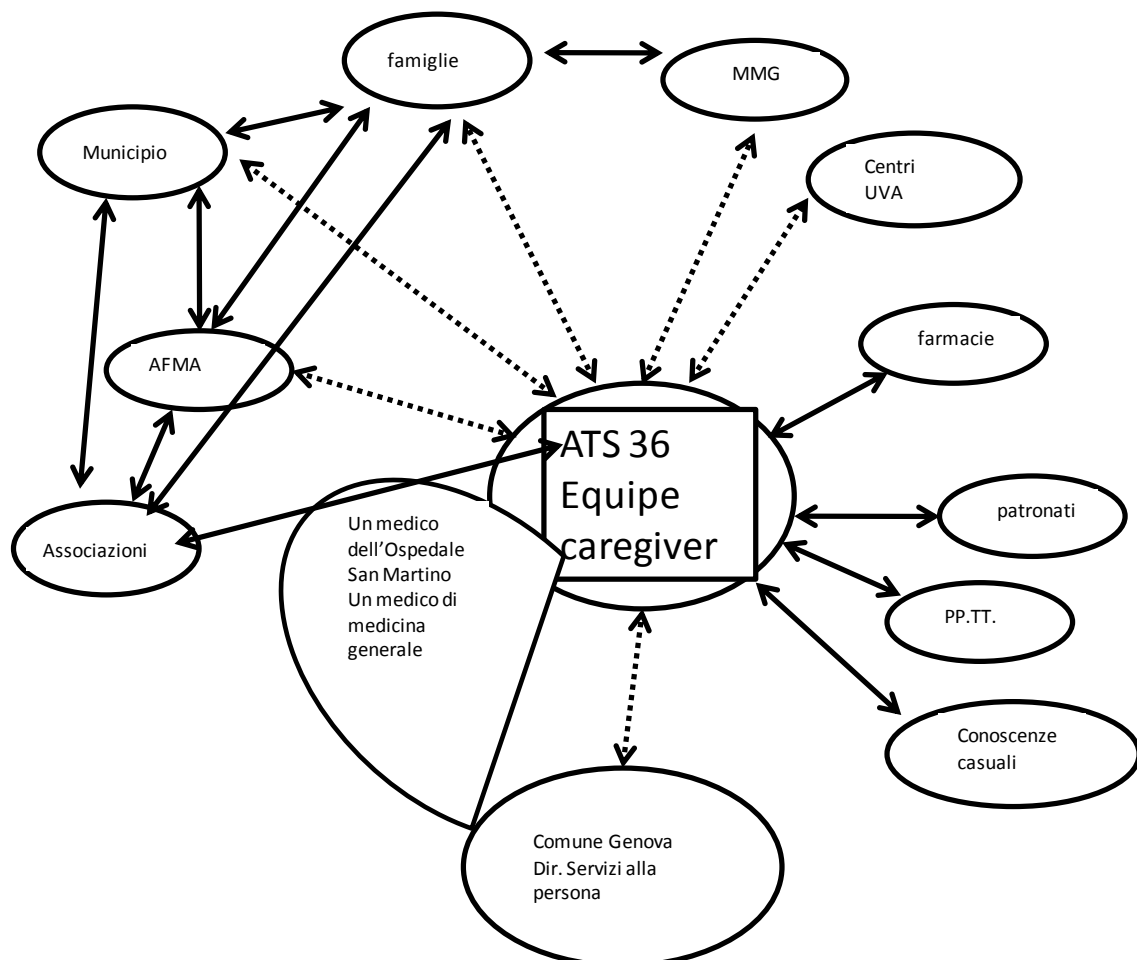
<sup>154</sup> Gli Ats sono la nuova denominazione dei Distretti Sociali, ai sensi della legge Regionale 12/2005 della Regione Liguria.

Uno dei presupposti del progetto è che il benessere del malato di Alzheimer passi anche attraverso al cura del benessere della persona che se ne prende cura, supportando quindi le relazioni familiari che le patologie legate alla demenza sovente mettono in crisi: ecco perché il progetto ha come primi destinatari i *caregiver* e non i malati stessi, che pure beneficiano degli esiti del progetto.

Nel caso dell'Ats 36 i formatori raccolgono le richieste dei *caregiver*, che si rivolgono al servizio direttamente o attraverso la mediazione di altri servizi pubblici (sanitari, ad esempio) o di privato sociale (le associazioni del territorio). Dopo un primo colloquio di reciproca conoscenza (il formatore apprende le informazioni relative alla condizione del *caregiver* e della persona assistita, mentre il *caregiver* apprende quali sono le proposte e le opportunità offerte dal servizio), c'è la presa in carico vera e propria da parte del formatore. A questo punto l'offerta è varia: di tipo informativo in merito ai diritti di cui è portatore un malato di Alzheimer o alle strutture che se ne fanno carico; di tipo informativo/formativo attraverso una serie di incontri sulle tematiche legate al prendersi cura di una persona con una qualche forma di demenza; di sostegno nell'ascolto in momenti particolarmente pesanti come l'aggravarsi della condizione di salute del malato o la decisione del ricovero in struttura protetta; di avvicinamento ad iniziative che consentano al *caregiver* di ritagliarsi qualche spazio per sé (la partecipazione al Cafè Alzheimer o la partecipazione ad iniziative realizzate dalle associazioni di volontariato che prendono in carico il malato per qualche ora nella giornata).

Uno dei punti di forza del progetto è l'inserimento in una rete di relazioni sia formali che informali che fa sì che il servizio sia conosciuto, apprezzato e appoggiato dai vari soggetti presenti sul territorio.

Figura 12-1 La rete del progetto caregiver





Come si evince dalla Figura 12-1, i soggetti che compongono la rete sono assai eterogeni, molto diversi gli uni dagli altri: questo fa sì che anche il tipo di relazione sia diverso. Il progetto ha infatti relazioni formali (ossia strutturate<sup>155</sup>) con il Municipio, il Comune di Genova, i MMG, i Centri Uva e ovviamente con le famiglie che partecipano al progetto. Sono invece di tipo informale (ossia non strutturati) i rapporti con le realtà del territorio quali i patronati, le associazioni, le farmacie, i negozi, i vicini di casa, eccetera, che spesso forniscono informazioni ai potenziali utenti in merito all'esistenza del servizio, o rappresentano una risorsa per quanto riguarda la soluzione di problemi pratici (i patronati per la compilazione dell'Isee, ad esempio). È invece indicata come "formale" la relazione con AFMA, in quanto tale Associazione – nata proprio per volontà di alcuni *caregiver* che hanno preso parte al progetto – gestisce il Caffè Alzheimer dell'Ats.

Merita una spiegazione la relazione con l'Ospedale San Martino: di fatto non esiste un atto formale di collaborazione. Tuttavia, il medico responsabile del reparto di Neurofisiologia è stato consulente nella prima fase di progettazione e implementazione del servizio, se ne è poi distaccato per divergenze di opinioni, pur rimanendo tuttavia un riferimento disponibile e competente al quale i formatori di *caregiver* possono rivolgersi. Analogamente, un medico di medicina generale del territorio si pone in modo volontario come referente nei confronti degli operatori del progetto per informazioni, suggerimenti, per mediare il rapporto con i colleghi MMG.

Il progetto non prevede la creazione di gruppi di auto mutuo aiuto strutturati, tuttavia l'esperienza degli anni ha dimostrato che si è creata una notevole solidarietà fra i *caregiver*, che li ha portati a condividere ansie, paure, incertezze, a sostenersi a vicenda, a passarsi informazioni utili, a sviluppare potenzialità e capacità che li hanno portati ad avanzare richieste e proposte alla pubblica amministrazione e a fondare un'associazione. Nel primo caso, per rispondere alla richiesta dei *caregiver* di avere uno spazio di incontro dei malati e i loro congiunti esterno ai servizi, è stato creato un Caffè Alzheimer; nel secondo caso, i *caregiver* coinvolti nel progetto hanno dato vita all'AFMA (Associazione Famiglie Malati di Alzheimer), che ha lo scopo di protrarre oltre il percorso di formazione il reciproco supporto prestato, di studiare nuove soluzioni ai molti problemi che la malattia pone alla famiglia, di svolgere attività di advocacy nei confronti della pubblica amministrazione, di rappresentare un nodo significativo nella rete di servizi per le famiglie con malati di Alzheimer che si sta costruendo. Attualmente l'Associazione sta lavorando su un progetto di Centro Diurno per malati di demenze.

Si è ritenuto di studiare questo progetto in quanto pone al centro le relazioni familiari in una situazione critica come è quella della presenza di un malato di Alzheimer, situazione che spesso ha una durata temporale anche lunga: la "cura" del *caregiver*, infatti, è finalizzata al suo benessere e di conseguenza al benessere dei soggetti che ruotano intorno a lui. Inoltre, è un caso interessante di generatività sociale: il servizio è gestito dall'ente pubblico che ha saputo stimolare i familiari *caregiver* a diventare attivi protagonisti del servizio, fino a promuovere la creazione di una Associazione e ora la progettazione di un Centro Diurno.

È anche molto presente la dimensione di responsabilità della comunità in merito al sostegno dei *caregiver*: l'analisi della rete, infatti, ha consentito di sottolineare come, accanto a relazioni formalizzate con soggetti pubblici, esistano relazioni di tipo informale (con attori collettivi o singoli) diffuse sul territorio che vanno a costruire una stretta maglia di informazione, sostegno, rilevamento del bisogno.

## 12.2. METODOLOGIA

Per la realizzazione dello studio di caso sono state realizzate le seguenti interviste:

1. Intervista al Direttore Scientifico del Progetto *Caregiver* Liguria

---

<sup>155</sup> Nell'intervista il referente del progetto ha parlato di "relazioni istituzionali".

2. Intervista alla Responsabile Scientifica ed operativa del Progetto *Caregiver* Liguria
3. Intervista alla Responsabile area anziani e referente del Progetto *Caregiver* del Distretto Sociale Genova IV Medio Ponente ATS n°36
4. Intervista a un collaboratore tecnico area sociale, formatore nel Progetto *Caregiver* del Distretto Sociale Genova IV Medio Ponente ATS n°36<sup>156</sup>
5. Intervista a una collaboratrice tecnico area sociale, formatore nel Progetto *Caregiver* del Distretto Sociale Genova IV Medio Ponente ATS n°36
6. Intervista a una Assistente sociale del Settore anziani, membro dell'équipe del Progetto *Caregiver* del Distretto Sociale Genova IV Medio Ponente ATS n°36
7. Intervista (di gruppo) a n° 5 familiari di malati di Alzheimer, partecipanti al Progetto *Caregiver* del Distretto Sociale Genova IV Medio Ponente ATS n°36<sup>157</sup>

Sono inoltre stati analizzati i seguenti documenti:

1. Scheda di progetto "Il progetto *caregiver* Liguria" (PCL\_doc1)
2. A. Banchemo, C. Costanzi, *Caregiver* Liguria – sostegno alle famiglie di anziani dementi attraverso incontri formativi, in "La rivista di servizio sociale, 4, 2004 (PCL\_doc2)
3. A. Banchemo, C. Costanzi, *Caregiver* protagonisti: prosegue il progetto Liguria, in "La rivista di servizio sociale", 2, 2007 (PCL\_doc3)
4. A. D'Ottavi, Come prendersi cura di chi si prende cura, in "La rivista di servizio sociale", 2, 2007 (PCL\_doc4)
5. Manuale del *caregiver*, Istiss – Regione Liguria, 1^ ed. 2007; 2^ ed. 2008 (PCL\_doc5)

<b>Intervistato</b>	<b>Strumento</b>
<i>Direttore Scientifico del Progetto</i>	<i>scheda strutturata per responsabile del servizio traccia per intervista al responsabile del servizio (PCL1)</i>
<i>Responsabile Scientifica ed operativa del Progetto</i>	<i>traccia per intervista al responsabile del servizio (PCL2)</i>
<i>Responsabile area anziani e referente del Progetto</i>	<i>traccia per intervista soggetti operativi (PCL3/4) rappresentazione grafica della rete <b>Errore. L'origine riferimento non è stata trovata.</b></i>
<i>Collaboratore tecnico area sociale, formatore nel Progetto Caregiver</i>	<i>traccia per intervista soggetti operativi (PCL3/4)</i>
<i>Collaboratore tecnico area sociale, formatore nel Progetto Caregiver</i>	<i>traccia per intervista soggetti operativi (PCL5)</i>
<i>Assistente sociale del Settore anziani, membro dell'équipe del Progetto Caregiver</i>	<i>traccia per intervista soggetti operativi (PCL6)</i>
<i>n° 5 familiari di malati di Alzheimer, partecipanti al Progetto Caregiver</i>	<i>Traccia per intervista guidata di gruppo (PCL7)</i>

<sup>156</sup> Le interviste agli operatori 3 e 4 sono state realizzate congiuntamente. L'intervista in allegato sarà dunque indicata con la doppia numerazione 3/4.

<sup>157</sup> Questa intervista non è stata registrata, dunque esistono solo degli appunti presi durante l'intervista.

### 12.3. ANALISI DELLA BUONA PRATICA

<b>ANALISI DI UN SERVIZIO RELAZIONALE</b>		
	<i>Il problema/bisogno a cui l'intervento risponde</i>	<i>Il progetto intende rispondere ad una serie di bisogni che vivono i caregiver di anziani malati di Alzheimer e le loro famiglie: la solitudine, la mancanza di servizi integrati, la mancanza di informazioni in merito al decorso della malattia, ai servizi e ai diritti, la paura dello stigma.</i>
<b>A</b>	mezzi utilizzati	<i>Équipe formata da 4 persone: un referente del progetto (assistente sociale responsabile dell'area anziani), tre formatori di caregiver (una assistente sociale e due collaboratori tecnici dell'area sociale)</i>
<b>G</b>	obiettivo dell'intervento	<i>Gli obiettivi generali del progetto sono essenzialmente due:</i> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>Offrire un sostegno alle famiglie di anziani affetti da malattia di Alzheimer, definiti come "seconda vittima" della patologia</i></li> <li>• <i>Aiutare le famiglie ad uscire dall'isolamento, chiedere supporto, non considerare questa malattia come una "vergogna"</i></li> </ul>
<b>I</b>	regole metodi	<i>Il progetto caregiver utilizza la metodologia del lavoro di comunità, cercando di attivare e mettere in rete le risorse per poter fornire supporto ai caregiver dei malati di Alzheimer.</i> <i>Grande attenzione è poi data all'attivazione di relazioni fra i caregiver, in modo che possano rappresentare un supporto gli uni per gli altri, in una logica di empowerment individuale e di gruppo.</i>
<b>L</b>	modello di valore	<i>Il principio ispiratore del progetto è il fatto che la gestione della persona non autonoma non può essere in carico soltanto della famiglia, ma va diffusa nella comunità, che ha il compito di supportare la famiglia in questo compito. In particolare, il mette in una relazione triangolare i servizi pubblici, la famiglia, la comunità, quest'ultima intesa in due accezioni: le associazioni e le relazioni comunitarie di prossimità.</i> <i>I servizi assumono in questa relazione un ruolo di regia della rete e di "attivatori di risorse" in un'ottica di sussidiarietà.</i> <i>Altro principio guida è che non ci si può preoccupare soltanto della salute dell'anziano dipendente, ma che bisogna garantire il benessere del caregiver. Il concetto di benessere va inteso non solo come salute riferito a parametri clinici, ma come benessere delle relazioni nel proprio ambiente che il caregiver va aiutato a mantenere.</i>
<b>VALUTAZIONE DELLA BONTÀ DELLA PRATICA</b>		
<b>A</b>	efficienza	
	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ c'è una congruità tra mezzi e fini?</li> </ul>	<i>Il servizio utilizza personale dipendente dal Comune, senza aggravio di costi per l'Amministrazione.</i>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ il progetto è sostenibile nel tempo?</li> </ul>	<i>Il progetto, utilizzando personale dipendente del Comune di Genova, ha una sua stabilità: non è legato a finanziamenti specifici. Esistono dei piccoli</i>

		<i>finanziamenti solo su parti specifiche del progetto (ginnastica per malati e caregiver, partecipazione a spettacoli teatrali, ecc.).</i>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>è in grado di capitalizzare l'esperienza acquisita o la disperde?</li> </ul>	<i>Il progetto fa parte delle iniziative ormai stabili offerte dal Distretto e utilizza una èquipe stabile e strutturata. Il progetto, inoltre, è stato duplicato in altri territori liguri e fatto oggetto di studio nel progetto europeo Daphne "Care for carers" in partnership con Malmo in Svezia e Kaunas in Lituania. Attualmente è in corso un progetto analogo in Lazio.</i>
<b>G</b>	efficacia	
	<ul style="list-style-type: none"> <li>promuove l'empowerment dei destinatari?</li> </ul>	<i>Uno degli obiettivi del progetto è proprio quello di rendere i caregiver attori del servizio: la creazione di un'associazione tra i caregiver, l'attività di advocacy svolta nei confronti della pubblica amministrazione, l'attività in corso di gestione dell'Alzheimer Caffè Le panchine del parco, l'attuale lavoro di progettazione di un Centro Diurno indicano la capacità del progetto di attivare le risorse dei destinatari</i>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>incrementa il capitale sociale primario, comunitario e generalizzato?</li> </ul>	<i>Le reti relazionali dei destinatari (caregiver) si arricchiscono anzitutto grazie alla costruzioni di relazioni significative con altri caregiver che rappresentano reciprocamente uno per l'altro una risorsa in termini di informazioni, condivisione dei problemi, ricerca comune di soluzioni. L'esperienza ha inoltre incrementato il capitale sociale comunitario grazie alla costituzione dell'Associazione Afma (Associazione Famiglia Malati di Alzheimer), fondata da alcuni caregiver partecipanti al progetto. Tale associazione, poi, svolge un'attività di advocacy e di progettazione e gestione di nuovi servizi sul territorio.</i>
<b>I</b>	relazionalità	
	<ul style="list-style-type: none"> <li>il servizio è stato progettato/realizzato in modo partecipato fin dalla definizione del bisogno/problema a cui risponde?</li> </ul>	<i>Seppure il progetto sia stato inizialmente pensato e realizzato dall'ente pubblico, ha saputo negli anni coinvolgere le molteplici risorse presenti sul territorio e gli stessi utenti, in modo da creare un servizio partecipato e fortemente riflessivo. Dall'anno della costituzione (2004) il servizio ha inoltre subito degli aggiustamenti per poter accogliere le richieste provenienti dai caregiver e quindi poter dare risposte sempre più adeguate.</i>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>coinvolge i beneficiari nell'attuazione?</li> </ul>	<i>I beneficiari (caregiver) sono coinvolti a diversi livelli:</i> <ul style="list-style-type: none"> <li>nel creare una rete fra di loro per fornirsi reciproco supporto e diventare così risorsa goi uni per gli altri</li> <li>attraverso l'associazione Afma nella gestione del Caffè Alzheimer</li> </ul>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>realizza la valutazione degli interventi ed è in grado di utilizzare riflessivamente i risultati?</li> </ul>	<i>Il progetto prevede uno strumento di valutazione strutturato soltanto per quanto riguarda i corsi di formazione, per valutare l'efficacia degli interventi formativi. Tuttavia, le discussioni in èquipe sia sui casi che sui progetti inseriti nel progetto più generale (ginnastica, Alzheimer Caffè, uscite sul territorio, ecc.) consentono agli operatori una valutazione riflessiva e la</i>

		<i>ridefinizione del progetto stesso o di parti di esso. Le richieste provenienti dagli utenti, inoltre, rappresentano per gli operatori uno spunto di riflessione e di discussione per migliorare il progetto, talvolta ai caregiver stessi.</i>
<b>L</b>	qualità etica dei fini	
	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ il servizio è adeguato all'implementazione del welfare sussidiario plurale?</li> </ul>	<i>Il progetto caregiver prevede la collaborazione con le realtà di terzo settore presenti sul territorio. Esso stesso, peraltro, ha stimolato la nascita di una associazione che è diventata partner privilegiata del progetto. Da sottolineare anche che il progetto caregiver intende sviluppare la presa in carico delle famiglie con malati di Alzheimer da parte di tutta la trama comunitaria, lavorando sul concetto di prossimità. Dunque, il progetto caregiver non solo favorisce la creazione di reti con il privato sociale, ma cerca di favorire l'assunzione di responsabilità anche da parte di attori sociali non strutturati in organizzazioni, secondo un'ottica di valorizzazione della prossimità.</i>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ è finalizzato al raggiungimento di un benessere di tipo relazionale?</li> </ul>	<i>Prendersi cura dei caregiver significa avere ben chiaro che il benessere delle persone passa attraverso la dimensione del benessere delle relazioni. Dunque, dare supporto al caregiver del malato di Alzheimer, consentendogli di mantenere vive le sue relazioni comunitarie, di gestire meglio lo stress, consente una migliore qualità della vita in senso generale sia dell'utente stesso, che del malato, che degli altri familiari.</i>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ introduce un valore aggiunto (pluralizza) nell'offerta dei servizi?</li> </ul>	<i>Il progetto caregiver offre una risposta innovativa al problema della gestione dei malati di Alzheimer in carico alle famiglie in quanto sposta l'attenzione dalla cura (cure) del malato alla cura (care) delle relazioni, in quanto intende supportare il carico di cura del familiare caregiver e delle persone che gli ruotano intorno.</i>

### 12.3.1 IL PROBLEMA/BISOGNO A CUI L'INTERVENTO RISPONDE

Il Progetto *caregiver* prevede la formazione di "formatori di *caregiver*", ossia di persone appartenenti ad enti pubblici o di privato sociale che sul territorio si prendano cura dei *caregiver* di malati di Alzheimer, per lo più familiari dei malati. Nello specifico gli obiettivi (vedi: PCL\_DOC1) sono:

- Offrire un sostegno alle famiglie di anziani affetti da malattia di Alzheimer, definiti come "seconda vittima" della patologia, attraverso un intervento di consulenza e informazione volto a comunicare conoscenze specifiche, approcci corretti e supporto concreto.

*Il progetto nasce con l'intenzione di dare un supporto ai caregiver finalizzato non solo a migliorare la qualità dell'assistenza nei confronti del malato demente, ma proprio di mettere i caregiver nella condizione di leggere lo stress che questo tipo di assistenza comporta. Uno stress che è acutissimo nelle prime fasi che succedono la diagnosi (...) e che poi piano piano diventa uno stress fisico sempre crescente perché chiaramente con il progredire della malattia l'assistenza comporta di non smettere mai (PCL2).*

- Aiutare le famiglie ad uscire dall'isolamento, chiedere supporto, non considerare questa patologia come una "vergogna".

*Il caregiver si sente accolto, si sente compreso, e sente di avere un posto dove anche eventualmente poter sfogare le sue ansie senza il timore di essere giudicato negativamente perché prendersi cura di un anziano demente è veramente molto dura (...) specialmente se questo malato è un tuo familiare diretto (PCL3/4).*

In effetti, i familiari sottolineano come l'esperienza di un congiunto malato di Alzheimer porti la famiglia a ritrovarsi sola:

*dopo la diagnosi della malattia a mio marito, ci si è fatto il vuoto intorno. È come se la nostra vita fosse segnata da una frattura:c'è un prima e c'è un dopo della malattia. (...) L'esperienza che abbiamo fatto prima di incontrare il Progetto Caregiver è un'esperienza di solitudine: la famiglia si ritrova a dover sopportare questo peso senza che ci siano i servizi (...) E poi c'è una scarsa sensibilità dei medici di base: forse neanche lui è stato capace di accettare la diagnosi di mio marito (PCL 7).*

Concretamente, il progetto dell'Ats 36 conta di un'equipe di 2 formatori di *caregiver* e di 2 assistenti sociali, di cui uno è il referente del progetto, dipendenti del Comune di Genova.

*Ogni qual volta arriva una segnalazione al nostro servizio o dal diretto interessato, o dai medici curanti, o tramite gli ospedali, la persona viene assegnata subito agli operatori del gruppo, non viene accolta così anonimamente come accade con l'utenza normale. Allora, c'è un primo colloquio di accoglienza nel quale la persona racconta la sua situazione, la ragione per la quale si rivolge a noi e noi cerchiamo già dal primo colloquio di capire il bisogno per poi poter dare una mano, per proseguire il cammino con la famiglia. (...) Poi le situazioni vengono naturalmente esaminate, viste in équipe, si parla dei vari casi dopo di che si valuta naturalmente sempre insieme alla famiglia quale intervento di aiuto sia opportuno, possibile attivare (PCL3/4).*

Si potrebbe affermare che uno degli obiettivi specifici del progetto consiste nel

*cercare di semplificare il più possibile le situazioni nelle quali si trovano le famiglie. Nel senso che le famiglie con questo tipo di patologia soprattutto abbiano proprio una grande confusione (...) non si sa dove andare, a chi chiedere, uno ti rimanda all'altro, ma non perché c'è cattiveria, eh, o c'è malfunzionamento dei servizi, ma perché è proprio così (PCL 3/4).*

Il metodo di lavoro prevede l'approccio di rete, sia in termini di utilizzo della rete già presente, sia in termini di attivazione di nuove risorse da mettere in rete. Il fatto che dell'équipe facciano parte operatori già da tempo attivi sul territorio, ha rappresentato una indubbia risorsa proprio per la costruzione della rete:

*Noi sono trent'anni che lavoriamo su questo territorio, di Sestri Medio Ponente, ci conoscono benissimo, quindi il rapporto di fiducia è importante, è fondamentale, ci ha aiutati (PCL 5).*

La responsabile del progetto sottolinea come il lavoro degli operatori sia di fatto un lavoro di comunità, in quanto essi sono chiamati ad attivare tutte le risorse (formali e informali, individuali e collettive), a metterle in rete per trovare le risposte migliori alla problematica oggetto dell'intervento:

*Erano operatori che avevano già contatti con gli ospedali, con enti di patronato, con gli sportelli dell'Inps, piuttosto che gli uffici della Asl o gli uffici postali, o le banche, o quant'altro. Quindi si è trattato semplicemente di fare un lavoro che ai miei tempi si chiamava lavoro di comunità, ecco, e quindi di inserire questo tipo di problematica e nel prendere contatto con tutte le realtà territoriali e di focalizzare il contatto su questo particolare tipo di patologia e con tutte le conseguenze che questo comporta (PCL 3/4).*

In termini più strutturati, il Direttore Scientifico del Progetto sottolinea come l'ipotesi fondante il progetto è che la cura del malato di Alzheimer (ma più in generale di un soggetto non autonomo) debba andare ad inserirsi in una triangolazione virtuosa tra servizi pubblici, famiglia e realtà prossime ai malati (associazioni, ma anche vicini, amici, conoscenti, ecc.):

*Bisogna sempre partire da delle ipotesi di contesto, o di cornice (...). E quindi parte da una convinzione che il tema della gestione dell'anziano dipendente debba avvenire soltanto con una convergenza di intenti (...), quindi i servizi da un lato, quindi nel triangolo ci sono i servizi e l'organizzazione dei servizi; la famiglia in quanto luogo dove l'anziano vive, è il suo punto di riferimento, di appartenenza, il suo microsistema, insomma, di riferimento. (...) E il terzo che avevamo introdotto era la comunità, un discorso molto generico che noi abbiamo identificato all'interno della comunità intesa in due grosse categorie. Una definita, che è quella dell'associazionismo, cioè degli enti intermedi, delle associazioni che lavorano all'interno della comunità (...) come è nel tipico ruolo di ente intermedio, ed un altro invece che è poco definito ma che comunque potrebbe avere un ruolo che è il vicinato, quindi la prossimità (PCL1).*

Un altro criterio di riferimento del progetto è il principio di sussidiarietà, in cui ai servizi pubblici compete un ruolo insieme di regia e di attivazione della rete, valorizzando le risorse di società civile:

*L'altro concetto forte, secondo me, è comunque il ruolo di regia dei servizi. Non soltanto come coordinatori, ma anche come attivatori di risorse. Regia e attivatori, in sostanza. Quindi un ruolo centrale dei servizi<sup>158</sup>, però in una logica che risponde anche al principio di sussidiarietà, capace quindi di prendersi cura e farsi carico di esigenze e di intervenire al riguardo, ma anche di garantire o attivare legami fra gli altri soggetti che possono avere ruolo nel prendersi cura da questo punto di vista (PCL1).*

Un ulteriore riferimento simbolico è rappresentato dal concetto di prossimità, strettamente connesso con l'idea che la salute non possa essere declinata soltanto in termini medici (cure), ma anche in termini relazionali (care):

*La buona salute si vive non perché i parametri clinici sono dentro a parametri di norma, ma anche perché si vive un senso di appartenenza, appartenenza comunitaria, quindi di relazioni con il proprio ambiente in senso stretto, che comunque ti dà il senso di appartenenza, insomma (PCL1).*

Il progetto risponde proprio alla richiesta di benessere del *caregiver*, che spesso vive la solitudine lo stress, senza essere in grado di esprimere il suo malessere o senza trovare risposte adeguate. La dimensione della prossimità è quella che consente una lettura precoce del malessere attraverso la vicinanza con le situazioni quotidiane:

---

<sup>158</sup> A questo proposito ricordiamo che la responsabilità del progetto è in capo al Direttore Sociale del Distretto.

*il primo capitolo è stato quello di chiedere agli enti intermedi, alle associazioni di volontariato di sentirsi prossimi sia nella individuazione delle situazioni di rischio che loro conoscevano nell'ambiente, prima ancora che queste si esprimessero con consapevolezza, perché intercettare la domanda del caregiver è la cosa più difficile che esista al mondo, almeno nel mondo ligure, e quindi che si sentissero intercettatori della domanda, anche della domanda non espressa (PCL1).*

Una seconda declinazione della prossimità si ha nel supporto concreto ai caregiver, in una logica che non è professionale, ma di vicinanza, di prossimità:

*il caregiver può affidarsi a un prossimo per consolarsi, chiedere qualche aiuto, per chiedere informazioni, per sapere cosa succederà se questo si perde un giorno, cosa vuol dire Alzheimer, cosa devo aspettarmi, morirà fra quindici giorni o morirà fra dieci anni, che precauzioni devo avere (...). Però non in una prospettiva di esperto e allievo, esperto e ignorante, ma nella logica dell'io posso darti qualcosa perché io ti sono vicino, quindi della logica della vicinanza, e quindi anche della condivisione e della solidarietà" (PCL1).*

### **12.3.2 VALUTAZIONE DELLA BONTÀ DELLA PRATICA**

#### *Efficienza*

Il progetto è nato grazie ad un contributo iniziale della Regione Liguria che ha finanziato le prime edizioni dei corsi per formatori di caregiver, cui hanno partecipato, tra gli altri, i due formatori che oggi fanno parte dell'équipe caregiver dell'Ats 36. I due formatori, così come gli altri due membri dell'équipe, sono dipendenti comunali, che affiancano all'attività già di loro pertinenza quella del Progetto caregiver, senza alcun aggravio economico per l'ente pubblico. In più, il progetto ottiene piccoli finanziamenti pubblici (poche migliaia di euro) su progetti specifici, quali la ginnastica per malati e caregiver e utilizza inoltre le risorse del territorio per lo svolgimento di alcune attività. Questa struttura organizzativa consente al progetto di essere stabile nel tempo anche in termini di risorse umane utilizzate, che si sono implementate dal 2004 ad oggi. L'esistenza dell'équipe strutturata, insieme all'attività che essa svolge di stimolo della rete comunitaria, consente al progetto di non essere legato alla presenza di particolari figure carismatiche<sup>159</sup>, ma ha la sua forza nei contenuti stessi del progetto. La vivacità di esso, peraltro, è testimoniata dalla sua continua evoluzione sulla base di un processo di valutazione riflessiva operato dagli operatori:

*Andando avanti stiamo cercando di modificare determinate cose, sulla base dell'esperienza. Ritengo che la possibilità di modificare, cambiare, viene facendo (PCL3/4).*

*"Noi siamo molto flessibili e quindi portiamo continui aggiustamenti; nelle nostre riunioni quindicinali, insomma, se ci sono idee nuove le portiamo nel gruppo, valutiamo se sono fattibili e quindi le prospettiamo ai nostri responsabili che finora non ci hanno mai detto di no (PCL6).*

---

<sup>159</sup> Peraltro, è opportuno sottolineare come, secondo la Responsabile scientifica e operativa del progetto, l'esito positivo del progetto dell'Ats 36 va in parte ricondotto al fatto che

*abbiamo avuto la fortuna di trovare due operatori che si sono identificati nel progetto. Il progetto caregiver è stato il loro riscatto nei confronti delle professioni alte, nei confronti dell'assistente sociale. Per cui loro adesso sono i veri paladini di questa iniziativa (PCL2).*



Il progetto ha nel tempo avuto un lento ma progressivo incremento dell'utenza, come si evince dalla Tabella 12-1.

Tabella 12-1 Numero medio di famiglie seguite per anno

Anno	N° medio di famiglie seguite
2003	30
2004	20
2005	30
2006	35
2007	40
2008	40
2009	40
2010	50

### Efficacia

Il progetto sembra rispondere in modo efficace ai bisogni dei *caregiver* e delle loro famiglie, tant'è vero che uno dei *caregiver* ha affermato:

*l'importante è che questo servizio non venga sospeso, perché è un servizio non importante, ma indispensabile" (PCL7).*

Il termine che più ricorre sia nelle interviste agli operatori sia nell'intervista collettiva ai *caregiver* è "solievo"

*Se devo pensare al cambiamento che la partecipazione a questo progetto ha portato nella mia famiglia, mi viene da dire che ci ha portato sollievo (...) Non siamo più soli ad affrontare la fatica quotidiana, sappiamo che c'è qualcuno sempre pronto ad ascoltarci, a darci suggerimenti (...) E poi non ti giudicano se dici che sei stanca, che non ce la fai più, che vorresti avere il tempo da dedicare a te stessa, andare dalla parrucchiera, andare in banca, fare le cose anche più normali (PCL7).*

Un problema da contrastare riguarda lo stigma che il *caregiver* comunque sente in moltissimi casi e quindi il suo isolamento in parte è dovuto alla difficoltà di accettare serenamente questa idea, a volte è dovuto all'impreparazione del contesto sociale

*Le famiglie continuano a ritornare con una senso di ... se vogliamo di sollievo, ecco, uno dei sentimenti che io trovo più diffusi è il sollievo, sollievo inteso in tanti modi. Intanto avere un luogo di ascolto privilegiato rispetto alle ansie dei *caregiver* (...). Quindi il *caregiver* si sente accolto, si sente compreso, e sente di avere un posto dove anche eventualmente poter sfogare le sue ansie senza timore di essere giudicato negativamente (PCL 3/4).*

Il progetto riesce a far uscire dall'isolamento i *caregiver*, incrementando le loro relazioni, prima di tutto favorendo la creazione di una rete fra i *caregiver* stessi:

*Non possiamo definire i nostri come gruppi di auto mutuo aiuto, però possono diventare occasione di aiuto, possono conoscersi, costruire relazioni, scambiarsi informazioni, opinioni e quant'altro (PCL3/4).*

*Ci sono tantissime famiglie. Prendiamole tutte assieme e facciamo un lavoro dove appunto mettiamo in rete queste famiglie che invece sono isolate, anche per farle uscire dal loro*

*isolamento (...). Questi non sono gruppi di auto mutuo aiuto, però il fatto che queste persone messe in circolo comunque possano condividere le loro problematiche aiuta molto. Perché se io so che un problema è solo mio e io sono sola ad affrontarlo questo problema è una cosa, invece se io so che è condiviso da altre persone, questo aiuta molto (PCL6).*

Uno dei principi ispiratori del progetto è l'attivazione delle risorse, prima di tutto quelle degli utenti:

*Io come istituzione posso dirti come fare l'inserimento nella Rsa, come presentare la documentazione per la non autosufficienza (...), però poi sono loro [i caregiver, ndr] che mi hanno dato degli input, perché loro navigando tanto in internet o sentendo in giro .... E mi hanno detto, sai il caffè Alzheimer (PCL5).*

Il processo di attivazione delle risorse degli stessi caregiver ha prodotto la costituzione di una Associazione (AFMA)

*che è attivissima ... e apro una parentesi su questa associazione, perché secondo me è importante che questa esperienza ha lasciato un segno così profondo nelle persone che presidente e vicepresidente dell'associazione sono due persone che hanno già perso i loro genitori, però si danno un gran da fare. Loro adesso hanno la gestione del Caffè Alzheimer lì a Cornigliano e stanno progettando un centro diurno perché avevano visto l'esperienza di un centro diurno che gli è piaciuto molto a Monza, non erano soddisfatti di quello che offriva la piazza genovese e quindi hanno progettato un Centro Diurno che rispondesse alle loro esigenze e lo hanno proposto al Comune (PCL2).*

L'efficacia del progetto, dunque, va ricercata sia nella ricaduta positiva sul benessere dei caregiver, che sono usciti dall'isolamento implementando così le loro reti relazionali, ma anche intermini di produzione di capitale sociale comunitario, attraverso la creazione di servizi aperti alla comunità. Non va dimenticato, inoltre, che attraverso la creazione della rete del progetto, nella quale sono coinvolti soggetti pubblici, di privato sociale e singoli cittadini, è stata incrementato il senso di appartenenza comunitaria e di responsabilità diffusa nei confronti dei malati di Alzheimer e dei loro familiari.

### *Relazionalità*

Sebbene il progetto non sia stato costruito insieme ai destinatari, è opportuno sottolineare che essi adesso rappresentano un interlocutore privilegiato per quanto riguarda la sua implementazione, eventuali correzioni di rotta, nuovi progetti, eccetera. Il fatto che l'Associazione nata dal progetto sia stata la destinataria della gestione del Caffè Alzheimer testimonia la relazione privilegiata fra gli operatori del progetto e gli utenti caregiver.

Il confronto continuo in équipe e con i caregiver rappresenta un importante strumento di valutazione che consente al progetto di assumere assetti nuovi, ritenuti più adeguati. Dalle parole di uno dei due formatori che hanno dato origine al progetto emerge anche un buon livello di riflessività degli operatori che li ha portati sia a chiedere aiuto che a rivedere alcuni aspetti del progetto:

*Dopo che abbiamo fatto noi il corso [di formazione dei formatori, ndr] ci hanno buttato un po' lì e sia io che la mia collega abbiamo fatto un po' di fatica, allora abbiamo chiesto l'aiuto di una psicologa (...). Dovevamo farci un po' le ossa rispetto a questa cosa. (...) Tornando all'evoluzione dei corsi, adesso la struttura è un pochino cambiata. L'aspetto di tipo informativo lo diamo nel momento del colloquio (...), le cose che ci sono adesso hanno una funzione più strategica, dare dei consigli, focalizzare l'attenzione sulle strategie da adottare. (...) E questo è un passetto*

*sicuramente più specializzato, diciamo così. (...) Abbiamo anche diminuito gli incontri, siamo arrivati a quattro più la verifica (PCL3/4).*

Il processo di progressivo affinamento del progetto ha anche portato alla costruzione di uno strumento di valutazione strutturato:

*Abbiamo introdotto un questionario che diamo ai familiari prima del corso e nell'ultima riunione che è finalizzato a raccogliere informazioni rispetto al cambio di atteggiamento dei familiari, quindi come si comportavano prima di partecipare a questa iniziativa e come si comportano dopo. (...) Naturalmente è una valutazione fatta utilizzando strumenti messi a disposizione della clinica neurologica, quindi testati scientificamente, non inventati da noi. (...) Abbiamo deciso di essere molto rigorosi su questo. Perché altrimenti non avrebbero valore (PCL 3/4).*

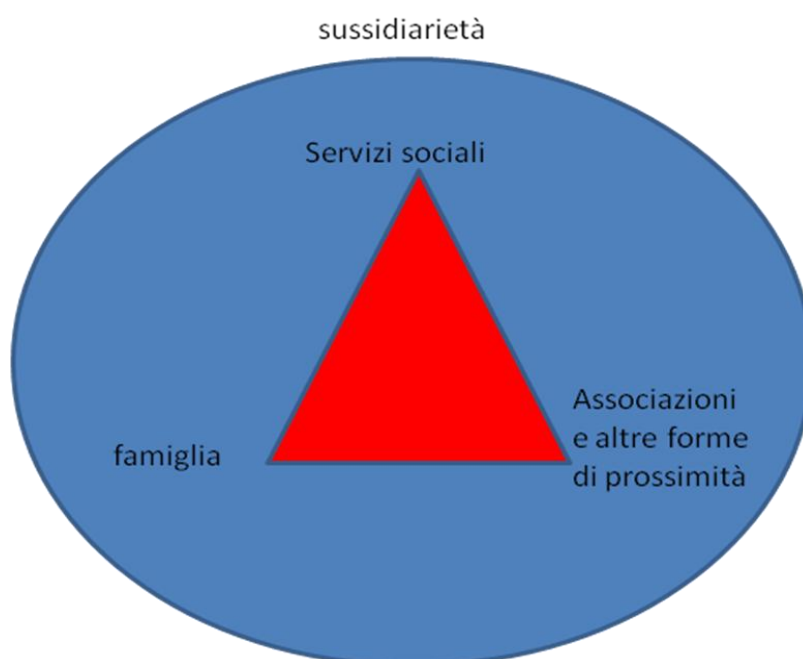
#### *Qualità etica dei fini*

Il Progetto *caregiver* ha come punto di partenza la valorizzazione delle reti associative, considerate

*non gestori di servizi a basso costo, ma lettori di un bisogno anche latente di cui però loro possono avere la sensibilità di ascoltarlo, di sentirlo, di avvertirlo per tempo (PCL1).*

Dunque, il modello prevede una triangolazione virtuosa fra tre attori: i servizi sociali, le famiglie che hanno in carico un malato di Alzheimer e le realtà dell'associazionismo e tutti quegli attori "prossimi" alle famiglie, secondo lo schema indicato nella Figura 12-2 La triangolazione dei soggetti.

Figura 12-2 La triangolazione dei soggetti



Nella relazione virtuosa tra i tre soggetti, realizzata secondo il principio del welfare sussidiario e plurale, ai servizi sociali spetta il compito di regia della rete e di attivazione/valorizzazione dei soggetti di terzo settore presenti. Questo è stato possibile nel territorio di Cornigliano, che ha una storia solidaristica molto radicata:

*noi abbiamo la fortuna di lavorare su un territorio che è ricco di reti associative per tradizione, è un territorio di antica cultura operaia quando la cultura operaia era ancora una cultura viva (PCL3/4).*

Tuttavia, la ricchezza di associazioni non è sufficiente a garantire la creazione di una rete: occorre che fra terzo settore e ente pubblico si crei un rapporto di fiducia, di reciproco riconoscimento, cosa che nel territorio da noi analizzato è accaduta:

*attraverso la conoscenza reciproca fra i vari attori presenti sia pubblici che privati si è consentito di creare un po' un circolo virtuoso per cui le informazioni a un certo punto hanno cominciato a camminare da sole" (PCL3/4).*

Questo tuttavia non accade sempre: talvolta c'è una diffidenza reciproca, l'incapacità di riconoscere le reciproche potenzialità, la mancanza di un comune senso di appartenenza comunitaria:

*È un problema innescare questo meccanismo (...). Questo secondo me è un difetto delle associazioni di volontariato... sono presidente di un'associazione di volontariato e questo lo denuncio anche per me... di essere attenti a una esigenza per segnalargli ad un altro che non sia a sostegno della propria associazione, è molto difficile. Sentirsi cioè membri di una comunità e non autoreferenziali, e non solo sostenitori di se stessi, è molto difficile. (...) Cioè entrare in una rete in cui il regista è il direttore del distretto è un passo culturale difficile da fare, anche perché c'è una cultura, uno stereotipo difficile da smontare che il buono venga dalle associazioni di volontariato e non dai servizi pubblici. Stereotipo che è dannoso in quest'ottica, perché blocca i processi (PCL1).*

È innegabile che il territorio di Cornigliano ha potuto beneficiare di un rapporto di fiducia fra pubblico e privato sociale preesistente al progetto *caregiver* e implementato attraverso il progetto stesso:

*il rapporto di fiducia è importante, è fondamentale, ci ha aiutati (PCL5).*

Uno degli elementi più importanti del progetto (che ha ricevuto una menzione al Premio Amico della Famiglia 2009 della Presidenza del Consiglio e che è stato oggetto di un progetto europeo Daphne con Svezia e Lituania) è rappresentato dall'aver assunto come fondamentale il sostegno alla famiglia e non al singolo soggetto. Assumere la famiglia come destinataria del progetto significa prestare attenzione alle relazioni interne ed esterne della famiglia.

*Vedrei questi corsi in quest'ottica: mettere in rete i familiari tra loro, i familiari con gli enti e la costruzione fra gli enti stessi e il privato sociale (PCL3/4).*

Puntare l'attenzione sulle relazioni familiari, a fronte della presenza di un malato cronico, richiede talvolta di ampliare la propria visuale e quindi rivedere alcune parti del servizio/progetto: in questo caso, ad esempio, ci si sta interrogando su come coniugare il prendersi cura del familiare nel caso in cui sia presente anche un'assistente familiare:

*è pensabile che l'assistente familiare condivida con il familiare titolare del contratto una condivisione di un progetto (...) non uno che dà ordini e l'altra che esegue ... cioè nell'asimmetria che comunque dovrà esserci, peso io ti pago e tu ricevi il denaro .... In questa asimmetria possono esserci delle dinamiche di corresponsabilità rispetto alla qualità della vita da tutelare per te, per me, per l'anziano, che possano avere senso e a che condizioni? (PCL1).*

Un altro tema sul quale il progetto si sta interrogando riguarda il concetto stesso di “famiglia”: avendo a che fare con anziani talvolta soli, diventa importante chiedersi se è possibile ricostruire in modo vicario i legami familiari attraverso forme di vicinanza e relazioni che non sono di sangue, ma di prossimità. In questo senso il progetto sta declinando la “familiarità” delle relazioni in modo più ampio:

*è famiglia quel vicino che ogni mattina viene a scaricarti l'immondizia del giorno prima, che viene a portarti il pane o che viene ad aiutarti ad alzarti indipendentemente dal legame di sangue (PCL1).*

Ritorna qui la responsabilità di chi è “prossimo” a chi è solo, debole, dipendente: in un certo senso il senso di responsabilità si diffonde nella comunità, nelle relazioni (già attive o da attivare) più vicine alla persona, sia essa il malato o il *caregiver*, andando a ricreare almeno in parte quel senso di appartenenza che, come abbiamo visto sopra, è elemento indispensabile per il benessere dei soggetti.

## **12.4. IL PROGETTO *caregiver* DALLA PARTE DI CHI LO VIVE: ANALISI CARTA E PENNA**

### **12.4.1 SINTESI INTERVISTE AL REFERENTE DEL PROGETTO E AGLI OPERATORI**

Dalla comparazione delle analisi del contenuto delle interviste al referente e agli operatori sono emerse le seguenti aree tematiche come maggiormente rilevanti e ricorrenti:

- [1]** Condizione di stress e di isolamento del *caregiver*
- [2]** Inadeguatezza dei servizi sociali e sanitari nel dare risposte integrate
- [3]** Caffè Alzheimer come luogo di benessere
- [4]** Generatività del progetto → nascita dell’Afma
- [5]** Ruolo strategico del volontariato
- [6]** Ruolo di regia del Distretto
- [7]** Capacità del progetto di accogliere i feed back → flessibilità
- [8]** Importanza del lavoro in équipe → confronto, valorizzazione
- [9]** Supportare e attivare la rete sia fra i *caregiver* che fra le varie realtà del territorio
- [10]** Radicamento sul territorio → risorsa

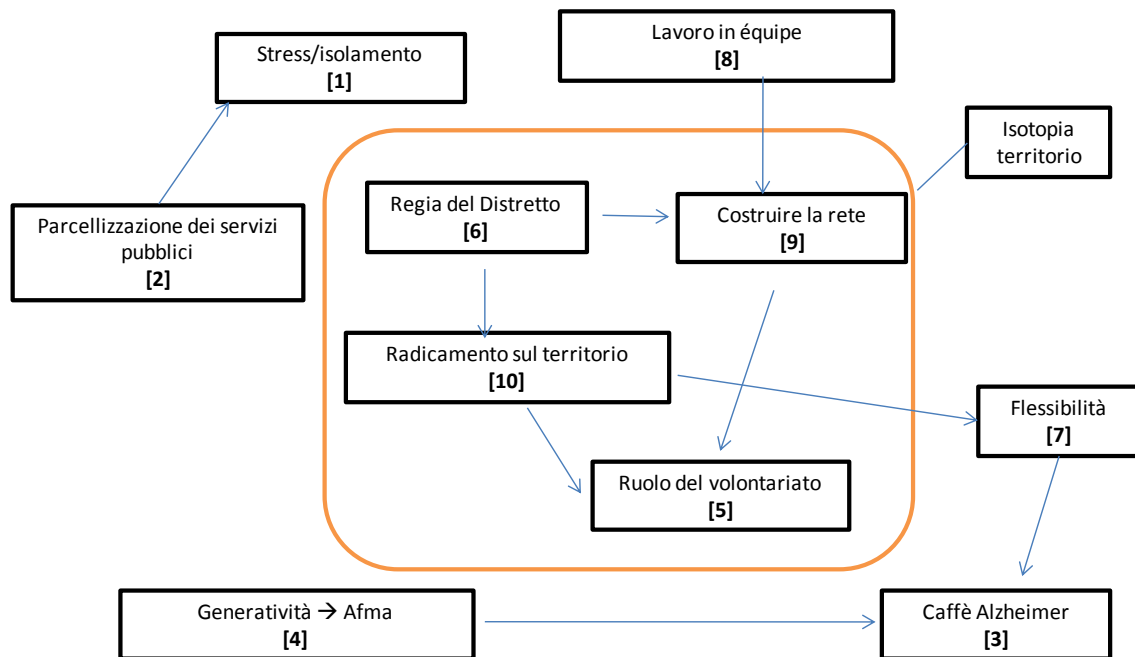
Gli operatori del progetto sono dipendenti comunali che credono molto nella validità del progetto e per questo dimostrano di “metterci del proprio” nel lavoro che fanno **[1]**, sapendo che l’efficacia dell’intervento prende le mosse dalla costruzione di un rapporto di fiducia con le famiglie utenti e con il territorio. Per mettere a proprio agio gli utenti *caregiver*, gli operatori abbandonano spesso la scrivania, per andare a incontrare gli utenti “per le strade” **[3]**, sia per motivi di comodità che per la visione spesso stigmatizzante che i *caregiver* hanno dei servizi del distretto. Il lavoro sul territorio è fondamentale in questo tipo di attività **[2]**, perché consente di costruire la rete di supporto dei *caregiver* e delle loro famiglie: per questo motivo gli operatori hanno “rastrellato” personalmente il territorio per costruire legami con i servizi pubblici, le associazioni, la società civile in generale.

Il lavoro di équipe **[5]**, consente agli operatori un confronto continuo e la valorizzazione delle reciproche competenze e capacità, consente di arricchirsi reciprocamente e permette di trovare nuove idee per migliorare il progetto che, anche sulla scorta di suggerimenti esterni all’équipe, è in costante mutamento **[4]**. Le circa 250 famiglie seguite dagli operatori hanno la garanzia di un contatto costante **[7]**, pur nel rispetto dei tempi, delle modalità e delle richieste di ciascuna.

Dal progetto è nato il caffè Alzheimer, che è un luogo aperto non solo ai malati e ai loro familiari, ma alle associazioni, ai cittadini, a chiunque desideri conoscerlo: si caratterizza dunque, non come luogo di malattia, ma come luogo di benessere [6], sia per gli utenti che per gli operatori, i volontari, i cittadini.

La criticità emersa è la scarsa pubblicizzazione data dal Comune di Genova al progetto [8], che, proprio per le sue caratteristiche, potrebbe dare una risposta ad un'utenza più vasta e - presumibilmente - lasciata sola da altri servizi.

Figura 12-3 Grafico di sintesi delle interviste agli operatori



Come si evince dalla Figura 12-3, una delle chiavi centrali del progetto *caregiver* è rappresentata dal radicamento del progetto sul territorio. Questo significa anzitutto affidare la responsabilità del progetto al Distretto [10] che lo gestisce in rima persona attraverso personale proprio, in questo caso ben conosciuto e a sua volta ben consapevole dei bisogni e delle risorse del territorio. Il fatto che gli operatori lavorino da molti anni nel sociale a Cornigliano fa sì che conoscano già i servizi, pubblici e di privato sociale, e che siano da essi conosciuti: questo è un vantaggio nell'attività di tessitura dei rapporti fra soggetti che consentono di andare a costruire la rete di supporto ai *caregiver* [9]. All'interno della rete svolgono un ruolo fondamentale le associazioni di volontariato [5] che, secondo lo spirito originario del progetto, hanno il carisma della "prossimità", sono cioè più vicini alle famiglie e dunque sono in grado di cogliere precocemente segnali di stress, stanchezza, isolamento [1] che colpiscono i *caregiver* quando hanno in carico un familiare malato di Alzheimer. La situazione dei *caregiver* è resa ancora più pesante dalla mancanza di una integrazione dei servizi, dalla loro eccessiva parcellizzazione, dalla mancanza di informazioni da parte dell'ente pubblico in merito ai diritti ed ai servizi di cui i malati d Alzheimer e i loro familiari possono godere [2]. Grazie al fatto di lavorare in équipe [8], gli operatori possono garantire ai *caregiver* un sostegno costante, sia telefonico che di persona, sia di tipo informativo che di sostegno nei momenti di maggiore fatica personale. Il lavoro in équipe è vissuto dagli operatori anche come una risorsa per essi stessi, in quanto consente di valorizzare le potenzialità di ciascuno, cogliendone le peculiarità e le capacità. Lavorare in équipe consente di essere maggiormente creativi, di essere facilitati nel cogliere e valutare i feed back che giungono dalla rete per poter portare al progetto gli aggiustamenti necessari in un'ottica di flessibilità [7]. Un esempio di capacità di accogliere gli stimoli provenienti dall'esterno dell'équipe è il caso del

Caffè Alzheimer, nato a Cornigliano su spinta di alcuni *caregiver*, messo a punto dall'Amministrazione comunale e dato poi in gestione ad una Associazione nata dai *caregiver* stessi [4]. Il progetto, infatti, ha dimostrato una generatività di stampo comunitario in quanto alcuni utenti *caregiver* hanno dato vita alla Associazione Famiglie Malati di Alzheimer (Afma) che, oltre a gestire il Caffè Alzheimer, è un soggetto molto attivo nella rete del progetto ad esempio diffondendo informazioni sia sulla malattia che sui servizi, operando in termini di advocacy nei confronti dell'ente pubblico, fornendo supporto competente in termini esperienziali ad altri *caregiver*. Da segnalare che attualmente presidente e vicepresidente dell'Associazione sono persone che ormai hanno perso i loro familiari malati, ma hanno sviluppato un senso di responsabilità nei confronti del benessere comunitario che li ha portati a proseguire nel loro impegno in questo settore.

#### 12.4.2 SINTESI INTERVISTE AI CAREGIVER

I cinque *caregiver* incontrati hanno espresso grande soddisfazione per il servizio loro offerto dal Progetto *caregiver*. Uno dei termini più ricorrenti nelle verbalizzazioni dei familiari è stato "solievo": sollievo di non sentirsi più soli nell'affrontare la fatica della cura costante ad un familiare malato di Alzheimer; sollievo nel superare il senso di colpa di sentirsi stanchi, sfiniti dal lavoro di cura e dal vedere il proprio caro deperire sempre di più; sollievo nel trovare risposte a tanti perché; sollievo nel trovare una guida attraverso la giungla dei servizi.

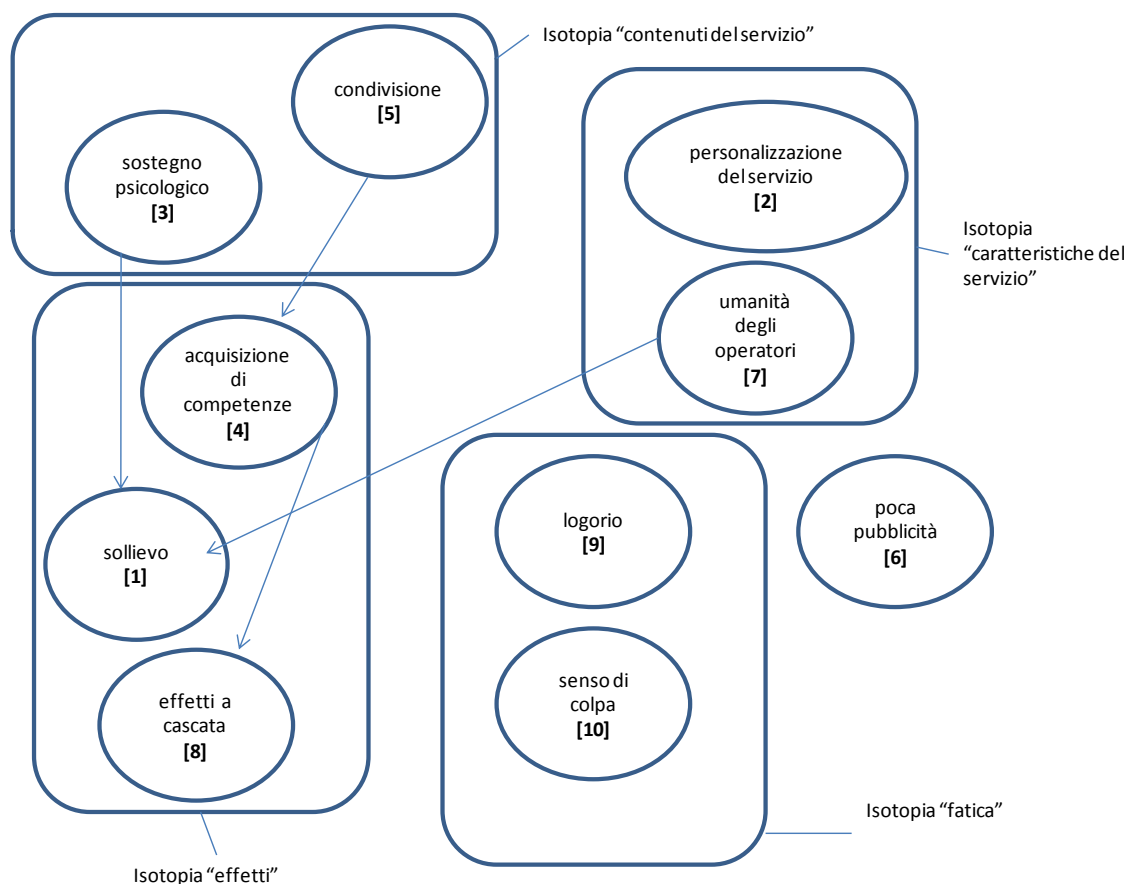
*Trovare queste persone che sono sempre pronte ad ascoltarti, mi ha dato molto sollievo. (...) Poi ho incontrato altre persone nella mia stessa situazione: con loro abbiamo condiviso il senso di colpa che ti prende quando non ce la fai più, ci siamo dati dei consigli, ci siamo scambiati indirizzi. Ho anche trovato la badante per mio padre parlando con un altro familiare.(PCL 7)*

Dalle parole dei *caregiver* è emersa con grande forza la fatica di prendersi cura di un malato, seppure con il supporto dell'assistente domiciliare: il carico fisico e psicologico è infatti notevole, e talvolta fa nascere conflitti tra familiari. Trovare le strategie per gestire le relazioni diventa quindi una necessità, alla quale il progetto ha dato risposte.

Qui di seguito le aree tematiche che sono emerse come rilevanti nel colloquio con i *caregiver*:

- [1] sollievo;
- [2] personalizzazione servizio;
- [3] sostegno psicologico;
- [4] acquisizione di competenze;
- [5] condivisione;
- [6] poca pubblicità;
- [7] umanità degli operatori;
- [8] effetti a cascata;
- [9] logorio
- [10] senso di colpa.

Figura 12-4 Grafico di sintesi delle interviste ai caregiver



La voce dei *caregiver* ha sottolineato – come abbiamo accennato poco sopra – la dimensione di fatica del lavoro quotidiano di cura; una fatica che si esplicita principalmente nel logorio **[9]** che colpisce sia il fisico, chiamato a dare assistenza 24 ore su 24, talvolta con attività anche fisicamente pesanti (spostare la persona allettata, ad esempio), con notti insonni, con la necessità di contenere il malato quando ha crisi di rabbia e/o violente, ma che colpisce profondamente anche la dimensione psicologica del *caregiver*, chiamato ad essere accanto empaticamente ad un parente che sta perdendo i contatti con la realtà, che talvolta non riconosce le persone, che può diventare aggressivo e violento. La fatica talvolta diventa voglia di cedere, di rinunciare alla responsabilità della cura, o più semplicemente

*qualche volta mi piacerebbe andare al cinema o a teatro, uscire con le amiche, ma anche quelle se ne sono andate. Questa è una malattia che uccide il paziente e chi gli sta accanto. E allora ti dici: ma chi me lo fa fare? Basta, non ce la faccio più. (PCL 7)*

A questo sentimento di sfinimento si associa quasi sempre il senso di colpa **[10]** per avere pensato di rinunciare, per non essere delle brave figlie, o mogli, o mariti.

Uno dei pregi del servizio è proprio quello di accogliere ogni *caregiver* in modo personalizzato **[2]**, con le sue fatiche personali, le sue risorse, le sue relazioni familiari. Ogni familiare, infatti, si sente accolto, compreso e riconosciuto per quello che è: merito, secondo i *caregiver*, della grande umanità **[7]** degli operatori che

*sono persone meravigliose. Ho avuto la fortuna di incontrare loro, e per me c'è un prima e c'è un dopo. Un prima fatto di paure, solitudine, ansia... Un dopo fatto di persone che ti accolgono, parlano con te, sanno ascoltarti, sanno guidarti. (PCL 7)*



La partecipazione al progetto *caregiver* ha fornito soprattutto la possibilità di condividere **[5]** con altre persone nella stessa situazione un pezzo di strada: una condivisione fatta sia di sostegno psicologico reciproco **[3]**, pur non essendoci gruppi di auto mutuo aiuto, sia di informazioni fatte girare fra *caregiver*, utili per districarsi nel complesso mondo dei servizi per la non autosufficienza, in una città, come Genova, che ha una superficie assai estesa e i servizi sono disseminati su tutto il territorio.

L'esito della partecipazione al progetto è stato sintetizzato dagli intervistati in tre punti: anzitutto un senso di sollievo **[1]**, legato al sentirsi appartenenti a un gruppo di persone con le stesse problematiche, ma anche alla possibilità di trovare risposte alle proprie domande, e al fatto di ricevere e offrire sostegno. Un ulteriore esito è stata l'acquisizione di competenze **[4]** riguardanti il decorso della malattia, le modalità di gestione di alcuni eventi che possono capitare al malato (crisi di aggressività, fuga, ecc.) o alla rete familiare (come gestire i conflitti legati al logorio della cura, ad esempio), le possibilità e le modalità di accesso a servizi. Interessante notare come i *caregiver* sottolineino che la partecipazione al progetto ha avuto ricadute positive non solo sui diretti interessati, ma anche sui familiari e sugli assistenti familiari coinvolti nella cura, grazie ad un proficuo effetto cascata **[8]** che ha trasferito competenze e benessere pur in una situazione di grande fatica.

Un elemento problematico segnalato è stato la scarsa pubblicizzazione **[6]** del servizio nel territorio, riducendo, in questo modo, la possibilità di accesso ad altri potenziali utenti. È questo un aspetto emerso anche dalle interviste agli operatori.

## 13. LE PANCHINE NEL PARCO: L'ESPERIENZA DELL'ALZHEIMER CAFÈ DI CORNIGLIANO, GENOVA

di Stefania Meda

### 13.1. DESCRIZIONE DEL CASO STUDIATO

*Le panchine nel parco* è il suggestivo nome dell'Alzheimer Café gestito dall'associazione AFMA (Associazione Famiglie di Malati di Alzheimer) all'interno dei Giardini della Biblioteca Guerrazzi di Genova. I Caffè Alzheimer sono esperienze sorte in Olanda alla fine degli anni '80 da un progetto dello psicogeriatra Bere Miesen, quindi si sono diffusi in Inghilterra, Germania, Belgio, Grecia e Australia. Sono luoghi dove malati, famigliari, *caregivers* e volontari possono incontrarsi, bere una bibita o un caffè insieme e, grazie al confronto con esperti del settore, ricevere informazioni e scambiarsi esperienze. Un clima e un'atmosfera rilassati tra persone coinvolte nello stesso problema offrono la possibilità di uscire dal tabù che spesso circonda questa malattia.

Il Café Alzheimer *Le panchine nel parco* di Genova è uno spazio gratuito e informale dove si svolgono incontri e momenti di convivialità a favore dei malati di Alzheimer e dei loro familiari in un'atmosfera accogliente e rilassata. Gli ospiti (200 nel 2010, a rotazione) sono seguiti dai volontari AFMA e da operatori specializzati. Le attività sono mirate a preservare e stimolare le capacità residue di concentrazione e manualità e sono portate avanti o dai familiari stessi o da operatori esperti. Si svolgono laboratori di musicoterapia, decoupage, giardinaggio, modellatura di materiali vari, ginnastica dolce, pet therapy e così via. Il Café Alzheimer è aperto al pubblico tutti i martedì dalle 15.00 alle 18.00 e il venerdì dalle ore 15.00 alle 18.00.

L'associazione AFMA Onlus, che gestisce *Le panchine nel parco*, fu fondata con atto costitutivo e statuto nel 22 gennaio 2007 e attualmente risulta iscritta nel registro regionale delle organizzazioni di volontariato con decreto n. 3213 del 22/10/2007 della Regione Liguria. I soci fondatori provengono da corsi di formazione per "*caregiver*" iniziati nel 2004 presso l'Ambito Territoriale Sociale n. 36 di Genova. Tutti gli aderenti, così come i soci fondatori, sono famigliari che hanno, o che hanno avuto, un proprio caro colpito dal morbo di Alzheimer. Lo scopo statutario è quello di informare e sensibilizzare l'opinione pubblica e tutte le figure professionalmente coinvolte dalla malattia; stimolare - per quanto possibile - la ricerca; assistere e sostenere i malati di Alzheimer e le loro famiglie promuovendo la nascita di centri pilota per la diagnosi e l'assistenza nonché la per la formazione di personale socio/sanitario specializzato.

Presso la segreteria dell'associazione, i volontari AFMA incontrano i famigliari dando loro un primo sostegno emotivo e forniscono consigli utili sui comportamenti da tenere con il malato e il resto della famiglia. Vi è poi un servizio di segretariato sociale per dare indicazioni su tutte le pratiche burocratiche necessarie a ottenere benefici economici e ausili protesici e vengono forniti nominativi di associazioni e cooperative presenti sul territorio, che svolgono servizi di trasporto, assistenza domiciliare e consulenza fiscale.

Attualmente l'AFMA vede impegnati una decina di volontari per 60 ore settimanali circa, grazie ai quali riesce a offrire un servizio interamente gratuito ai suoi iscritti. L'associazione ha all'attivo collaborazioni con vari enti del territorio: l'ASL, che ha in carico la parte sanitaria; i servizi sociali territoriali, i centri per la famiglia e gli ospedali, che provvedono agli invii e ai contatti con le famiglie; gli Assessorati dai quali ottengono finanziamenti e patrocinii; il Tribunale per le questioni relative agli amministratori di sostegno e le Università ai fini di studio e ricerca sulla malattia di Alzheimer. L'AFMA è inoltre in rete con altre organizzazioni di volontariato che si occupano di demenze e con le Parrocchie del territorio per organizzare incontri di informazione e

sensibilizzazione e promuovere contatti con le famiglie. Collabora inoltre con associazioni familiari e reti informali.

L'AFMA, infine, si sta muovendo per aprire a breve, nel ponente genovese, un centro diurno di II livello, specifico per persone colpite dal morbo di Alzheimer.

### 13.2. METODOLOGIA

Dal punto di vista metodologico, per l'elaborazione dello studio di caso sono state realizzate sei interviste individuali e una di gruppo. L'intervista di gruppo è servita a raccogliere il punto di vista del presidente dell'associazione, del presidente e della vicepresidente del comitato esecutivo, del referente del comitato scientifico, tutti ex familiari di anziani malati di Alzheimer. Le interviste individuali sono state somministrate a un socio fondatore di AFMA, che ricopre anche il ruolo di volontario ed ex familiare di un malato; 4 familiari di malati di Alzheimer che frequentano il Café *Le panchine nel parco*; e un malato.

Intervistato	Strumento
Presidente AFMA	Traccia per intervista al responsabile del servizio (C) - intervista di gruppo
Referente Comitato Scientifico AFMA	Cfr. Sopra
Volontario, presidente del Comitato Esecutivo	Cfr. Sopra
Volontaria, vicepresidente del Comitato Esecutivo	Cfr. Sopra
Socio fondatore, volontario ed ex familiare	Traccia per soggetti operativi (D)
Familiare di malato, fruitore Café Alzheimer	Strumenti per utenti/familiari (E)
Familiare, fruitore Café Alzheimer	Strumenti per utenti/familiari (E)
Familiare, fruitore Café Alzheimer	Strumenti per utenti/familiari (E)
Familiare, fruitore Café Alzheimer	Strumenti per utenti/familiari (E)
Utente Café Alzheimer, malato	Strumenti per utenti/familiari (E)

I contenuti delle interviste sono stati trascritti *verbatim* e sottoposti ad analisi inferenziale del contenuto.

Inoltre, è stato raccolto materiale cartaceo e online sull'esperienza del Café Alzheimer *Le panchine nel parco* e *Il manuale del Caregiver*, una pubblicazione preparata all'interno del "Progetto Caregiver - sostegno alle famiglie di anziani dementi attraverso incontri formativi" proposto dall'ISTISS (Istituto per gli Studi sui Servizi Sociali Onlus) di Roma, con il contributo della Regione Liguria, Assessorato alle Politiche Sociali, Assessorato alla Salute e Settore Assistenza Distrettuale e Servizi Sociali, alla cui stesura hanno partecipato membri di AFMA e esperti esterni.

### 13.3. ANALISI DELLA BUONA PRATICA

ANALISI DI UN SERVIZIO RELAZIONALE	
<i>Il problema/bisogno a cui l'intervento risponde</i>	<p>Momenti di incontro e intrattenimento per familiari e malati.</p> <p>Servizio di <i>respite</i> per i familiari dei malati.</p> <p>Attività per il mantenimento di concentrazione e manualità residue.</p> <p>Informazione, orientamento e sensibilizzazione sulla malattia di Alzheimer e sulla rete dei servizi per il malato e i suoi familiari.</p> <p>In prospettiva, con l'apertura del Centro diurno, possibilità assistenziale di alta qualità (anche tecnologica) per il malato e la sua famiglia.</p>

<b>A</b>	mezzi utilizzati	<i>Dieci volontari AFMA a rotazione, un comitato scientifico e operatori esperti esterni all'occasione. Uno spazio all'interno dei Giardini della Biblioteca Guerrazzi messo a disposizione dal Comune.</i>
<b>G</b>	obiettivo dell'intervento	<i>Offrire ai malati di Alzheimer e ai loro familiari uno spazio di incontro, condivisione e intrattenimento. Mantenere le abilità residue dei malati e incrementare le competenze relazionali e di assistenza dei familiari. Informare e orientare i familiari dei malati sulla malattia stessa e sulla rete dei servizi.</i>
<b>I</b>	Regole metodi	<i>Incontri animativi, intrattenitivi e riabilitativi. Seminari e convegni.</i>
<b>L</b>	modello di valore	<i>La malattia di Alzheimer è una patologia che rischia fortemente le relazioni familiari, che per questo motivo vanno sostenute e accompagnate. Reciprocazione dell'aiuto ricevuto e sostegno alle generazioni che in futuro si troveranno ad affrontare la malattia di Alzheimer e la necessaria assistenza ai familiari malati. Maggiore cultura della malattia e della cura.</i>
<b>VALUTAZIONE DELLA BONTÀ DELLA PRATICA</b>		
<b>A</b>	Efficienza	
	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ numero di soggetti raggiunti</li> </ul>	<i>200 famiglie/malati nel 2010 turnano nella frequenza dell'Alzheimer Café</i>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ c'è una congruità tra mezzi e fini?</li> </ul>	<i>Risorse adeguate: la presenza di volontari familiari garantisce un clima di accoglienza, ascolto, condivisione con gli altri familiari; mentre la presenza di un comitato scientifico altamente qualificato copre l'area di necessità sanitarie specifiche. Gratuità del servizio. Auspicabile l'acquisizione di spazi ulteriori e la disponibilità di più volontari in modo da tenere aperto il Café Alzheimer più di due pomeriggi a settimana.</i>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ il progetto è sostenibile nel tempo?</li> </ul>	<i>Donazioni individuali e quote associative. Uso in comodato gratuito di una struttura comunale dove accogliere gli ospiti. Fondi comunitari per il Centro Diurno.</i>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ è in grado di capitalizzare l'esperienza acquisita o la disperde?</li> </ul>	<i>Non è possibile prevedere se l'esperienza continuerà anche dopo il venir meno delle persone che l'hanno avviato. Attualmente, trae origine da una capitalizzazione di esperienze personali precedenti.</i>
<b>G</b>	Efficacia	
	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ promuove l'empowerment dei destinatari?</li> </ul>	<i>I familiari vengono resi più competenti rispetto all'assistenza del loro congiunto. La possibilità inoltre di essere informati sui servizi e di accedere a un manuale per il caregiver, ricco di informazioni pratiche e di consigli relazionali, promuove l'empowerment dei soggetti famiglia. Al tempo stesso, le attività per i malati sono pensate per mantenere il più a lungo possibile e abilità residue.</i>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ incrementa il capitale sociale primario, comunitario e generalizzato?</li> </ul>	<p><i>Le famiglie beneficiarie si sentono meno sole e notano dei benefici anche per i propri congiunti dati dalla socializzazione delle esperienze.</i></p> <p><i>Gli sforzi dei volontari AFMA tendono a incrementare il capitale sociale primario, comunitario e generalizzato, partendo da una situazione iniziale di crisi della fiducia e delle relazioni collaborative.</i></p>
<b>I</b>	Relazionalità	
	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ il servizio è stato progettato/realizzato in modo partecipato fin dalla definizione del bisogno/problema a cui risponde?</li> </ul>	<p><i>Il progetto non è realizzato in partnership, ma ha visto crescere nel tempo le collaborazioni con enti di terzo settore, associazioni familiari e reti informali, con le parrocchie e con le istituzioni (ASL, ospedali, servizi sociali, Assessorati, Tribunale, centri per la famiglia) soprattutto per quanto riguarda l'invio e i contatti con le famiglie.</i></p> <p><i>La progettazione delle attività è in toto a carico dell'associazione AFMA.</i></p>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ coinvolge i beneficiari nell'attuazione?</li> </ul>	<p><i>I beneficiari sono invitati a partecipare alle attività del Café Alzheimer e a impiegare le proprie skills a favore degli utenti.</i></p>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ realizza la valutazione degli interventi ed è in grado di utilizzare riflessivamente i risultati?</li> </ul>	<p><i>Non vengono effettuate valutazioni periodiche sistematiche.</i></p>
<b>L</b>	qualità etica dei fini	
	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ il servizio è adeguato all'implementazione del welfare sussidiario plurale?</li> </ul>	<p><i>L'intero servizio è progettato e gestito dal terzo settore, in connessione non strutturata con i servizi socio sanitari distrettuali.</i></p>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ È finalizzato al raggiungimento di un benessere di tipo relazionale?</li> </ul>	<p><i>Il benessere del soggetto destinatario è pensato come strettamente correlato a quello delle sue relazioni familiari, la presa in carico è in effetti di tipo familiare e lo scopo è quello di dare sollievo e accompagnamento ai familiari di malati di Alzheimer nel loro percorso quotidiano di assistenza, anche a fronte di un vuoto istituzionale.</i></p>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ introduce un valore aggiunto (pluralizza) nell'offerta dei servizi?</li> </ul>	<p><i>Il Café Alzheimer arricchisce in modo concreto la risposta al bisogno familiare, colmando un vuoto di supporti e orientamento.</i></p>

Il Café Alzheimer *Le panchine nel parco* è un servizio di incontro e intrattenimento per familiari e malati e di *respite* per i familiari dei malati, che possono affidare per alcune ore i propri cari alle cure di volontari attenti ed esperti. Le attività a favore dei malati che vengono svolte al Café Alzheimer sono finalizzate all'esercizio e al mantenimento della manualità e delle abilità di concentrazione residue. Il servizio risponde anche al bisogno di informazione, orientamento e sensibilizzazione sulla malattia di Alzheimer e sulla rete dei servizi per il malato e i suoi familiari. In prospettiva, con l'apertura del Centro diurno, si darà risposta alle necessità assistenziali su base continuativa, senza ricorrere al ricovero, in una struttura dotata di tutti i comfort, ambienti adeguati al malato e alla sua famiglia e con tecniche assistenziali all'avanguardia.

Attualmente, a *Le panchine nel parco* sono impegnati dieci volontari AFMA a rotazione. L'associazione è dotata inoltre di un comitato scientifico e si avvale della collaborazione di operatori esperti esterni all'occasione. L'Alzheimer Café beneficia di uno spazio (bar) all'interno dei Giardini della Biblioteca Guerrazzi messo a disposizione dal Comune.

L'obiettivo dell'intervento è di offrire ai malati di Alzheimer e ai loro familiari uno spazio di incontro, condivisione e intrattenimento, lavorando sulle abilità residue dei malati e incrementando le competenze relazionali e di assistenza dei familiari. Collateralmente all'attività

principale, l'obiettivo è di informare e orientare i familiari dei malati sulla malattia stessa e sulla rete dei servizi, attraverso un servizio di segretariato sociale e la possibilità di confronto con esperti. La sensibilizzazione sulla malattia per operare un cambiamento culturale a livello sociale e comunitario rientra negli obiettivi dell'esperienza.

Gli obiettivi vengono realizzati attraverso incontri animativi, intrattenitivi e riabilitativi. L'AFMA organizza inoltre convegni e seminari sulla malattia di Alzheimer e corsi di formazione per *caregiver*, in collaborazione con le istituzioni pubbliche e le università.

Il modello valoriale soggiacente l'azione si rifà a una concezione della malattia di Alzheimer come una patologia che rischia fortemente le relazioni familiari (oltre che come disturbo fortemente invalidante per il singolo), che per questo motivo vanno sostenute e accompagnate. L'idea di fondo è anche quella di una reciprocazione dell'aiuto ricevuto e un sostegno alle generazioni che in futuro si troveranno ad affrontare la malattia di Alzheimer e la necessaria assistenza ai familiari malati. Infine, si rifà alla dimensione sociale della malattia, su cui è necessario lavorare, per favorire una maggiore cultura della malattia e della cura.

L'Alzheimer Café *Le panchine nel parco* rappresenta una buona pratica per la sua efficienza, in quanto c'è una congruità tra mezzi e fini: la presenza di volontari familiari garantisce un clima di accoglienza, ascolto, condivisione con gli altri familiari; mentre la presenza di un comitato scientifico altamente qualificato copre l'area di necessità sanitarie specifiche. La gratuità del servizio non è da trascurare come vantaggio di cui possono beneficiare gli utenti. In prospettiva, sarebbe auspicabile l'acquisizione di spazi ulteriori e la disponibilità di più volontari in modo da tenere aperto il Café Alzheimer più di due pomeriggi a settimana.

Anche la sostenibilità del progetto nel tempo rappresenta un elemento che lo qualifica come buona pratica: il progetto intercetta donazioni individuali e si sostiene con le quote associative, che servono principalmente per la copertura dei costi assicurativi. Il Café Alzheimer inoltre beneficia dell'uso in comodato gratuito di una struttura comunale dove accogliere gli ospiti. Il progetto *in fieri* del Centro Diurno invece gode del supporto di fondi comunitari.

Considerando l'origine recente del Café Alzheimer non è possibile prevedere se l'esperienza continuerà anche dopo il venir meno delle persone che l'hanno avviato. Di sicuro, attualmente, trae origine da una capitalizzazione di esperienze personali precedenti. La matrice familiare dell'associazione che gestisce *Le panchine nel parco* fa presupporre un passaggio del testimone in futuro.

Il progetto promuove l'*empowerment* dei destinatari attraverso l'incontro e la condivisione di esperienze con volontari che a loro volta hanno esperito la gravosa assistenza a un familiare malato di Alzheimer e con esperti, in questo modo i familiari vengono resi più competenti rispetto all'assistenza del loro congiunto. La possibilità inoltre di essere informati sui servizi e di accedere a un manuale per il *caregiver*, ricco di informazioni pratiche e di consigli relazionali, promuove l'*empowerment* dei soggetti famiglia. Al tempo stesso, le attività per i malati sono pensate per mantenere il più a lungo possibile le abilità residue.

Attraverso la condivisione delle esperienze, le famiglie beneficiarie si sentono meno sole e notano dei benefici anche per i propri congiunti. I volontari AFMA sono provengono da una precedente esperienza personale di assistenza a un familiare malato di Alzheimer e traggono motivazione per il proprio impegno dalla reciprocazione e dalla solidarietà. I loro sforzi congiunti tendono a incrementare il capitale sociale primario, comunitario e generalizzato, partendo da una situazione iniziale di crisi della fiducia e delle relazioni collaborative.

Il progetto non è realizzato in *partnership*, ma ha visto crescere nel tempo le collaborazioni con enti di terzo settore, associazioni familiari e reti informali, con le parrocchie e con le istituzioni (ASL, ospedali, servizi sociali, Assessorati, Tribunale, centri per la famiglia) soprattutto per quanto riguarda l'invio e i contatti con le famiglie.

La progettazione delle attività è in toto a carico dell'associazione AFMA.

I beneficiari sono invitati a partecipare alle attività del Café Alzheimer e a impiegare le proprie *skills* a favore degli utenti, attraverso le attività di decoupage, canto etc.

Non vengono effettuate valutazioni periodiche sistematiche

L'intero servizio è progettato e gestito dal terzo settore, in connessione non strutturata con i servizi socio sanitari distrettuali. Il tipo di legame non è tale da parlare di welfare sussidiario plurale e il ruolo del TS sembra essere vicario rispetto al pubblico e al mercato.

Il benessere del soggetto destinatario è pensato come strettamente correlato a quello delle sue relazioni familiari, la presa in carico è in effetti di tipo familiare e lo scopo è quello di dare sollievo e accompagnamento ai familiari di malati di Alzheimer nel loro percorso quotidiano di assistenza, anche a fronte di un vuoto istituzionale.

Il Café Alzheimer arricchisce in modo concreto la risposta al bisogno familiare, colmando un vuoto di supporti e orientamento.

#### **13.4. LA "BUONA PRATICA" DALLA PARTE DI CHI LA VIVE: ANALISI CARTA E PENNA**

##### **13.4.1 LA VOCE DEGLI OPERATORI**

L'intervista di gruppo realizzata con la presidente dell'associazione AFMA, con il referente sanitario e con presidente e vicepresidente del comitato esecutivo e l'intervista a uno dei soci fondatori, a sua volta ex familiare di anziani affetti da Alzheimer, restituiscono un quadro complesso e partecipato del servizio. In particolare, le interviste evidenziano la grande difficoltà dei *caregiver* familiari di fronte all'insorgere della malattia di Alzheimer e il vuoto di informazioni e di supporti in cui si trovano a muoversi almeno nelle fasi iniziali della malattia. Al tempo stesso, essi rivendicano il diritto a un'assistenza e a una morte dignitosa per i propri cari e la necessità di una regia nel complesso e delicato lavoro di cura. Per questo motivo denunciano una rappresentazione ambivalente del comparto pubblico e dei medici di medicina generale, che da un lato deprecano per la scarsa qualità di informazioni e di supporto fornito, e dall'altro invocano come garanti ultimi di un'equa distribuzione di risorse assistenziali.

Denunciano altresì l'isolamento in cui versano i malati e i loro famigliari come l'aspetto più oneroso connesso all'Alzheimer e promuovono un cambiamento culturale a livello sociale e delle famiglie. Si spendono inoltre perché le famiglie vengano accompagnate nel percorso di presa in carico del congiunto malato, fornendo strategie atte al fronteggiamento delle difficoltà pratiche e relazionali.

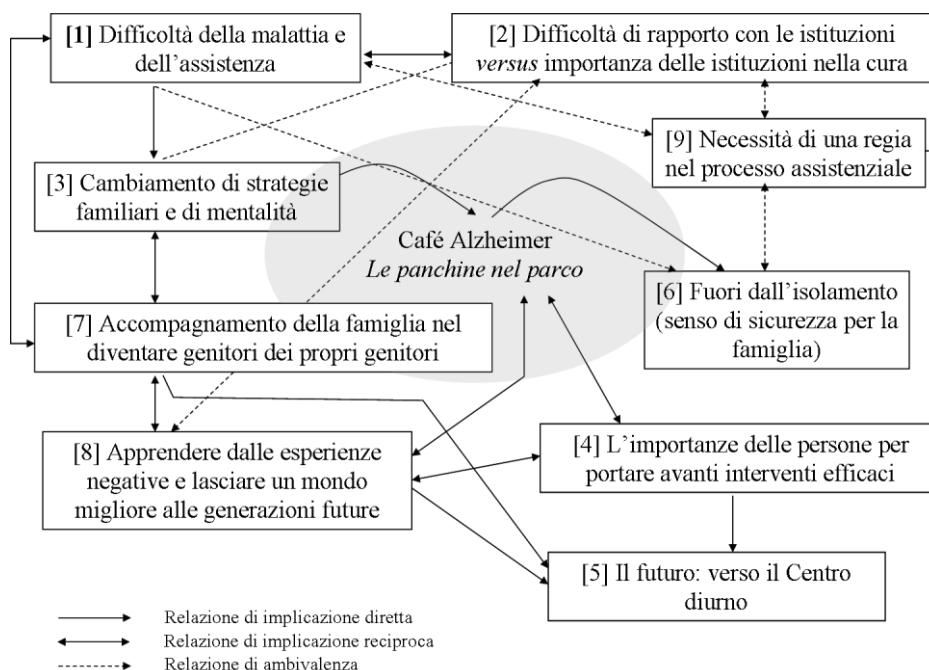
Riconoscono la dimensione della personalizzazione e il valore della testimonianza in prima persona, come base della condivisione e motore dell'azione solidaristica. Questa trova la sua matrice originaria in alcune esperienze negative pregresse, che portano a impegnarsi in prima persona perché nessuno debba passare attraverso la medesima situazione di difficoltà.

Per il futuro auspicano l'apertura di un centro diurno di secondo livello, innovativo per le tecniche di fronteggiamento della malattia impiegate, che prevedono il ricorso alla tecnologia e alla domotica, in associazione ad ambienti accoglienti e al supporto relazionale per i famigliari.

In particolare, le aree tematiche che emergono dall'analisi delle interviste e che co-occorrono sono:

- [1]** Difficoltà della malattia e dell'assistenza;
- [2]** Difficoltà di rapporto con le istituzioni *versus* importanza delle istituzioni nella cura;
- [3]** Cambiamento di strategie familiari e di mentalità;
- [4]** L'importanza delle persone per portare avanti interventi efficaci;
- [5]** Il futuro: verso il Centro diurno;
- [6]** Fuori dall'isolamento (senso di sicurezza per la famiglia);
- [7]** Accompagnamento della famiglia nel diventare genitori dei propri genitori;
- [8]** Apprendere dalle esperienze negative e lasciare un mondo migliore alle generazioni future
- [9]** Necessità di una regia nel processo assistenziale

Figura 13-1- Aree tematiche e loro relazionamenti emerse dall'analisi del contenuto delle interviste agli operatori del Café Alzheimer Le panchine nel parco



Come evidenziato dalla Figura 13-1, nel corso delle interviste ampia rilevanza viene attribuita all'area tematica **[1]** relativa alla difficoltà di fare i conti con la malattia, sia per il malato stesso, sia per i suoi familiari, che denunciano una mancanza di regia e coordinamento **[9]** e un vuoto informativo e assistenziale da parte delle istituzioni **[2]**. Queste ultime sono percepite come carenziali, ma contemporaneamente necessarie, come garante della possibilità di un'equa distribuzione delle risorse assistenziali, da cui una sostanziale ambivalenza. Le difficoltà dell'assistenza sono molteplici e vanno dal costo dei farmaci alla disinformazione circa l'offerta dei servizi. Il *caregiver* familiare viene chiamato "l'agnello sacrificale" e ne viene percepita la condizione rischiosa (il punto di rottura). È di fronte a questa difficoltà e all'ambivalenza delle istituzioni, che il discorso si sposta sulla necessità di formare i *caregiver* familiari, per modificarne o supportarne le strategie di  *coping*  **[3]** e di aiutarli a uscire dall'isolamento **[6]** a cui sembrano destinati per via della malattia e dello stigma sociale che spesso l'accompagna. In questo senso, l'azione di AFMA tramite il Café Alzheimer sembra essere proprio quella di accompagnare i *caregiver* familiari nel diventare genitori dei propri genitori (metafora della mamma all'asilo) **[7]** con tutte le attenzioni, le delicatezze e le cautele che questo processo richiede. Per fare questo viene riconosciuta una grande significatività alle singole persone che si spendono per i malati e i loro familiari, contro un'idea standardizzata e asettica della cura **[4]**. Metaforicamente l'AFMA potrebbe essere rappresentata da un Giano bifronte, con uno sguardo sul passato e l'altro contemporaneamente rivolto al futuro: l'azione infatti nasce dalle esperienze pregresse di difficoltà per la mancanza di supporti nello svolgere il proprio compito di cura familiare verso un parente malato di Alzheimer **[8]**.

*Bisogna, bisogna vedere come la si è vissuta [l'assistenza]. Io, con i miei fratelli, con mia mamma abbiamo avuto delle esperienze bellissime. Quindi io, rispetto ai miei fratelli, ho fatto una scelta di vita, ho detto: dedicherò un po' del mio tempo libero... Sono andato in pensione per stare dietro alla mamma. Potevo andarci, ci sono andato. E ho fatto una scelta, perché a questo punto il mio tempo libero piuttosto che andare a pescare o stare al bar a giocare a carte preferisco così... dedicarlo alle persone che hanno bisogno. Ma non è una questione di*



*protagonismo. Perché vedere delle persone così fa male, ma fa male veramente, perché rivedi sempre i tuoi genitori negli altri. (AF.PCS.13)*

Questa condizione di mancanza e sofferenza, tuttavia, riesce a trovare una buona rielaborazione nel mettersi insieme dei soggetti vari per dare vita all'AFMA, che tiene quindi uno sguardo sul futuro con il progetto del Centro diurno [7], in cui sviluppare tecniche assistenziali verificabili per il malato e la famiglia, nell'ottica di evitare alle generazioni future il disagio esperito [8].

*I2: Dico la mia? Non far passare ai miei figli quello che ho passato io. Cercare di fare qualcosa per loro, fare qualcosa per i giovani, perché [...] ognuno di noi ha diritto alla propria vita. Sicuramente il fatto di donarsi agli altri, soprattutto a un familiare, un padre, una madre, che ti ha cresciuto, che comunque ti ha dato la vita... Quindi, il riconoscimento sicuramente ci deve essere. Però non ci deve essere un annientamento, soprattutto negli anni proprio in cui comunque uno si crea il suo percorso, ecco. Io ho sofferto, ho sofferto della malattia di papà... perché comunque mi ero appena sposata, avevo appena avuto i miei figli... e quindi... per scelta mi sono dedicata a lui, [...] ho rischiato tante cose... Però, ecco, penso che sia giusto così. Però che ci sia un'istituzione, che ci sia qualcuno che ci possa dare una mano. Io avrei comunque curato mio papà in un altro modo e so che non gli avrei fatto mancare assolutamente nulla. E l'importanza, che dicevo prima, è il fatto di far capire alle persone di portare una persona, "portare" non "mettere" come se fossero dei contenitori. Il centro diurno sembra un contenitore come del resto anche l'RSA... (AF.PCS.11)*

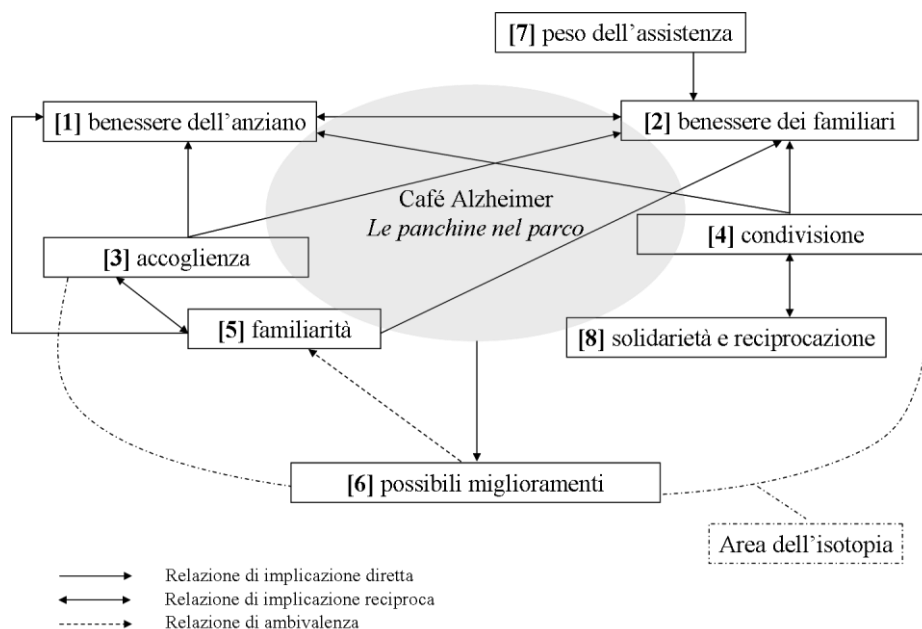
#### **13.4.2 LA VOCE DEGLI UTENTI: FAMILIARI E MALATI DI ALZHEIMER**

Le interviste realizzate con gli utenti del Café Alzheimer *Le panchine nel parco*, familiari e malati, rimandano un'immagine piuttosto omogenea relativa sia alla condizione di assistenza sia alla rappresentazione del servizio. In particolare, emergono gli aspetti di onerosità che la cura di un familiare affetto da Alzheimer implica per l'intero nucleo familiare e vissuti di disorientamento. Il servizio offerto da AFMA viene però recepito con molta positività da tutti i soggetti interpellati, che ne enfatizzano la dimensione dell'accoglienza, della condivisione, della familiarità e gli aspetti solidaristici e di scambietà. Emergono con evidenza anche temi connessi al benessere sia del familiare sia del malato. Complessivamente, quindi il servizio viene giudicato molto positivamente e adeguato, anche se da molte parti c'è una richiesta di spazi più ampi in cui incontrarsi e svolgere le attività. Qualcuno chiede inoltre che vengano incrementate le attività proposte e una maggior disponibilità di sostegno psicologico.

In particolare, le aree tematiche che emergono trasversalmente dalle interviste sono:

- [1] il benessere dell'anziano;
- [2] il benessere dei familiari;
- [3] l'accoglienza;
- [4] la condivisione;
- [5] la familiarità;
- [6] i possibili miglioramenti;
- [7] il peso dell'assistenza;
- [8] la solidarietà e la reciprocazione.

Figura 13-2 – Aree tematiche e loro relazionamenti emerse dall'analisi del contenuto delle interviste agli utenti (familiari e malati) del Café Alzheimer Le panchine nel parco



Come evidenziato dalla

Figura 13-2, i familiari e i malati che frequentano l'Alzheimer Café enfatizzano molto la dimensione **[1]** del benessere dell'anziano, registrando veri e propri miglioramenti nelle prestazioni e nel tono dell'umore del proprio congiunto. I fattori maggiormente associati a questo benessere **[1]** sono quelli dell'accoglienza **[3]** e della condivisione **[4]**, che consentono all'anziano di uscire dal suo isolamento e dalle mura domestiche. In aggiunta al tema del benessere dell'anziano, tutti i soggetti interpellati tematizzano quello del benessere dei familiari stessi **[2]**, per motivi analoghi **[3][4]**.

*L'aspetto positivo è, il primo, secondo me, è quello che uno qua non si sente solo. Io penso che qualunque tipo di malato, quando ha qualcosa, ha bisogno di parlarne con qualcuno che capisca, non che lo commiseri, ma che lo capisca e che lo aiuti a superare la malattia. (AF.UM1)*

Sembra infatti che la possibilità di trovare uno spazio di accoglienza dei propri problemi e di condivisione con altre persone che vivono un'analogha condizione di difficoltà rappresentino gli elementi più significativi nel fronteggiare il peso dell'assistenza **[7]**. Altri aspetti significativi che emergono dalle interviste in maniera trasversale sono relativi al tema della solidarietà, della generosità e della reciprocazione **[8]** che muove gli operatori e i volontari di AFMA: questi sono temi che ricorrono in associazione alle già citate aree della condivisione **[3]** e dell'accoglienza **[4]**, veri e propri generatori di benessere relazionale per i malati e le famiglie. Infine, dalle interviste risultano alcuni aspetti su cui lavorare per il miglioramento del servizio **[6]** e sono principalmente connessi con la necessità di maggiori spazi per gli incontri e le attività (senza andare a discapito della personalizzazione dell'intervento e del clima "familiare"), di sostegno psicologico qualificato e di un numero maggiore di attività.

*Ci vorrebbe un posto più grande, perché non ci sta più nessuno... vedi lì che non ci sta più... [...] più nessuno... vorrebbe un posto un pochettino più ampio... perché poi anche come posto qua,*

*come si trova, praticamente, anche se uno deve venire fuori un attimo, non è che deve essere, magari, un circo, dove rimane tutto chiuso... quindi uno c'è albero ci sono le beole, si siede. Anche ad esempio, d'estate, non stiamo la, ci mettiamo lì in mezzo. Per dire... uno si trova... io sono contentissima... (AF.UF3)*

### **13.4.3 IN SINTESI**

In conclusione, l'esperienza del Café Alzheimer di Cornigliano a Genova rappresenta un caso emblematico di buona pratica in quanto risponde a un bisogno familiare di assistenza, formazione e accompagnamento nel delicato processo di cura di un familiare affetto da morbo di Alzheimer. È un'esperienza che nasce da familiari di malati, che si sono organizzati e dati una forma giuridica che consentisse loro di porsi come riferimento per altre famiglie in difficoltà. È un progetto altamente relazionale, che lavora sul benessere del malato e della famiglia, con mezzi e risorse adeguate. L'attenzione, l'accoglienza, il senso di familiarità che lo contraddistinguono vengono apprezzati dai fruitori, che sono attivamente coinvolti nelle attività proposte. Si inserisce in uno spettro più ampio di progetti a favore di una buona cultura della malattia, sempre realizzati da AFMA, e genera e rigenera capitale sociale a vari livelli.

## 14. I SERVIZI PREVISTI PER LE FAMIGLIE CON ANZIANI NEI PIANI DI ZONA DELLA REGIONE SICILIA

*di Roberta Di Rosa*

Alla luce di quanto riscontrato nell'analisi dei piani di zona, i servizi per anziani previsti dalla legislazione regionale e attualmente offerti in Sicilia sono di genere ormai "classico" anche se, come si vedrà in seguito, si stanno diffondendo sperimentazioni e si registra l'inserimento in alcuni Piani di Zona di esperienze che aprono all'innovazione e che quindi sembrano costituire una avanguardia nel contesto regionale.

*Tabella 14-1 - Servizi e degli interventi sociali nella Regione Sicilia 2007<sup>160</sup>*

<b>Servizio di Assistenza Domiciliare Anziani SAD</b>	L.R. n. 22/86, del D.pres. 28/05/87 D. Pres.29/06/88 Circolare Assessorato agli Enti Locali n. 2 del 13/08/1993
<b>Servizio di Assistenza Domiciliare Anziani ADI</b>	D.P.C.M. 29/11/01
<b>Assistenza socio-sanitaria</b>	L.R. n. 87/81
<b>Buono socio-sanitario</b>	art. 10 della L. R. n10 del 31 luglio 2003 D. Pres. del 7 luglio 2005.

Può forse aiutare a comprendere questo stato di cose il considerare che la Regione Sicilia ha iniziato a legiferare in merito agli anziani negli anni '80, così come le altre regioni del Sud, un decennio circa in ritardo rispetto alle Regioni del Centro-Nord, che invece avevano già normato il settore negli anni '70. In qualche modo, pare che il ritardo permanga ancora oggi, ma non tanto rispetto all'evoluzione del processo legislativo, quanto piuttosto nel consistente e persistente scollamento tra quanto normato e lo stato di realizzazione dei servizi, soprattutto in termini di ricerca di innovatività.

Ripercorrendo le tappe che hanno portato a questo stato di cose, si osserva che il primo intervento legislativo della Regione Sicilia in materia di servizi a favore degli anziani risale al 1981. Si tratta della legge di settore n. 87 "Interventi e servizi a favore degli anziani". Tale legge, in conformità con i principali mutamenti nella riorganizzazione dei sistemi regionali di welfare, presenta già alcune direttrici di fondo che accompagneranno la legislazione seguente, quali la territorializzazione degli interventi, affidati ai Comuni, la deistituzionalizzazione, favorendo il mantenimento o il reinserimento della persona anziana nel proprio nucleo familiare, l'integrazione socio-sanitaria tra i Comuni e le Unità sanitarie locali, la rete dei servizi.

Nonostante la qualità delle leggi di settore regionali e l'impulso da esse conferito alla creazione dei servizi a tipologia differenziata, in relazione alla peculiarità del bisogno e del disagio, i Comuni restavano nella condizione di non poter promuovere efficacemente le nuove politiche socio-assistenziali dal momento che risultavano privi di alcuni supporti organizzativi fondamentali, quale, per esempio, l'Ufficio di Servizio Sociale preposto ad accertare i bisogni dell'utenza e ad avviare la programmazione.

Un passo avanti è rappresentato dal superamento dell'approccio settoriale con la legge n. 22 del 1986, che pone mano al riordino dei servizi e delle attività socio-assistenziali sul territorio siciliano. Alla vigilia della L.R. 22/86 i Comuni siciliani, infatti, erano titolari di funzioni che non avevano un punto di raccordo con una legge regionale organica, né un coordinamento con i

<sup>160</sup> Cfr. Sistema di Classificazione dei servizi e degli interventi sociali nella Regione Sicilia, effettuato dall'Assessorato della Famiglia, delle Politiche Sociali e delle Autonomie Locali del 29/03/2007.

servizi dell'U.S.L. prevista dalla L. N. n. 833/78. I Comuni, inoltre, non possedevano patrimonio immobiliare con destinazione di uso per i servizi socio-assistenziali già individuati.

La 22/1986 ha disegnato la cornice, tuttora in vigore, dentro la quale trovano posto e giustificazione tutti gli interventi sociali previsti dalla Regione Sicilia, compresi quelli rivolti alla popolazione anziana.

Il quadro è completato dal d.p.r. 29 giugno 1988 che definisce gli standard strutturali ed organizzativi dei servizi e degli interventi socio-assistenziali. Con questa legge, la Regione ha inteso riordinare l'intera materia socio-assistenziale vincolando i Comuni, operatori e soggetti ad essa riferiti. Il vincolo era costituito, prima ancora che dalla norma in senso stretto, da una innovativa (a quel periodo) configurazione del servizio sociale, mirata al superamento dell'assistenzialismo.

Tuttavia, nel tempo, è emerso come la L. 22/86 abbia realizzato un sistema di servizi disomogeneo sul territorio, abbastanza lontano dalle prospettive di integrazione socio-sanitaria che pure si registrano in altre regioni, con una spesa esigua, rispetto ad altre regioni, polverizzata tra le pieghe dei bilanci comunali.

Tra le criticità della legge, si può senz'altro evidenziare:

- l'insufficiente capacità programmatica, gestionale e di controllo da parte dei comuni, nell'ambito delle politiche socio-assistenziali;
- la cronica carenza delle piante organiche degli uffici di servizio sociale, laddove istituiti;
- il mancato aggiornamento e riqualificazione professionale del personale impiegato negli uffici di servizio sociale;
- il carattere residuale delle politiche socio assistenziali nell'ambito dell'azione amministrativa dei comuni nella considerazione che le stesse rappresentino, non un investimento, ma una spesa a fondo perduto;
- il ridotto spazio riservato all'azione del volontariato e del terzo settore;
- la non incentivazione della partecipazione dei cittadini al costo dei servizi;
- l'assoluta mancanza di una programmazione integrata dei servizi;
- la non praticata organizzazione intercomunale e sovra-comunale dei servizi socio assistenziali.

Negli anni '90, sotto la spinta della legislazione nazionale (DPCM 22 dicembre 1989 sulle Rsa), emerge la necessità di affrontare i bisogni dei non autosufficienti, diversificando l'offerta (residenziale e domiciliare) e regolando la qualità e le caratteristiche dei servizi erogati.

Nel 1999 la Regione regola la Residenza Sanitaria Assistenziale, struttura extraospedaliera che offre accoglienza ad anziani non autosufficienti e disabili. D'altra parte le cure domiciliari - previste fin dalla l.r. 87/1981- a metà degli anni '90 erano poco sviluppate, scarsa anche l'attivazione del servizio di assistenza domiciliare da parte dei Comuni.

Per questo motivo, a partire dal 1994 la Regione ha assegnato risorse vincolate per l'attivazione o il potenziamento del servizio, che nel 2001 risulta diffuso, seppur con bassa copertura della popolazione anziana, su tutto il territorio regionale.

Nel Piano sanitario regionale 2000-2002 il servizio di assistenza domiciliare integrata è inserito tra le finalità di "necessità strategica".

Nel 2002 sono istituite le linee guida per l'attuazione del primo piano sociosanitario, redatto in osservanza della l. 328/2000; approvate con il DPRS 4 novembre 2002 vogliono essere, nell'ambito dei principi generali e le finalità del sistema integrato stabiliti dalla legge 328/00, *"la base della discussione e la proposta metodologica per avviare un percorso volto a definire le regole, gli indirizzi, i ruoli e le competenze proprie di un sistema integrato di servizi alla persona e alla famiglia che rappresenti per la Regione Siciliana non soltanto l'occasione del recepimento dei decreti attuativi alla legge 328/00, ma l'affermazione di una strategia operativa volta a definire e consolidare, in tempi e modi certi, l'indirizzo socio-sanitario come punto di coesione di una rete territoriale per il contrasto all'esclusione e per il sostegno allo sviluppo, che sappia erigersi a livello di piano socio-sanitario della Regione"*.

Le Linee guida – che rappresentano una fase della discussione e proposta metodologica al futuro Piano sociosanitario – affermano che si è ancora lontani da una completa politica dei servizi che consideri la globalità dei bisogni delle persone anziane. In tal senso si fa riferimento ai Piani di zona come strumento di conoscenza dei bisogni e di programmazione della risposta.

Si sottolinea in particolare la promozione di una azione di sostegno e di intervento a favore della famiglia, cellula fondamentale della società. Norme particolari, infatti, sono previste al Titolo II della legge, in favore della famiglia, dell'infanzia e dell'età evolutiva.

In seguito alle valutazioni emerse dall'analisi dei Piani di zona dovrebbe essere costituito il Piano sociale regionale, che dopo un triennio di sperimentazione operativa dovrebbe dar luogo al Piano socio-sanitario. Tuttavia, le azioni previste dalle Linee Guida non hanno ancora avuto piena attuazione.

Fino a questo momento, la Regione e gli enti locali non erano ancora intervenuti per regolare la qualità dei servizi che i cittadini e le famiglie acquistano direttamente e/o organizzano in proprio avvalendosi di personale non sempre inquadrato con contratti appropriati. Bisognerà aspettare il D. Presidenziale 7 luglio 2005 perche si stabiliscano i criteri di valutazione.

Il Piano Triennale della Regione per le persone con disabilità pubblicato in Gazzetta il 27 gennaio 2006, fa ampio riferimento alla legge quadro nazionale 328/00 e agli interventi da essa indicati, che *"costituiscono il livello essenziale delle prestazioni sociali erogabili sotto forma di beni e servizi secondo le caratteristiche e i requisiti fissati dalla pianificazione nazionale, regionale e zonale"*, giusto quanto indicato dal Decreto Legislativo n. 502/92.

Tra questi livelli essenziali:

- Misure economiche per favorire la vita autonoma e la permanenza a domicilio
- L'integrazione delle persone disabili di cui all'art. 14 della L.104/92;
- La realizzazione dei centro socio-riabilitativi e delle comunità alloggio per soggetti disabili, giusto quanto indicato dall'art. 10 della L. 104/92;
- Servizi di comunità e di accoglienza per persone prive del sostegno familiare;
- Interventi per favorire la permanenza a domicilio o per favorire l'inserimento presso famiglie, o strutture residenziali o semi residenziali di soggetti fragili e con limitazioni della propria autonomia.

L'accesso a servizi strutture viene garantito da progetti individuali, che richiesti dagli interessati, sono predisposti dai Comuni di intesa con le Aziende Socio-Sanitarie. Si ravvisa, quindi, una azione di collegamento in rete con servizi sociali, sanitari, educativi e formativi che prendono in carico questi soggetti. Il Servizio Sanitario garantisce le prestazioni di cura e riabilitazione, mentre i Comuni provvedono ai Servizi alla persona (*con particolare riferimento al recupero e all'integrazione sociale*) nonché alle misure economiche necessarie per il superamento di povertà, emarginazione ed esclusione sociale.

Per quanto riguarda, infine, le azioni in favore di anziani non autosufficienti che hanno compiuto settantacinque anni allo scopo di favorirne la permanenza o il ritorno in famiglia (già previste nelle Linee Guida del 2002 *"La Regione promuove la qualificazione e l'articolazione della rete dei servizi sociali per l'età adulta e anziana, privilegiando i criteri di domiciliarità e di sostegno alla vita di relazione nella comunità locale, e valorizzando le risorse positive delle persone anziane e il loro apporto solidaristico alla vita familiare e sociale"*), sarà invece il D.D.G.n. 881 del 2010 ad approvarne i criteri e le modalità di attuazione.

Tenendo presente quanto descritto, si può procedere allo studio dei piani di zona disponibili del triennio 2010-2012, per completare con uno spaccato della realtà operativa il quadro sullo stato dei servizi per anziani nella regione Sicilia.

La regione è suddivisa in 55 Distretti Socio Sanitari.

Si fa presente che le considerazioni che seguono riguardano la maggioranza dei Piani di Zona ma non la loro totalità per il fatto che non tutti i piani di zona all'atto della rilevazione erano stati approvati dalla Regione ed inseriti sul sito apposito per il loro reperimento sul web; nonostante si sia cercato di rimediare attraverso vari tentativi presso i singoli Comuni e sollecitazioni

telefoniche ai Responsabili dei Servizi degli stessi, non è stato possibile reperire 11 su 55 piani di zona (D01, D03, D08, D09, D14, D16, D19, D26, D33, D35, D42).

Dall'analisi delle sintesi dei piani di zona 2010-2012 disponibili quasi esclusivamente online<sup>161</sup> è comunque emerso un quadro non particolarmente ricco, né tanto meno variegato, di servizi rivolti agli anziani. Emerge subito evidente che la maggior parte dei servizi offerti non presentano il carattere dell'innovatività, ripetendo modelli classici di assistenza agli anziani.

Ad esempio, si può notare come in nessun piano di zona dei distretti ci sia un registro per badanti, uno sportello e un servizio di formazione per tutor di badanti.

In nessuno dei piani di zona dei distretti, sono previsti servizi di auto mutuo aiuto e ancora, solo i piani di zona dei distretti 38 e 44 prevedono progetti intergenerazionali.

I soggiorni di vacanza e/o climatici per anziani sono previsti nel piano di zona del distretto 45 (c. c. Modica) e in quello del distretto 26 (c.c. Messina).

Colpisce poi che vi siano dei distretti come il 32 (c.c. Taormina); 36 (c.c. Misilmeri); 39 (c.c. Bagheria), che pur avendo un territorio caratterizzato da un significativo invecchiamento della popolazione nel piano di zona 2010-2012 non ha previsto nessun intervento per gli anziani<sup>162</sup>. Il che non vuol dire però che non attivino del tutto servizi, come mostrano anche le pagine del sito web del Comune di Taormina, che fa espresso riferimento, in relazione all'area anziani, a tre servizi ad essi dedicati: ricovero anziani, assistenza domiciliare, centri anziani e attività ricreative per la terza età. Semplicemente realizzano servizi su progetto, piuttosto che procedere ad una offerta costante e istituzionalizzata.

La situazione è diversa per quanto riguarda gli interventi di custodia sociale e i servizi di prossimità e per gli interventi di rete per il sollievo nella cura dell'anziano non autosufficiente. Questi interventi infatti, sono previsti nel piano di zona di numerosi distretti della regione.

Innanzitutto è bene precisare che per interventi di custodia sociale si fa riferimento ad una forma di assistenza domiciliare "leggera", che ha come obiettivo quello di mantenere e salvaguardare l'autonomia degli individui e la permanenza nel loro nucleo familiare e nel loro domicilio, nell'intento di ridurre il rischio e i livelli di istituzionalizzazione e di isolamento sociale degli anziani. Tra gli interventi di custodia sociale, questa resta la più diffusa: i distretti socio sanitari che nel rispettivo piano di zona 2010-2012 prevedono interventi di questo tipo, sono:

---

<sup>161</sup> Vista alla difficoltà di reperire i piani di zona direttamente dai Comuni capofila, o dai loro siti web, i dati dell'indagine sono stati integrati con quanto disponibile sul portale [www.siris.regione.sicilia.it](http://www.siris.regione.sicilia.it) il portale del Sistema Informativo Regionale Integrato Socio Sanitario realizzato dalla Regione Sicilia, che svolge la funzione di bacheca on line per tutte le comunicazioni, i documenti e le informazioni utili relative alle politiche regionali sulla famiglia e i servizi sociali in genere, con pagine dedicate ad ogni singolo distretto.

Comunicato del 03/03/2010: "I Piani di Zona dei distretti sociosanitari per il triennio 2010-2012, approvati dai competenti nuclei provinciali di valutazione, sono inseriti in forma sintetica, nell'area "Conosci il tuo distretto" del Portale SIRIS. Cliccando prima sulla provincia nel cui ambito ricade il distretto e, successivamente, sul nome del comune capofila, è possibile visualizzare le principali caratteristiche delle azioni previste in favore dei cittadini-utenti: l'area tematica, la tipologia dell'intervento, il titolo dell'azione, l'importo complessivo della spesa prevista. Se accanto all'azione compare la lettera P, significa che l'iniziativa è stata oggetto di prescrizione da parte del nucleo di valutazione e quindi potrebbe subire delle modifiche. Ulteriori informazioni potranno essere richieste ai servizi sociali dei comuni compresi nel distretto sociosanitario di appartenenza. Quando, accedendo al proprio distretto dal portale SIRIS, le suddette informazioni non vengono visualizzate, significa che il Piano di Zona deve essere ancora sottoposto all'esame del nucleo provinciale di valutazione." Desta una certa meraviglia il fatto che alla data del 18 dicembre 2010 manchino ancora sul portale diversi Piani di Zona, senza che sia stata data nessuna ulteriore comunicazione in merito.

<sup>162</sup> Da quanto emerge dalla tabella riepilogativa dei servizi attivati secondo il PdZ 2010/12 e pubblicata sul portale SIRIS detti Distretti non hanno inserito nessun progetto relativo alla popolazione anziana. Indirettamente potrebbe considerarsi a vantaggio anche di anziani il progetto dedicato all'assistenza domiciliare per le famiglie dei malati di Alzheimer del Distretto 39 (c.c. Bagheria).

- Nella provincia di AGRIGENTO i distretti 02, 04, 06, 07
- Nella provincia di CALTANISSETTA il distretto 10
- Nella provincia di CATANIA i distretti 13, 15, 20
- Provincia di ENNA i distretti 21, 23, 24 (nel piano di zona del triennio 2008-2010)
- Nella provincia di MESSINA i distretti 25, 27, 29, 31
- Nella provincia di PALERMO i distretti 34, 37, 38, 40, 41
- Nella provincia di RAGUSA i distretti 43, 44, 45
- Nella provincia di SIRACUSA i distretti 49, 48, 47 (nel piano di zona 2008-2010)
- Nella provincia di TRAPANI i distretti 50, 51, 52.

Prende piede anche l'assistenza domiciliare integrata, ossia quella forma di assistenza rivolta a soddisfare le esigenze degli anziani parzialmente, totalmente, temporaneamente o permanentemente non autosufficienti, che hanno la necessità di una assistenza continuativa, con interventi di tipo sociale e socio sanitario, realizzata attraverso un partenariato con i servizi sanitari, sempre nell'intento di lasciarli nel loro domicilio e dunque anche nel loro ambiente di vita domestico.

I distretti socio sanitari che nei rispettivi piani di zona 2010-2012 prevedono questa tipologia di servizi sono:

- Nella provincia di AGRIGENTO i distretti 06, 07
- Nella provincia di CALTANISSETTA i distretti 10, 11
- Nella provincia di CATANIA i distretti 12, 13, 18, 20
- Nella provincia di ENNA il distretto 24
- Nella provincia di MESSINA i distretti 27, 28, 30
- Nella provincia di PALERMO i distretti 34, 40, 37 (nel piano di zona 2008-2010)
- Nella provincia di RAGUSA i distretti 43, 44, 45
- Nella provincia di SIRACUSA i distretti 46, 48, 49
- Nella provincia di TRAPANI i distretti 51, 53, 55.

Sempre negli interventi di custodia sociale, rientra il telesoccorso, ovvero quel servizio che tramite il telefono, garantisce un pronto intervento in caso di emergenza e offre un contatto periodico con gli operatori.

I distretti socio sanitari che nel rispettivo piano di zona 2010-2012 prevedono interventi di questo tipo, sono:

- Nella provincia di AGRIGENTO i distretti 02, 04, 06, 07
- Nella provincia di CALTANISSETTA il distretto 10
- Nella provincia di CATANIA i distretti 13, 15, 20
- Provincia di ENNA i distretti 21, 23, 24 (nel piano di zona del triennio 2008-2010)
- Nella provincia di MESSINA i distretti 25, 27, 29, 31
- Nella provincia di PALERMO i distretti 34, 37, 38, 40, 41
- Nella provincia di RAGUSA i distretti 43, 44, 45
- Nella provincia di SIRACUSA i distretti 49, 48, 47 (nel piano di zona 2008-2010)
- Nella provincia di TRAPANI i distretti 50, 51, 52.

Tra gli interventi di rete per l'anziano, sono previsti anche progetti mirati alla frequenza da parte degli anziani di centri diurni di aggregazione sociale, con lo scopo di prevenire-contrastare forme di isolamento e di esclusione sociale, questo intervento rischia di rimanere inaccessibile a tutti quegli anziani con ridotta autonomia, privi di un mezzo di trasporto.

Non sembra però associarsi a questa previsione nessun altro progetto che garantisca l'opportunità concreta e materiale per gli anziani di raggiungere detti centri, qualora le condizioni di salute non prefigurino uno stato di autonomia dell'anziano che non può recarvisi autonomamente.



I distretti socio sanitari che nei rispettivi piani di zona 2010-2012 prevedono questa tipologia di servizi sono:

- Nella provincia di AGRIGENTO i distretti 06, 07
- Nella provincia di CALTANISSETTA i distretti 10, 11
- Nella provincia di CATANIA i distretti 12, 13, 18, 20
- Nella provincia di ENNA il distretto 24
- Nella provincia di MESSINA i distretti 27, 28, 30
- Nella provincia di PALERMO i distretti 34, 40, 37 (nel piano di zona 2008-2010)
- Nella provincia di RAGUSA i distretti 43, 44, 45
- Nella provincia di SIRACUSA i distretti 46, 48, 49
- Nella provincia di TRAPANI i distretti 51, 53, 55.

Volendo trarre alcune considerazioni generali, si rileva che non è ancora diffusa sul territorio la prassi di ideare servizi che rispondano concretamente alle esigenze specifiche degli anziani in base alle mutate condizioni del tessuto sociale; né c'è come patrimonio diffuso un impegno nel modulare l'offerta in modo flessibile per adeguarla alle esigenze dei singoli, attraverso un maggiore coinvolgimento degli operatori sanitari e dei medici di base.

Non di rado i servizi offerti dai piani di zona corrono il rischio di "rimanere sulla carta, perché non sono accessibili all'utenza per la quale sono stati appositamente ideati.

Dall'analisi emerge la netta prevalenza di servizi di tipo domiciliare, pur se con modalità e caratteristiche diverse, che offrono aiuto e di sostegno agli anziani presso il loro domicilio e che si pongono come alternativa alla istituzionalizzazione. Come si è già rilevato, si sta estendendo la prassi di un intervento domiciliare secondo l'art.15 della legge 328/00, che prevede progetti integrati tra sociale e sanitario, nell'intento di favorire l'autonomia delle persone anziane e la permanenza nel loro ambiente di vita.

Altre caratteristiche e criticità rilevate dalle relazioni sociali annesse ai piani di zona sono:

- il sostegno ad anziani in istituto resta tra i servizi offerti, anche se in percentuale molto ridotta, a causa delle contrazioni dei budget e delle difficoltà economiche dei Comuni; viene riservato solo ad anziani non autosufficienti e privi di alternative familiari;
- le famiglie, in base ai dati sull'utenza, continuano a configurarsi come principali soggetti erogatori di cure e sostegni di fronte ai bisogni assistenziali da esso manifestati, nonostante non siano spesso in condizione di assolvere adeguatamente a questo compito;
- viene denunciata in più Distretti una diffusa carenza di strutture a carattere residenziale e semi-residenziale di tipo socio-assistenziale, che consentano un'adeguata copertura dei bisogni di cura degli anziani che, a causa di una condizione di non autosufficienza o in conseguenza del mancato sostegno dei familiari, non possono permanere nella propria abitazione in modo autonomo;
- pur se si rileva una presenza più diffusa sul territorio dei servizi a carattere domiciliare che sostengono l'anziano nella possibilità di prolungare la permanenza nel proprio contesto sociale, l'insufficienza della dotazione finanziaria, il servizio risulta inadeguato, sia dal punto di vista delle ore che dalla continuità dei servizi, al fabbisogno della popolazione. In alcuni casi viene integrato con l'apporto dei volontari del Servizio Civile nazionale, almeno per le prestazioni di disbrigo pratiche.
- permane diffusa la carenza sul territorio di strutture di tipo socio-ricreativo o culturale che si configurino come risorse rilevanti a carattere preventivo di fronte ai rischi di emarginazione e riduzione dell'autonomia e dei contatti sociali in età anziana, proponendo occasioni di incontro, scambio e aggregazione, compensate in due Distretti (D26 Messina e D45 Modica) e solo in parte dalla presenza di iniziative di soggiorni vacanza e gite.

Non può considerarsi ancora consolidata la previsione, nei progetti, di attività svolte in coordinamento ed integrazione tra i servizi sociali del comune, i servizi sanitari ed il volontariato; quest'ultimo, pur rappresentando una risorsa essenziale nell'assistenza agli anziani, non trova lo spazio che potrebbe essergli riconosciuto nella previsione dei servizi.

Il privato sociale trova molto spazio soprattutto nei Comuni meno attrezzati dal punto di vista dell'organico del personale, ma a questa presenza non corrisponde una adeguata valorizzazione dei diversi attori sociali. L'analisi delle realtà di alcuni Comuni mostra infatti come esistano progetti realizzati dal volontariato o dal privato sociale, il cui finanziamento però non è inserito nel Piano di Zona e quindi nella programmazione generale ed organica delle politiche sociali, lasciando quindi le iniziative in balia di alterne fortune a seconda delle alternanze politiche e soggette a vincoli di speculazione clientelare.

Difetta, spesso, nell'attività dei Comuni, la previsione di un'informazione costante ed adeguata sui servizi socio-assistenziali, sanitari e del volontariato, presenti nel territorio da rivolgere alla popolazione, carente spesso anche nei confronti degli utenti target.

Inizia molto lentamente a farsi strada, nella progettazione, l'attenzione alla solitudine delle persone anziane con limitata autosufficienza, l'attivazione di "servizi relazionali" intergenerazionali, o a valore comunitario.

Come servizio innovativo, si riscontra all'interno del PdZ del Distretto 54 il progetto di affidamento anziani (previsto come seconda azione), che si colloca all'interno di una rete di interventi offerti dai comuni del distretto, volti al miglioramento della qualità della vita delle persone anziane, per rispondere in modo articolato ai loro bisogni diversificati e complessi.

Questo progetto, che oltretutto è sperimentale, rappresenta un'opportunità di alternativa al ricovero per anziani che sono soli o che non possono essere adeguatamente assistiti nell'ambito della rete familiare di appartenenza, sempre con l'obiettivo di farli rimanere il più a lungo possibile nel proprio domicilio, evitando così forme di sradicamento e di istituzionalizzazione. Lo stesso servizio è presente in Sicilia solo all'interno di un altro Piano di Zona, quello del Distretto 38 c.c. Lercara Friddi.

Altrettanto innovativo, l'inserimento nel PDZ del Distretto 44 c.c. Ragusa di due servizi a carattere specificamente relazionale: il servizio di mediazione intergenerazionale e il servizio "dalla delega alla partecipazione", nel quale i mediatori del Comune attivano un tavolo congiunto tra tutti i soggetti privati e pubblici, famiglie comprese, che ruotano intorno all'anziano, per ottimizzare gli interventi in un'ottica di sussidiarietà. È l'unico servizio del genere proposto all'interno dei Piani di Zona.

Una considerazione di carattere più generale rispetto all'offerta dei servizi per anziani in Sicilia, partendo da un caso concreto, vale a dire quello del Distretto 33 (c.c. Cefalù) e di quello 35 (c.c. Petralia Sottana); entrambi i distretti non hanno ancora reso pubblico il loro piano di zona, ma offrono un servizio dedicato agli anziani da quanto si evince dalla programmazione della Provincia di Palermo, hanno attivato un progetto "Anziani, risorsa del presente" su fondi provinciali dedicati agli anziani, che propone interventi di supporto alla famiglia, garantendo nel possibile le condizioni che favoriscono il mantenimento a casa, nel proprio ambito familiare, del soggetto anziano attraverso una rete di risorse formali ed informali attorno all'anziano ed alla famiglia. Prevede di impostare strategie per un'assistenza domiciliare continuativa, favorendo l'integrazione tra i servizi del sistema sanitario e del servizio sociale e sviluppando forme di intervento alternative al ricovero ospedaliero.

Questa circostanza ci fa riflettere sul fatto che la programmazione 328 attraverso il Piano di Zona è un indicatore essenziale ma non esaustivo se si vuole conoscere la realtà dell'offerta dei servizi. Sul territorio si registrano esperienze ulteriori, legate a fondi europei, a fondi provinciali o regionali o a sottoscrizioni locali, che sfuggono alla programmazione triennale e che spesso non riescono ad inserirsi tra le risorse della rete dei servizi.

Nell'insieme i servizi che vengono offerti per la triennalità 2010/12 mantengono le caratteristiche di una articolazione delle risposte ai bisogni degli anziani e delle loro famiglie ancora centrata per

lo più su dimensioni di carattere materiale, che ha assunto spesso una polarizzazione in riferimento alle tre fasi diverse della Terza Età: la fase autosufficiente, quella semi-autosufficiente e la non autosufficiente. Per la prima si prevedono centri diurni, attività ricreative, sporadicamente soggiorni vacanza. Per la seconda, assistenza "sanitarizzata", supporto logistico per la cura dell'abitazione, per la terza prevalentemente ricoveri in strutture o comunità.

Hanno conosciuto alterne fortune negli ultimi anni i bonus sociosanitari (Comune di Catania, Comune di Delia) per le famiglie che mantengono od accolgono anziani in condizioni di non auto sufficienza; in questo caso l'ostacolo maggiore è il requisito necessario della titolarità di invalidità civile al 100% con indennità di accompagnamento debitamente certificata (art. 3, comma 3° L. 104/92), purché conviventi e legati da vincoli familiari di parentela.

Grande assente, nella previsione dei servizi, il fenomeno delle badanti, se non nel caso pionieristico del servizio del Comune di Ragusa, che si occupa anche di gestire i rapporti tra famiglie, anziani e addetti alla cura (comprese quindi anche le badanti). Nessuna traccia di albi o registri di badanti, di formazione, di tutor o di quanto si sta diffondendo rapidamente altrove. Nemmeno la previsione dell'assegno di cura<sup>163</sup> (contributo per l'assunzione dei badanti) ha consentito l'emergere di fenomeno tanto esteso quanto sommerso.

Mentre è stata data diffusione ai voucher di conciliazione, come servizio rivolto non tanto agli anziani, ma a "persone inoccupate, disoccupate o occupate, prioritariamente donne, che devono fronteggiare situazioni di cura nei confronti di figli minori fino ai 12 anni, anziani non autosufficienti, disabili, malati cronici non autosufficienti e/o terminali".

Per gli anziani non autosufficienti, il voucher dà accesso a assistenza domiciliare / assistenza domiciliare integrata, frequenza a Centri di accoglienza diurni per anziani e strutture per la riabilitazione.

In rapporto alla popolazione anziana siciliana, si può affermare che si è ancora lontani da una completa politica dei servizi che consideri la globalità dei bisogni delle persone anziane in merito ai problemi di salute, talvolta di sopravvivenza e che comprenda la vita di relazione e culturale, il sentirsi ancora attivi e protagonisti nella vita sociale ed economica, il radicamento nel territorio originario. In tal senso, occorre pensare a piani di zona che abbiano il carattere della risposta alla globalità dei bisogni e alla totalità dei cittadini anziani, promuovendo una diversificazione degli interventi in grado di fornire risposte efficaci a esigenze diverse<sup>164</sup>.

---

<sup>163</sup> La Regione Sicilia con la delibera D.D.G. 4151/52 e con il Decreto presidenziale del 7 luglio 2005 - intitolato "Definizione dei criteri per l'erogazione del buono socio-sanitario a nuclei familiari con anziani non autosufficienti o disabili gravi ex art. 10 della legge regionale n. 10 del 31 luglio 2003" - ha messo in campo delle risorse per i non autosufficienti. A tale scopo l'art. 10 della legge regionale 31 luglio 2003, n. 10 prevede, in alternativa alle prestazioni di natura residenziale eventualmente dovute, l'erogazione di buoni socio-sanitari alle famiglie che abbiano nel loro nucleo familiare anziani non autosufficienti o disabili gravi. Il buono può essere impiegato dalla famiglia anche per l'acquisto di prestazioni socio-sanitarie a carattere domiciliare, nell'ambito di una gamma di prestazioni determinate, riconducibili alla condizione dell'utente medesimo. A favore delle famiglie che mantengono nel proprio contesto anziani non autosufficienti (a partire dai 69 anni) o soggetti con grave disabilità (legge n. 104/92), purché conviventi e legati da vincoli di parentela, è prevista, in alternativa al ricovero nei presidi residenziali, la concessione, tramite i distretti socio-sanitari, di un buono socio-sanitario a sostegno della spesa sostenuta per l'attività di assistenza e cura garantita dalle medesime famiglie al proprio domicilio. Il superiore intervento agisce ad integrazione di omologo sostegno economico erogato dai comuni o dai distretti socio-sanitari e dei servizi prestati dalle aziende unità sanitarie locali. Le risorse assegnate sono pari complessivamente a 15 milioni di euro, a favore dei nuclei familiari con reddito Isee non superiore a 7.000 euro nella misura massima di 450,78 euro mensili per un periodo non superiore a 6 mesi. Ai destinatari di indennità di accompagnamento o assegno equivalente erogato dall'Inps l'entità del buono è ridotta del 50%.

<sup>164</sup> D. Presidenziale 4 novembre 2002 "Linee guida per l'attuazione del piano socio-sanitario della Regione Siciliana"

## **14.1. SERVIZIO DI MEDIAZIONE INTERGENERAZIONALE SIMBIOTICA COMUNE DI RAGUSA**

*di Roberta Di Rosa*

### **14.2. DESCRIZIONE DEL CASO STUDIATO**

I Servizi Sociali del Comune di Ragusa, Area Tutela delle persone anziane, ha introdotto nel 2007 in via sperimentale il Servizio di Mediazione familiare inter-generazionale. Questo servizio ha mostrato nel tempo la sua validità anche al di là delle previsioni iniziali. Si è peraltro evoluto, adattandosi alle caratteristiche culturali e ai bisogni rilevati nel territorio, nel collaterale servizio di Mediazione Simbiotica. In entrambi i casi, è da segnalarsi come significativo dal punto di vista dell'innovazione dell'offerta alle famiglie e agli anziani; nel secondo, in particolare, si è rivelato un'efficace risorsa per una diversa gestione, più partecipata, dei servizi esistenti: l'assistenza domiciliare, i bonus sociosanitari e nelle altre forme di sostegno.

Il servizio è offerto a persone anziane o disabili (e alle loro famiglie) che necessitano un'assistenza continua o comunque organizzata in modo preciso e costante. Ciò nella consapevolezza di quanto la gestione quotidiana della non autosufficienza di un anziano ponga l'intera famiglia di fronte a problemi multipli di difficile soluzione, che non di rado sfociano in tensioni e disagi. L'obiettivo della mediazione può essere di diversi tipo: può consistere nell'individuare, disciplinare e organizzare le azioni assistenziali in favore dell'anziano, oppure nell'individuare e regolamentare l'accesso all'eredità, o ancora nel disciplinare la cura attuale del patrimonio della persona anziana e definire l'eventuale costo aggiuntivo da sostenere per i parenti coinvolti e ripartirlo in modo equo tra le parti.

Al Tavolo partecipano anche gli operatori coinvolti nelle prestazioni di cura e altre realtà attivabili intorno all'anziano (gruppi parrocchiali, volontariato, ecc.). Il pregio dell'esperienza è quello di avere "messo insieme" non solo anziani e famiglie, ma anche, con essi, il personale che presta le cure, in una nuova prassi di cura e relazione che crea una rete di relazione attorno e con l'anziano.

Nel tempo si è ampliato l'ambito di applicazione di questa risorsa e si è declinata in forme sempre più rispondenti non solo ai bisogni ma anche allo stile di risposta agli stessi della popolazione. Dall'aumento esponenziale delle richieste, emerge come le famiglie sentano il bisogno di un aiuto non solo nella gestione "materiale" degli anziani, ma anche e soprattutto nella riorganizzazione delle relazioni interne, tra figli, ed esterne, tra famiglia e sistema di servizi; questo servizio infatti costituisce una buona risorsa per i casi nei quali le tensioni create dal fatto che i figli sono messi duramente alla prova dalla infermità dei genitori e pressati dalle necessità quotidiane generano poi conflitti tra fratelli o tra parenti, o tra figli e genitori, arrivando di frequente a provocare ad un deterioramento della qualità dell'intimità familiare.

L'Amministrazione ha riconosciuto l'efficacia dell'esperienza e l'ha confermata per il futuro stabilizzandola anche all'interno del successivo Piano di Zona nell'offerta dei servizi come azione dal nome "Dalla delega alla partecipazione", per sottolineare quello che è il valore aggiunto dell'esperienza: la realizzazione di un welfare di partecipazione in cui l'utenza e i familiari diventano attori centrali, mentre l'Ente pubblico assume il ruolo primario di "suscitatore e organizzatore delle risorse familiari esistenti".

### **14.3. METODOLOGIA**

Per studiare il Servizio di Mediazione Intergenerazionale del Comune di Ragusa sono state realizzate 3 interviste: 1 con l'Assistente Sociale Mediatore Referente del Servizio, 1 con la collega Assistente Sociale Mediatore, 1 con la Responsabile dell'area amministrativa del Servizio. È stato

anche svolto un breve colloquio con il Dirigente dell'Area, che ha espresso il suo appoggio e la sua soddisfazione per l'andamento dell'esperienza. I contenuti delle interviste sono stati trascritti e sottoposti all'analisi per temi e inferenziale del contenuto.

È stato, inoltre, raccolto materiale cartaceo relativo alla vita del Servizio: moduli di richiesta del Servizio da parte dell'utenza, lettera di presentazione e offerta del servizio da parte dell'Assessore, la lettera di proposta di riformulazione del servizio ADA e del Servizio Bonus Socio sanitario attraverso l'introduzione e l'uso sistematico della mediazione, inviata dal referente al Dirigente del Settore Servizi sociali e assistenza.

Lo stesso referente ha fornito, in cartaceo, materiale scientifico da lui prodotto sotto la guida della dott.sa Marzotto: un articolo pubblicato nel 2008 sulla Rivista "Lavoro Sociale"<sup>165</sup> e il testo dell'intervento da lui presentato, sempre con la dott.sa Marzotto, all'*Institut des Sciences de la Famille* a Lione nel marzo del 2008.

Il Referente non ha ritenuto opportuno far incontrare le famiglie o i beneficiari del servizio, per non disattendere la privacy che è elemento fondante del processo di mediazione.

<b>Intervistato</b>	<b>Strumento</b>
<i>Referente- assistente sociale mediatore</i>	Traccia per intervista responsabile del servizio (ente capofila) (C)
<i>Assistente sociale mediatrice</i>	Griglia intervista per operatori (D)
<i>Referente Amministrativa</i>	Griglia intervista per operatori (D)

#### 14.4. ANALISI DELLA BUONA PRATICA

<b>ANALISI DI UN SERVIZIO RELAZIONALE</b>		
	<i>Il problema/bisogno a cui l'intervento risponde</i>	<i>La gestione quotidiana della non autosufficienza di un anziano pone inevitabilmente di fronte a problemi multipli di difficile soluzione che spesso provocano tensioni e disagi nell'affrontare e gestire la situazione di necessità. Le famiglie che hanno al loro interno persone anziane o disabili sentono il bisogno di un aiuto non solo nella gestione "materiale", ma anche e soprattutto nella riorganizzazione delle relazioni interne, tra figli, ed esterne, tra famiglia e sistema di servizi; questo servizio infatti costituisce una buona risorsa per i casi nei quali le tensioni create dal fatto che i figli sono messi duramente alla prova dalla infermità dei genitori e pressati dalle necessità quotidiane generano poi conflitti tra fratelli o tra parenti, o tra figli e genitori, arrivando di frequente a provocare ad un deterioramento della qualità dell'intimità familiare.</i>
<b>A</b>	mezzi utilizzati	<i>2 mediatori, 1 amministrativo</i>
<b>G</b>	obiettivo dell'intervento	<i>L'obiettivo del processo mediativo è la tutela dei legami dell'anziano e intorno all'anziano, dando modo allo stesso di esercitare il suo diritto alle cure materiali ma anche ad una umanizzazione delle stesse attraverso la messa in rete di tutte le risorse esistenti, umane e materiali, pubbliche, private e familiari. Al contempo si persegue l'obiettivo di razionalizzare l'offerta dei servizi e di integrare l'offerta in un'ottica di ottimizzazione</i>

<sup>165</sup> C. Marzotto, G. Di Grandi, *Per non litigare sull'assistenza*, in "Lavoro Sociale", Vol.8 n. 3, dic. 2008, p. 401-412.

		<i>della qualità e dell'economicità dei servizi, attraverso l'attuazione del processo mediativo come modalità sostanziale nell'ambito dell'erogazione dei servizi</i>
I	regole metodi	<i>Ristrutturare i servizi a favore degli anziani e supportare la famiglia attraverso 3/4 incontri di mediazione familiare, coordinate gratuitamente dal personale del servizio, finalizzati all'elaborazione di un progetto assistenziale di intesa sottoscritto dai familiari stessi e che è periodicamente monitorato a cura del Servizio Sociale Comunale.</i>
L	modello di valore	<i>Dare centralità alle famiglie e alla tutela dei legami, stimolando il protagonismo dei familiari e condividendone le responsabilità. Affermare il principio che l'Ente non può in nessun caso sostituirsi all'obbligo dei familiari, ma è chiamato ad intervenire solo in un secondo momento, ad integrazione di quanto fanno i familiari stessi. Vengono sostenuti e valorizzati i compiti che le famiglie svolgono, riconoscendo loro un ruolo attivo nella formulazione di proposte e di progetti per l'offerta di assistenza e per la valutazione della stessa.</i>
<b>VALUTAZIONE DELLA BONTÀ DELLA PRATICA</b>		
A	efficienza	
	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ c'è una congruità tra mezzi e fini?</li> </ul>	<i>Il servizio consente una razionalizzazione dell'offerta di assistenza del Comune e al contempo una responsabilizzazione delle famiglie nell'uso delle risorse e nell'organizzazione della cura dell'anziano. La diffusione di questa prassi di intervento e il riconoscimento dei suoi risultati potrebbero trasformarsi nel punto di debolezza dal momento che l'esiguo numero di personale riesce a fatica a rispondere all'espansione del servizio e che non è stata avviata nessuna integrazione del personale esistente, né è prevista la necessaria formazione per altri dipendenti comunali.</i>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ il progetto è sostenibile nel tempo?</li> </ul>	<i>Il fatto che il servizio sia avviato a costo zero per il Comune che aveva già al suo interno il personale lo fa apparire al momento non solo sostenibile ma anche in condizione di portare una maggiore economicità dell'assistenza agli anziani. L'inserimento nel Piano di Zona a costo zero mantiene questa impostazione. Resta il fatto che gli operatori si sono formati a loro spese e che non c'è spazio in bilancio per un ampliamento del servizio per adeguarlo proporzionalmente al bisogno dell'utenza, né dal punto di vista della formazione né al trasferimento in questo servizio di altro personale; se si dovesse verificare la necessità di una sostituzione o di un ampliamento dell'organico si renderebbe necessario assumere altro personale esterno o andare in convenzione con professionisti, il che ne metterebbe in crisi l'equilibrio economico e porrebbe il problema della sua sostenibilità da parte del Comune.</i>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ è in grado di capitalizzare l'esperienza acquisita o la disperde?</li> </ul>	<i>In assenza dei due mediatori che hanno pensato e avviato il servizio non sarebbe più possibile al Comune</i>

		<i>continuare ad offrirlo alle stesse condizioni. Non si sta preparando il ricambio per cui (se non si pensa di ricorrere a concorsi per mediatori) si dovrebbe ricominciare da capo, individuando dipendenti disponibili, attendendo che completino gli anni di formazione (da valutare a carico di chi questa dovrebbe essere) per poi ritornare ad offrire il servizio.</i>
<b>G</b>	efficacia	
	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ promuove l'empowerment dei destinatari?</li> </ul>	<i>Promuove l'assunzione di responsabilità da parte delle famiglie nella cura dei loro anziani, non limitandosi a distribuire compiti di accudimento materiale ma potenziando l'aspetto relazionale all'interno della famiglia e tra i soggetti deputati alla cura come elemento significativo del benessere dell'anziano.</i>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ incrementa il capitale sociale primario, comunitario e generalizzato?</li> </ul>	<i>La possibilità di sperimentarsi come nodi efficace di una rete rende tutti i soggetti coinvolti, anziani, familiari e operatori, protagonisti di una nuova modalità di gestione della vita quotidiana, dei conflitti e delle tensioni, il che rifluisce positivamente anche sulle competenze relazionali di ogni singolo soggetto, che apprende uno stile comunicativo e un processo di condivisione delle responsabilità. Si può ipotizzare che questo nel tempo generi un cambiamento positivo nella comunità.</i>
<b>I</b>	relazionalità	
	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ il servizio è stato progettato/realizzato in modo partecipato fin dalla definizione del bisogno/problema a cui risponde?</li> </ul>	<i>Il progetto è stato offerto alle parti sociali coinvolte come nuova modalità di collaborazione con il Comune per l'assistenza degli anziani. La sinergia e la partecipazione fa parte della sua applicazione più che della fase della progettazione o della precedente lettura del bisogno.</i>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ coinvolge i beneficiari nell'attuazione?</li> </ul>	<i>Il servizio è offerto tanto agli anziani quanto alle famiglie. Intendendo queste ultime come beneficiari al pari degli anziani, si può affermare che esse siano coinvolti non solo nell'elaborazione del piano individualizzato dei percorsi di cura ma anche nella loro realizzazione. Per quanto riguarda gli anziani, il servizio garantisce loro di avere voce in capitolo sulle scelte di assistenza che li riguardano, dal momento che partecipano al Tavolo di discussione al pari di tutti gli altri soggetti.</i>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ realizza la valutazione degli interventi ed è in grado di utilizzare riflessivamente i risultati?</li> </ul>	<i>I casi seguiti nella prima fase sperimentale sono stati oggetto di riflessione e di teorizzazione e ciò ha consentito di rielaborare l'offerta del servizio e integrare la mediazione intergenerazionale (specificamente dedicata a casi di conflitto) con la mediazione simbiotica del progetto dalla delega alla partecipazione, che invece viene utilizzata a tappeto per tutte le richieste di assistenza agli anziani come momento di elaborazione del piano individualizzato.</i>
<b>L</b>	qualità etica dei fini	
	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ il servizio è adeguato all'implementazione del welfare sussidiario plurale?</li> </ul>	<i>Il progetto di mediazione viene proposto non come nuovo servizio ma come nuovo modo di approcciare ed intersecare servizi pubblici già esistenti con le risorse del territorio: le cooperative del terzo settore, le associazioni di volontariato, altre realtà quali</i>

		<i>parrocchie, gruppi amicali e ogni relazione che faccia parte della vita dell'anziano con il quale e intorno al quale si tesse il progetto di assistenza.</i>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ è finalizzato al raggiungimento di un benessere di tipo relazionale?</li> </ul>	<p><i>L'anziano viene posto al centro di un progetto che vede protagonisti con lui tutti i suoi affetti e le sue reti di relazione, insieme alle risorse pubbliche e private deputate all'integrazione dei suoi bisogni; ciò permette anche di vivere il suo stato di necessità come momento fisiologico e non come occasione di crisi e conflitti.</i></p> <p><i>La distribuzione dei compiti e dei ruoli crea nell'intero sistema un clima di serenità e collaborazione che rifluisce positivamente sulla qualità della vita, contribuendo alla difesa del suo benessere.</i></p>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ introduce un valore aggiunto (pluralizza) nell'offerta dei servizi?</li> </ul>	<p><i>Il servizio permette la valorizzazione della dimensione relazionale nel contesto dell'assistenza degli anziani e crea un clima di condivisione all'interno della famiglia, al quale i servizi danno poi il loro contributo per la parte più materiale. Permette inoltre una integrazione efficace di tutti gli interventi prestati dal Comune e dai servizi sanitari con altre risorse del territorio.</i></p>

### *Caratteristiche del contesto*

La gestione quotidiana della non autosufficienza di un anziano mette di sovente alla prova non solo il sistema dei servizi, ma anche e soprattutto i figli. La pressione esercitata dalle necessità quotidiane genera, non di rado, conflitti tra fratelli o tra parenti, o tra figli e genitori, arrivando di frequente a provocare ad un deterioramento della qualità dell'intimità familiare.

Nel caso del territorio di riferimento, è stato osservato che queste tensioni si intrecciano con i residui della cultura tradizionale di assistenza agli anziani:

*Da noi fino a vent'anni fa dovevano per forza essere i figli e solo loro a curare gli anziani ed era una vergogna fare diversamente, poi per necessità la mentalità è cambiata però con lo stesso livello di pretesa, quello che si pretendeva prima dai figli ora si pretende dai servizi, certe volte anche cose che non spettano, richieste non adeguate, anche delega eccessiva agli operatori e i figli non devono più pensarci. (MRG3)*

Questi elementi culturali rifluiscono sulle aspettative nei confronti dei servizi e sui meccanismi di delega, provocando un aumento esponenziale della richiesta di aiuto ai servizi del Comune:

*le famiglie avevano un atteggiamento di delega totale ai servizi, non che si verificassero abbandoni, era solo che si dava per scontato che l'assistenza fosse un problema da risolvere con l'aiuto dei servizi pubblici oppure con la tendenza a ricoverare gli anziani per salvaguardare lo svolgimento regolare della vita dei figli. (MRG1)*

Ciò ha fatto sì che l'offerta dei servizi per anziani, pur articolata (l'assistenza domiciliare, la compartecipazione alle rette di ricovero, e i contributi economici per il mantenimento in famiglia, bonus sociosanitario, contributo per regolarizzazione delle badanti, buoni di servizio) non fosse in condizioni di assorbire la domanda sociale, sovradimensionata a causa di queste dinamiche.

*lavoravano al meglio delle loro possibilità ma presentavano molti inconvenienti (...) si sono dilatate talmente le richieste che è diventato impossibile reggerne il carico sia da un punto di vista organizzativo che economico. (MRG1)*



D'altra parte, il sistema di delega veniva sostenuto e rinforzato dalle caratteristiche del mondo lavorativo connesso al sociale:

*il sistema di servizi in convenzione è un sistema perverso perché per mantenere l'accreditamento le cooperative devono mantenere un tetto di anziani per cui l'entità del servizio era forse più commisurata alla necessità delle cooperative che a quelle reali degli anziani. (MRG1)*

Dalla lettura del territorio, nasce nel 2007 la proposta di un servizio innovativo, che consenta una razionalizzazione dell'offerta di assistenza del Comune e al contempo una responsabilizzazione delle famiglie nell'uso delle risorse e nell'organizzazione della cura dell'anziano. I destinatari sono le persone anziane o disabili che necessitano un'assistenza continua o comunque organizzata in modo preciso e costante, insieme alle loro famiglie; l'offerta è quella di un accompagnamento non solo nell'organizzazione della gestione "materiale" degli anziani, ma anche e soprattutto nella riorganizzazione delle relazioni interne, tra genitori e figli e tra figli, ed esterne, tra famiglia e sistema di servizi.

#### *Obiettivi ed efficacia*

Il servizio di mediazione intergenerazionale trova le sue basi normative tanto nel dettato normativo nazionale che regionale. La progettazione (SMRG7) riporta infatti il riferimento alla L. 328/00, art. 16:

*il sistema integrato di interventi e servizi sociali riconosce e sostiene il ruolo peculiare delle famiglie nella formazione e nella cura della persona (...) gli operatori coinvolgono e responsabilizzano le persone e le famiglie nell'ambito dell'organizzazione dei servizi*

e al Decreto Presidenziale 04/11/02 (Regione Siciliana) che al capitolo 5 punto 5.1 afferma che:

*la Regione (...) C) promuove e sostiene lo sviluppo armonioso delle relazioni familiari, delle funzioni educative, dei rapporti di solidarietà e generazionali.*

Le finalità primarie sono quindi, da un lato quella di ristrutturare i servizi a favore degli anziani, dall'altro quella di supportare la famiglia promuovendo l'assunzione di responsabilità nella cura dei loro anziani, non limitandosi a distribuire compiti di accudimento materiale ma potenziando l'aspetto relazionale all'interno della famiglia e tra i soggetti deputati alla cura come elemento significativo del benessere dell'anziano.

Quello che si offre è un percorso di 3 o 4 incontri di mediazione a domicilio dell'anziano, che vengono coordinate gratuitamente dal personale del servizio (SMRG4), in esito alle quali si arriva all'elaborazione di un progetto assistenziale di intesa sottoscritto dai familiari stessi. All'elaborazione partecipano tutti i soggetti che saranno poi coinvolti nella realizzazione di questo progetto assistenziale, che sarà inoltre periodicamente monitorato a cura del Servizio Sociale Comunale.

Obiettivo di questo processo mediativo è la tutela dei legami dell'anziano e intorno all'anziano, dando modo allo stesso di esercitare il suo diritto tanto alle cure materiali quanto ad una umanizzazione delle stesse, attraverso la messa in rete di tutte le risorse esistenti, umane e materiali, pubbliche, private e familiari.

*Ancora permane nel nostro contesto una certa varietà nelle famiglie rispetto alla gestione degli anziani. Alcune sono molto centrate sugli anziani e quindi hanno già meccanismi di riorganizzazione interna che consente loro di affrontare le varie fasi della vita, altre invece sono centrate sui nuovi nuclei, gli anziani stessi non si sentono più parte del nucleo centrale familiare,*

*è tutto più spostato sulla cura dei figli, la vita familiare ruota intorno a loro e ai loro impegni, per cui il tempo residuo per gli anziani è molto poco. Altre ancora sono molto sensibili alle problematiche dei loro anziani ma difettando da un punto di vista organizzativo, si perdono di fronte alle difficoltà, agli imprevisti e vanno in crisi, ma non per mancanza di affetto o interesse, proprio non si sanno organizzare. Per questo ha senso proporre uno strumento flessibile come quello della mediazione. (MRG2)*

Al contempo, si persegue l'obiettivo di razionalizzare l'offerta dei servizi e di integrare l'offerta in un'ottica di ottimizzazione della qualità e dell'economicità dei servizi, attraverso l'attuazione del processo mediativo come modalità sostanziale nell'ambito dell'erogazione degli interventi:

*il Comune ha scelto la mediazione come nuova prassi operativa e siamo stati autorizzati a introdurre la mediazione in tutti i servizi ove si rendesse opportuna o necessaria. In questo modo la mediazione non è solo un episodio del percorso, ma diventa lo stile operativo di tutto il percorso, è uno stile di intervento. (MRG1)*

La prima sperimentazione è stata effettuata nel 2009 sul servizio ADA, con la spedizione di 160 lettere a tutti i familiari degli anziani che usufruivano del servizio o che avevano presentato una nuova istanza o una richiesta di rivisitazione. Di queste 160, 105 famiglie sono state disponibili ad avviare gli incontri di mediazione, 25 non sono state disponibili, 30 non hanno risposto. Dei 105 casi di disponibilità alla mediazione, 70 mediazioni sono state concluse già alla fine del 2009, registrando una buona partecipazione dei parenti coinvolti e buoni risultati (SMRG6):

*Questo modo di procedere ci sta aiutando a cambiare brutte abitudini che gli anziani avevano preso nei confronti dei servizi, tendevano ad approfittare, a chieder e anche se non avevano bisogno, cosa che in più nel tempo ha creato anche delle dipendenze che per il Comune sono peraltro insostenibili, adesso invece si può razionalizzare l'offerta dei servizi ed è anche più educativo. (MRG3)*

Al termine del 2009 è stata avviata anche la sperimentazione sulle nuove istanze di istituzionalizzazione, per casi riguardanti quindi anziani ricoverati presso le case di riposo. Anche nei casi di questo genere si è osservato che l'intervento del mediatore ha consentito una maggiore apertura al contesto e un coinvolgimento di tutte le risorse relazionali dell'anziano nel piano di assistenza che lo riguardava, riducendo il rischio di delega e abbandono che per gli anziani istituzionalizzati è ancora più significativo che per quelli assistiti al proprio domicilio:

*quello che si riesce a fare così è ufficializzare il ruolo delle famiglie, evitare che deleghino tutto all'istituto, distribuire ruoli e funzioni di famiglia e istituto nel benessere degli anziani perché tutti (familiari, anziano e assistente sociale dell'istituto) concorrono a elaborare il piano di assistenza individuale. (MRG1)*

La possibilità di sperimentarsi come nodi efficace di una rete rende tutti i soggetti coinvolti, anziani, familiari e operatori, protagonisti di una nuova modalità di gestione della vita quotidiana, dei conflitti e delle tensioni, il che rifluisce positivamente anche sulle competenze relazionali di ogni singolo soggetto, che apprende uno stile comunicativo e un processo di condivisione delle responsabilità.

La mediazione ha coinvolto, per alcuni casi di richiesta di bonus sociale, anche le badanti addette alla cura dell'anziano:

*spesso prima registravamo casi di lamentele da parte delle badanti che si ritenevano vittime di eccessive pretese da parte dei figli, che avevano tutta la responsabilità 24 ore al giorno, che vivevano tensioni all'interno delle famiglie. Il fatto di fare anche in questi casi la mediazione ha*

*fatto sì che si riaffermasse il principio di una responsabilità condivisa con i figli, e anche che nessuno dei figli si sottraesse più alla sua parte, anche solo in senso affettivo, verso i genitori, e che si sentisse parte di questo contesto di cura, non estraneo. (MRG2)*

Si è osservato che, anche in questo caso, un intervento del Comune di questo genere permette una riqualificazione sia del rapporto anziano/ famiglia, sia di quello famiglia/badante, e può costituire una opportunità importante per poter distribuire i carichi di cura, attivando e mantenendo relazioni con i figli più improntate alla corresponsabilità e non alla delega totale.

Il progetto è stato offerto alle parti sociali coinvolte come nuova modalità di collaborazione con il Comune per l'assistenza degli anziani; va sottolineato però come la partecipazione dei soggetti implicati faccia parte della fase di applicazione, mentre la progettazione (e la ancora precedente lettura del bisogno) sono stati curati dai promotori del progetto.

Rispetto ai risultati, da una sintesi delle interviste emerge come i più significativi siano:

- aumento del *senso di autoefficacia della famiglia* (MRG3) e minore delega ai servizi, con conseguente migliore economicità dell'intervento;
- possibilità di:  
*fare un progetto di assistenza dell'anziano a 360° che comporta un lavoro diverso per tutti, nessuno è solo anzi si può dire che lavorando così non è che c'è qualcuno che aiuta e qualcuno che porta avanti il servizio, tutti sono alla pari nell'offrire e nel condividere le risorse. (MRG2)*

*Tabella 14-2 – Numero di mediazioni concluse per anno*

<b>ANNO</b>	<b>N°</b>
2009	95
2010	140

#### *Risorse, efficienza e sostenibilità*

Le risorse impegnate nel progetto sono 2 mediatori e 1 amministrativo; uno dei due mediatori svolge anche il ruolo di Responsabile Tecnico dell'Area Tutela delle persone anziane. Il fatto che il servizio sia avviato a costo zero per il Comune, che assegna ad esso personale già in organico, lo fa apparire al momento non solo sostenibile ma anche in condizione di portare una maggiore economicità dell'assistenza agli anziani.

Alcune considerazioni vanno però fatte sul peso che le scelte e la motivazione degli stessi hanno avuto sulla introduzione del servizio attraverso la sperimentazione fino ad arrivare ai risultati odierni: gli operatori hanno scelto autonomamente il percorso di formazione necessario, seguendolo a loro spese, grazie alla loro forte motivazione professionale. Ogni sviluppo futuro del servizio parrebbe anche oggi legato all'iniziativa di altri che si muovano nella stessa direzione. Non sembra esservi un progetto (né l'eventuale spazio in bilancio necessario) per adeguare il personale proporzionalmente al bisogno dell'utenza, sia attraverso l'investimento sulla formazione, sia con il trasferimento in questo servizio di altro personale; se si dovesse verificare la necessità di una sostituzione o di un ampliamento dell'organico resterebbe quindi l'alternativa di andare in convenzione con professionisti esterni, scelta che comunque ne metterebbe in crisi l'equilibrio economico e lo renderebbe non sostenibile per il Comune, oltre a presentare altri inconvenienti:

*Adesso poi che il servizio di mediazione si sta introducendo in tutti i servizi servirebbe un ampliamento dell'organico, oltre al poter consolidare l'elaborazione teorica per il futuro. A mio parere questo dovrebbe avvenire con risorse interne al Comune, la mediazione deve radicarsi*

*nel pubblico, perché se invece fosse affidata ad una cooperativa o ad una associazione credo che non potrebbe garantire continuità e solidità. (MRG1)*

Dal 2010 il Servizio è inserito nel Piano di Zona e questo è stato valutato unanimemente come un passo avanti nell'offerta Comunale di servizi per gli anziani. A questo punto è auspicabile a breve un passaggio successivo:

*la stabilizzazione anche con il personale, davvero sarebbe importante e poi quante altre cose potremmo fare anche di nuovo, per la sensibilizzazione, per la cura delle relazioni anche a livelli più ampi(MRG2).*

Paradossalmente, una maggiore diffusione di questa prassi di intervento, grazie al riconoscimento dei suoi risultati, potrebbe trasformarsi in un punto di debolezza dal momento che l'esiguo numero di personale riesce a fatica a rispondere all'espansione del servizio e che non è stata avviata nessuna integrazione del personale esistente , né prevista la necessaria formazione per altri dipendenti comunali.

#### *Relazionalità*

Uno degli effetti virtuosi dell'applicazione della mediazione all'elaborazione partecipata del progetto di assistenza degli anziani è che si possono curare e proteggere i legami familiari, il che ha evidentemente conseguenze positive anche a livello comunitario.

Il servizio è offerto tanto agli anziani quanto alle famiglie:

*il valore più grande che viene affermato e difeso con il nostro servizio è la centralità dell'anziano e il suo inserimento all'interno del suo contesto familiare. Noi lavoriamo perché tutti vengano coinvolti nella vita e non solo nell'assistenza dell'anziano. (MRG2)*

Intendendo queste ultime come beneficiari al pari degli anziani, si può affermare che essi siano coinvolti non solo nell'attuazione dei singoli percorsi di cura ma anche nella loro realizzazione. Per quanto riguarda gli anziani, il servizio garantisce loro di avere voce in capitolo sulle scelte di assistenza che li riguardano, dal momento che partecipano al Tavolo di discussione al pari di tutti gli altri soggetti:

*il senso di questo nostro procedere, il rimettere in gioco le risorse relazionali che pure esistono intorno agli anziani, di recuperare intorno a loro una razionalizzazione ma anche una personalizzazione degli interventi che non trascura nessuno degli elementi di contorno, che mette tutti in rete e lo volge a vantaggio della vita affettiva e non solo del benessere materiale dell'anziano. (MRG1)*

L'anziano – al centro di un progetto che vede protagonisti con lui tutti i suoi affetti e le sue reti di relazione, insieme alle risorse pubbliche e private deputate all'integrazione dei suoi bisogni – vive il suo stato di necessità come momento fisiologico e non come occasione di crisi e conflitti. La distribuzione dei compiti e dei ruoli crea nell'intero sistema un clima di serenità e collaborazione che rifluisce positivamente sulla qualità della vita, contribuendo alla difesa del suo benessere.

La protezione di questi legami trascende il contesto della famiglia e diventa un elemento strategico e una risorsa centrale dal punto di vista istituzionale nell'ambito della prestazione di servizio: approdando al Welfare della partecipazione, infatti, tanto gli anziani beneficiari del

servizio quanto le famiglie - delle quali vengono riconosciute importanza e rilevanza comunitaria e istituzionale – diventano attori di primo piano del processo di aiuto che li riguarda.<sup>166</sup>  
*Qualità etica dei fini, modello di valore, innovazione*

Le caratteristiche chiave del progetto presentate nel Piano di Zona 2010/12 sono :

- *Dare centralità alle famiglie e alla tutela dei legami, stimolando il protagonismo dei familiari e affermandone in modo sistematico, formalizzato, strutturato e ufficiale, la responsabilità di protezione sociale e il dovere di provvedere ad una organizzazione familiare adeguata ai bisogni della persona anziana .*
- *Affermare il principio che l'Ente non può in nessun caso sostituirsi all'obbligo dei familiari, ma è chiamato ad intervenire solo in un secondo momento ad integrazione di quanto fanno i familiari stessi.*
- *Proporre il mediatore come protagonista chiave nella messa in atto e nella organizzazione personalizzata dei servizi.*

Vengono sostenuti e valorizzati i compiti che le famiglie svolgono, riconoscendo loro un ruolo attivo nella formulazione di proposte e di progetti per l'offerta di assistenza e per la valutazione della stessa. Il progetto di mediazione viene proposto non come nuovo servizio ma come nuovo modo di approcciare ed intersecare servizi pubblici già esistenti (SMRG7) con le risorse del territorio: le cooperative del terzo settore, le associazioni di volontariato, altre realtà quali parrocchie, gruppi amicali e ogni relazione che faccia parte della vita dell'anziano con il quale e intorno al quale si tesse il progetto di assistenza. Se si conferma che nessuno può essere obbligato a partecipare alla mediazione, tuttavia la mediazione può essere – e lo è stata in questo caso (SMRG5) – presentata come pre-requisito necessario per accedere all'offerta dei servizi. Ciò in un'ottica di ottimizzazione della qualità e del costo dei servizi (obiettivo che rientra tra i diritti/doveri dell'Ente) e nella prospettiva nella quale l'ente pubblico è secondo e residuale nell'impegno all'assistenza delle persone non autosufficienti rispetto ai membri della famiglia. I casi seguiti nella prima fase sperimentale sono stati oggetto di riflessione e di teorizzazione e ciò ha consentito di rielaborare l'offerta del servizio e integrare la mediazione intergenerazionale, specificamente offerta su richiesta delle parti coinvolte in casi di conflitto, con la mediazione simbiotica del progetto dalla delega alla partecipazione, che invece viene utilizzata "a tappeto" per tutte le richieste di assistenza agli anziani come momento di elaborazione del piano individualizzato.

Il servizio permette la valorizzazione della dimensione relazionale nel contesto dell'assistenza degli anziani e crea un clima di condivisione all'interno della famiglia, al quale i servizi danno poi il loro contributo per la parte più materiale. Permette inoltre una integrazione efficace di tutti gli interventi prestati dal Comune e dai servizi sanitari con altre risorse del territorio.

#### **14.5. LA "BUONA PRATICA" DALLA PARTE DEGLI OPERATORI: ANALISI CARTA E PENNA**

Il filo conduttore delle interviste effettuate è senz'altro il forte senso di appartenenza e l'investimento personale e professionale che caratterizza tanto i due mediatori che il referente amministrativo. I tre sono legati da una prassi consolidata di lavoro di squadra che punta sulla complementarità delle competenze e delle abilità, come si ricava dal prevalere, nelle singole interviste, di temi diversificati che concorrono a delineare il quadro completo del servizio.

In base alle funzioni prevalentemente esercitate (esiste tra l'altro un buon margine di interscambiabilità dei ruoli per alcuni compiti) gli intervistati focalizzano la loro attenzione ora

---

<sup>166</sup> C. Marzotto, G. Digrandi, *L'autre médiation, Institut des Sciences de la Famille, Lyon, 9-10 mars 2010.*

sull'aspetto più politico, ora su quello dell'intervento sociale, ora sugli aspetti più legati all'economicità e alla razionalizzazione del servizio.

Il quadro di insieme che se ne ricava è quello di un progetto fortemente voluto dai suoi promotori e protagonisti, sul quale si concentra un notevole investimento sia dal punto di vista dell'impegno sul campo, sia sulla riflessione e l'elaborazione della pratica ai fini di una sua teorizzazione finalizzata alla futura riproducibilità.

I risultati trascendono i miglioramenti pur significativi registrati nell'offerta dei servizi, arrivando a generare nuove modalità di relazione tra anziani e familiari e tra gli stessi e i gestori dei servizi, e tra tutti e il Servizio Comunale. Il tempo relativamente limitato della sperimentazione non permette ancora di registrare cambiamenti culturali o a livello comunitario, che si prevedono nel prosieguo del progetto, a maggior ragione se verranno sciolti i nodi relativi alla sua stabilizzazione e solidificazione.

Le aree che co-occorrono nelle interviste effettuate sono:

- [1]** cultura tradizionale dell'assistenza (delega e/o abuso del servizi)
- [2]** razionalizzazione ed economicità dei servizi
- [3]** rapporti con il Terzo settore
- [4]** iniziativa personale dei promotori e investimento del progetto
- [5]** lavoro di equipe
- [6]** valenza educativa (cambio di mentalità, nuove abilità di relazione per interiorizzazione del metodo e percezione di autoefficacia)
- [7]** mediazione come strumento flessibile e innovativo
- [8]** stabilizzazione della sperimentazione le imiti per futuro
- [9]** centralità delle relazioni familiari e cura a 360°
- [10]** clima politico favorevole
- [11]** diffusione del senso della sussidiarietà e benessere generalizzato
- [12]** attività di teorizzazione con Università



Al primo lemma, le parole associate rimandano alla condizione di necessità e di bisogno in cui versano gli anziani: "assistenza", "necessità", "bisogno", "famiglia" i termini più emblematici.

Il lemma *Famiglia* rimanda al termine "mediazione" e dunque al bisogno se non alla necessità di essere coadiuvati in famiglia per la cura degli anziani; "carico", "servizio", "anziano" le altre tre parole maggiormente associate.

Novità e Innovazione del progetto emergono dal grafico che mette al centro il lemma *Mediazione*. "Partecipare", "nuovo", "famiglia", "cooperativa" le associazioni più significative che danno bene l'idea sull'aspetto del dialogo e della partecipazione dell'intera famiglia nel progetto di mediazione familiare.

Ciò viene ribadito dalle associazioni con il lemma *Percorso*: "partecipare", "mediazione" , "proporre" le associazioni più significative.

Al binomio che caratterizza il progetto "anziano-famiglia", connubio perfetto per una reale cura e assistenza di questa fascia debole, rimanda il grafico che analizza le associazioni con il lemma *Servizio*.



## 15. SERVIZIO ANZIANI IN AFFIDO - CASTELVETRANO (TP)

di Roberta Di Rosa

### 15.1. DESCRIZIONE DEL CASO STUDIATO

Il servizio "Anziani in Affidato" si colloca all'interno di una rete di interventi volti al miglioramento della qualità della vita delle persone anziane, rispondendo in modo articolato ai loro bisogni diversificati e complessi, e costituisce un ampliamento ed una evoluzione dei servizi tradizionali. L'aggravarsi delle condizioni di salute nell'avanzare degli anni rende infatti insufficiente l'offerta di servizi tradizionali, quali l'assistenza domiciliare, e rende l'istituzionalizzazione l'unica prospettiva possibile per molti anziani privi di *caregiver* familiari.

Il Comune di Castelvetro propone al territorio un sistema di servizi capace di superare la classica categorizzazione delle problematiche e di offrire invece una lettura più ampia e integrata dei bisogni del territorio.

La rilevazione delle esigenze di nuclei familiari con difficoltà economiche e quelle di anziani soli e con ridotta autosufficienza diventano il punto di partenza per la progettazione "Anziani in affidato", che cura soprattutto la valorizzazione delle risorse delle parti e l'attivazione di percorsi di *sostegno reciproco* e di *sussidiarietà*. Lo spirito che ha animato la proposta è stato anche quello del recupero delle tradizionali forme di buon vicinato come famiglia di sostegno.

La progettazione tiene conto anche delle particolarità del contesto, nel quale gli anziani spesso rimangono soli a vivere a Castelvetro, mentre i figli si spostano per lavoro in altre zone, tanto in Sicilia quanto in Italia. Il restare in solitudine degli anziani è da considerarsi il più delle volte "necessitato" e non certo voluto dai figli, che hanno la possibilità di restare in contatto solo a distanza, con i genitori. Vengono attivate quindi, attorno ai primi, le relazioni comunitarie, recuperando quella che è una antica prassi di solidarietà tra chi resta in paese mentre gli altri partono. Per quanto oggi le definizioni di famiglia forse abbiano superato questa accezione, in questo progetto si prova a recuperare il senso di comunità come famiglia di famiglie, e non sono più i legami di sangue, ma quelli di solidarietà ad organizzare le convivenze e la condivisione delle risorse.

Anche il personale dei servizi "classici" come l'assistenza domiciliare, diventano, grazie ad un particolare impegno di formazione e di supervisione da parte dell'assistente sociale, responsabile del servizio, ulteriori punti di forza per l'instaurazione e il mantenimento di una relazione positiva tra anziani e giovani.

La modalità di attuazione non è stata quella del progetto pilota, ma quella della iniziale sperimentazione all'interno del Servizio di Assistenza Domiciliare (già istituzionalizzato da parte del comune); successivamente si è proceduto alla istituzione come servizio, segno di assunzione di responsabilità della parte politica, ed è entrato immediatamente nella prassi di intervento ordinario, forte della condivisione di un solido partenariato tra il Comune e gli altri Enti e Associazioni del privato sociale.

È stato rilevato, inoltre, come significativo il fatto che tale modalità di intervento abbia permesso al Comune di gestire in modo diverso i costi dei servizi, riducendo sprechi e lasciandosi alle spalle lo stile assistenziale precedente. L'Amministrazione ha sottolineato il pieno sostegno ad iniziative di questo tipo che riescono ad incidere profondamente nelle dinamiche sociali.

## 15.2. METODOLOGIA

<b>Intervistato</b>	<b>Strumento</b>
<i>Responsabile Assistente Sociale</i>	Traccia per intervista Responsabile Ente
<i>Responsabile Assistente Sociale</i>	Scheda per responsabile Ente
<i>Assistente Sociale</i>	Griglia per intervista operatori
<i>Neuropsicomotricista</i>	Griglia per intervista operatori
<i>Anziano con famiglia affidataria 1</i>	Traccia per intervista guidata ad utenti/familiari
<i>Anziano con famiglia di sostegno 2 + membro famiglia</i>	Traccia per intervista guidata ad utenti/familiari
<i>Anziano con famiglia di sostegno 3 + membro famiglia</i>	Traccia per intervista guidata ad utenti/familiari

Per lo studio del servizio "Anziani in affido" sono state realizzate tre visite presso il Servizio, durante le quali si è potuto osservare il lavoro di equipe e si è partecipato ad una riunione relativa alle procedure di raccolta richieste e di abbinamento anziani/famiglie. Negli stessi giorni, sono state svolte tre interviste, alle due Assistenti Sociali responsabili del Servizio Affido Anziani e alla Neuro-psicomotricista (figura professionale presente all'interno del SAD). Nel corso della visita si è assistito anche ad un incontro tra gli operatori e l'Assessore preposto all'Area.

Prima del Piano di Zona 2010/12, il servizio "Anziani in affido" non faceva parte dell'offerta di servizi ordinaria ma è stato realizzato in via sperimentale all'interno del servizio assistenza domiciliare per cui fino a questo momento non ha avuto una documentazione autonoma. Dal 2010 invece è stato approvato come servizio ed è rientrato nella progettazione per il Piano di Zona 2010-12, del quale è stata raccolta copia.

È stato fornito materiale cartaceo relativo ad altri servizi che hanno una influenza positiva anche nella complessa Area Anziani (Taxi sociale, Segretariato Sociale di primo e secondo livello, Centro Sociale Polivalente e Polifunzionale).

Il punto di vista dei beneficiari è stato esplorato attraverso tre visite al domicilio degli anziani, fruitori del servizio, accompagnati dall'operatore; in due casi, era presente nella stessa sede un membro della famiglia legata all'anziano, una per affidamento e una come famiglia di sostegno. Più che come interviste questi incontri si possono quindi considerare come momenti di discussione dei partecipanti sugli stimoli offerti dalla griglia E (Traccia per intervista guidata ad utenti/familiari), rispetto ai quali i presenti intervenivano per intrecciare le loro esperienze e il loro vissuto.

## 15.3. ANALISI DELLA BUONA PRATICA

<b>ANALISI DI UN SERVIZIO RELAZIONALE</b>	
<i>Il problema/bisogno a cui l'intervento risponde</i>	<p><i>È aumentato il numero di anziani con situazione di disagio sociale o relazionale e/o non autosufficienti che esprimono la volontà di rimanere al proprio domicilio, pur nell'impossibilità di essere assistiti nell'ambito della rete familiare di appartenenza.</i></p> <p><i>Ove l'istituzionalizzazione viene vissuta come sradicamento e provoca spesso un rapido decadimento delle condizioni psicofisiche dell'anziano, il permanere nel proprio ambiente di vita, viene percepito come opportunità di restare inserito in una trama di relazioni, e di mantenere un livello diverso di qualità della vita.</i></p> <p><i>Parallelamente, sono in aumento le famiglie che attraversano difficoltà di tipo economico e che quindi</i></p>

		<i>sperimentano la fragilità della loro condizione sociale, pur mantenendo buone competenze relazionali e potendo quindi costituire risorsa per la comunità</i>
<b>A</b>	mezzi utilizzati	<i>Il pregio del progetto è quello di considerare le due categorie coinvolte (anziani e famiglie affidatarie) tanto beneficiarie quanto risorse. Nel PDZ 2010-12 il Comune prevede una Commissione ad hoc composta dalle Assistenti Sociali dei Comuni D54, da una Assistente Sociale dell'ASP e da un amministrativo. Per avviare il percorso e accompagnarlo attentamente nella fase della sperimentazione precedente sono state coinvolte con la loro professionalità le assistente sociale del Comune, una psicomotricista e più genericamente l'equipe del Servizio Anziani.</i>
<b>G</b>	obiettivo dell'intervento	<i>Il servizio si propone di creare le condizioni per il soddisfacimento dei bisogni primari e relazionali delle persone anziane attivandone le capacità residue e potenziali, attraverso l'instaurarsi di una relazione positiva, che al contempo è occasione per le famiglie affidatarie di recuperare il loro senso di autoefficacia e di legame con la comunità e di superare lo stato di disagio economico volgendolo in esperienza di maturazione e di crescita.</i>
<b>I</b>	regole metodi	<i>La scelta del Servizio è quella di valorizzare le risorse costituite dai beneficiari stessi e metterli in rete con i servizi del territorio, Comuni, ASP e Giudice Tutelare, oltre al privato sociale che può integrare i servizi e costituire una rete di supporto per i nuclei composti da anziani e famiglie affidatarie e allo stesso tempo di cambiamento culturale rispetto al rapporto ai servizi, in un'ottica di lavoro di comunità.</i>
<b>L</b>	modello di valore	<i>L'azione vuole sostenere i soggetti anziani nel soddisfacimento dei propri bisogni fondamentali e nella valorizzazione delle abilità residue, garantendo il diritto all'assistenza in un contesto di vita intriso di relazionalità. L'attivazione delle famiglie in stato di disagio economico permette anche di recuperare e ricucire legami tra i beneficiari e la comunità, valorizzandone l'apporto al mantenimento del benessere e della dignità. Viene affermata e tutelata l'importanza del soddisfacimento dei bisogni relazionali degli utenti, non secondi a quelli fisici/materiali, come componente essenziale del benessere e della qualità della vita.</i>
	<b>VALUTAZIONE DELLA BONTÀ DELLA PRATICA</b>	
<b>A</b>	efficienza	
	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ c'è una congruità tra mezzi e fini?</li> </ul>	<i>Il servizio è proposto al momento per un numero ridotto di casi, scelta che deriva dalla delicatezza del percorso di abbinamento anziani/famiglie e dalla necessità di un cambiamento culturale tanto nel contesto dei beneficiari che in quello degli operatori. In questa versione, sembra ben calibrata l'organizzazione delle risorse intorno ai nuclei costituiti per affido e il supporto garantito attraverso la rete dei servizi pubblici e delle realtà private. Rispetto ai costi a carico dei servizi, costituisce una</i>

		<i>ottimizzazione dal momento che permette di ridefinire al contempo l'offerta di servizi per gli anziani e quelli per le famiglie in stato di disagio economico. Il convergere in un'unica sperimentazione riduce i costi a carico del Comune, dal momento che limita le istituzionalizzazioni e riduce la concessione di contributi per il disagio.</i>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>il progetto è sostenibile nel tempo?</li> </ul>	<i>Il progetto valorizza risorse relazionali riducendo il ricorso ai servizi domiciliari o ai ricoveri e impiega, ove necessario, personale già in servizio, senza ulteriori costi. Si presenta come altamente sostenibile anche nel caso di un Comune a bilanci molto ridotti. L'attivazione del volontariato e delle altre realtà a sostegno dell'esperienza di affido consente inoltre azioni flessibili a vari livelli e condivise sia per l'aspetto pubblico che privato.</i>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>è in grado di capitalizzare l'esperienza acquisita o la disperde?</li> </ul>	<i>Essendo un servizio istituito con apposita deliberazione da parte dell'Amministrazione, fa parte adesso dell'offerta ordinaria dei servizi. È quindi svincolato dalla permanenza dei suoi ideatori, che continuano a trasmettere l'esperienza acquisita rielaborandola continuamente in itinere e conservando le buone prassi sperimentate come background per il futuro con una capitalizzazione degli interventi sostenuti.</i>
<b>G</b>	efficacia	
	<ul style="list-style-type: none"> <li>promuove l'empowerment dei destinatari?</li> </ul>	<i>Attraverso la coabitazione o la messa in relazione dei soggetti coinvolti (nel caso delle famiglie di sostegno) si dà ampio spazio al recupero delle potenzialità residue degli anziani, come alla valorizzazione delle risorse relazionali delle famiglie. Il patto di collaborazione prevede che ciascuno contribuisca in base alle proprie possibilità e capacità ciò costituisce uno stimolo significativo alla riscoperta delle proprie abilità da condividere in ottica mutualistica e procura un miglioramento della qualità della vita in termini di serenità e di autoefficacia.</i>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>incrementa il capitale sociale primario, comunitario e generalizzato?</li> </ul>	<i>L'inserimento degli anziani nelle famiglie o delle famiglie a casa degli anziani sia continuativamente che temporaneamente, ha l'effetto positivo di ampliare le reti di conoscenza tanto da una parte come dall'altra. Vengono entrambi a far parte l'uno della vita dell'altro e si inseriscono così nella trama di rapporti già esistenti. Questo contribuisce ad allargare gli orizzonti relazionali di tutti i soggetti coinvolti, non solo quindi dei beneficiari del progetto, perché è segno nella comunità di un modo diverso di viverci e di sostenersi reciprocamente, oltre al fatto che estende i confini delle famiglie oltre i legami di sangue, in rapporti caratterizzati dalla solidarietà e dalla sussidiarietà, migliorando anche la percezione di appartenenza alla comunità. Le difficoltà iniziali a costruire fiducia tra i soggetti coinvolti vengono nel tempo superate, arrivando ad una percezione di qualità della vita che comprende e valorizza proprio questo conquistato senso di fiducia reciproca.</i>
<b>I</b>	relazionalità	
	<ul style="list-style-type: none"> <li>il servizio è stato progettato/realizzato in modo partecipato fin dalla definizione del bisogno/problema a cui risponde?</li> </ul>	<i>Il servizio è nato da una riflessione ed un'analisi condivisa tra gli operatori dei servizi dell'Area Anziani, gli altri servizi assistenziali del Comune e le altre realtà partner, sui bisogni del territorio e sui limiti delle risorse disponibili.</i>

		<i>Valutata l'esistenza di condizioni favorevoli, è stata proposta prima la sperimentazione e poi la stabilizzazione del servizio. La fattibilità dello stesso è stata quindi studiata in equipe, come pure la sperimentazione è stata accompagnata dal monitoraggio di un gruppo di lavoro comprendente i membri della rete dei servizi coinvolti.</i>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>coinvolge i beneficiari nell'attuazione?</li> </ul>	<p><i>È stato l'ascolto dei potenziali beneficiari ad risultare determinante ai fini dell'avvio della sperimentazione. Da quel momento, gli stessi sono protagonisti dell'esperienza, che per sua natura implica un'adesione profonda e l'attivazione incondizionata dei suoi stessi beneficiari per poter garantire buoni risultati.</i></p> <p><i>Il monitoraggio e i contatti costanti con l'equipe garantiscono ai soggetti coinvolti la possibilità di partecipare alla riflessione sull'esperienza e, ove necessario, alla sua rimodulazione, nell'ottica dell'individualizzazione del servizio.</i></p>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>realizza la valutazione degli interventi ed è in grado di utilizzare riflessivamente i risultati?</li> </ul>	<i>Per la fase sperimentale, la valutazione è stata fatta all'interno di quella del Servizio Assistenza Domiciliare, da cui prendeva le mosse. A partire dal 2010, data di istituzione del servizio come autonomo, e dal suo inserimento nel piano di zona 2010/12, è invece prevista una valutazione trimestrale del buon andamento degli affidamenti per monitorare lo stato di implementazione degli interventi e il livello di raggiungimento dei destinatari in quanto soggetti attivi dell'intervento individualizzato. È prevista a conclusione del primo triennio una verifica rispetto al controllo dei criteri di efficacia ed efficienza ed alla qualità della performance, sottolineando la ricaduta del raggiungimento dell'obiettivo.</i>
<b>L</b>	qualità etica dei fini	
	<ul style="list-style-type: none"> <li>il servizio è adeguato all'implementazione del welfare sussidiario plurale?</li> </ul>	<i>Il progetto di servizio non contempla esplicitamente il coinvolgimento del Terzo Settore, che però risultava coinvolto nella fase di sperimentazione. Le risorse del privato sociale vengono attivate nella progettazione dei singoli interventi, non sono messe a sistema nel piano di istituzione dell'azione, ma costituiscono elemento fondante per la realizzazione degli interventi individualizzati.</i>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>è finalizzato al raggiungimento di un benessere di tipo relazionale?</li> </ul>	<p><i>Il servizio è finalizzato ad offrire, da un lato, agli anziani la possibilità di vivere dignitosamente al proprio domicilio facendo riferimento a legami solidali che contribuiscono a garantire sicurezza fisica e benessere relazionale; dall'altro, agli affidatari, la garanzia di sostegno nel disagio vissuto e la possibilità di contribuire al mantenimento del benessere degli anziani soli.</i></p> <p><i>Ne viene sottolineata anche una finalità per gli operatori coinvolti: quella cioè di poter provvedere, costruendo percorsi positivi, con l'affidamento non solo ai bisogni fisici, ma anche e soprattutto ai bisogni relazionali degli utenti più fragili.</i></p>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>introduce un valore aggiunto (pluralizza) nell'offerta dei servizi?</li> </ul>	<i>Il servizio costituisce una pratica innovativa nel territorio sia in termini dell'offerta assistenziale per gli anziani sia nei termini di una diversa responsabilizzazione dei beneficiari nei confronti di una richiesta responsabile e mirata dei sussidi economici e quindi verso il benessere comunitario attraverso la cura dei suoi membri più fragili.</i>

### *Il contesto di riferimento*

Il territorio del Distretto D54 è caratterizzato da diverse problematiche sia sotto il profilo economico che sociale: la marginalità geografica, insieme ad una limitata produttività, la precarietà lavorativa ed economica delle nuove generazioni, un alto tasso di disoccupazione e un significativo fenomeno di migrazione per lavoro verso altre Regioni, un sistema di servizi pubblici duramente provato dalla carenza di fondi, fanno di questo territorio una zona a rischio di emarginazione, in particolare per i soggetti più fragili. Il Servizio Sociale territoriale mette in evidenza in particolare, nell'Introduzione al PDZ 2010/12:

*un accrescimento dell'indice di invecchiamento della popolazione, con l'aggravarsi di tutte le problematiche correlate al fenomeno (...) l'aumento esponenziale del grado di povertà.(PDZ 2010/12)*

Rispetto alla popolazione anziana, i Servizi registrano anche una notevole domanda di servizi legati alla domiciliarità, alla possibilità di rimanere legati al contesto sociale di riferimento evitando forme di sradicamento e istituzionalizzazione anche nel caso di perdita di autosufficienza. Il fatto però che un numero sempre crescente di anziani con situazione di disagio sociale o relazionale e/o non autosufficienti esprimano la volontà di rimanere al proprio domicilio, pur nell'impossibilità di essere assistiti nell'ambito della rete familiare di appartenenza, crea grosse difficoltà ai Servizi, che soffrono della difficoltà da parte della PP. AA. a rispondere in modo continuo, efficace ed efficiente a questa domanda sociale:

*Nel nostro territorio è aumentata sensibilmente negli ultimi anni la domanda di assistenza domiciliare per anziani non autosufficienti, che vorrebbero restare nella loro casa e non accettano assolutamente di essere ricoverati in una struttura. Il servizio di assistenza domiciliare, che pure ha cercato di andar loro incontro, non è in grado di gestire questo carico di cura, proprio perché richiede una presenza costante al fianco dell'anziano, che non può essere compensata dagli operatori, per quanto solerti, che si recano alcune ore al giorno (ACSVT1).*

Il servizio è nato da una riflessione, condivisa tra gli operatori coinvolti nei vari servizi assistenziali del Comune e le altre realtà partner, sui bisogni del territorio e sui limiti delle risorse disponibili. Dall'analogia dell'esperienza dell'affidamento dei minori e dal confronto con i servizi per le famiglie, oltre che con il Giudice Tutelare, sono emerse condizioni favorevoli per proporre prima la sperimentazione e poi la stabilizzazione del servizio.

*Già lavoravamo con le famiglie per l'affido dei minori, incontrando molte resistenze per l'impatto emotivo legato alla temporaneità del rapporto con i minori, che non tutti si sentivano di affrontare, ed è emerso dai colloqui con le famiglie affidatarie che sarebbero state più disponibili ad accogliere anziani che minori. (ACSVT2)*

La fattibilità dello stesso è stata quindi studiata in equipe, come pure la sperimentazione è stata accompagnata dal monitoraggio di un gruppo di lavoro comprendente i membri della rete dei servizi coinvolti.

È stato l'ascolto dei potenziali beneficiari a risultare determinante ai fini dell'avvio della sperimentazione. Da quel momento, gli stessi sono protagonisti dell'esperienza, che per sua natura implica un'adesione profonda e l'attivazione incondizionata dei suoi stessi beneficiari per poter garantire buoni risultati.

### *Obiettivi ed efficacia*

Il servizio si propone di creare le condizioni per il soddisfacimento dei bisogni primari e relazionali delle persone anziane attivandone le capacità residue e potenziali, attraverso l'instaurarsi di una relazione positiva, che al contempo è occasione per le famiglie affidatarie di recuperare il loro senso di autoefficacia e di legame con la comunità e di superare lo stato di disagio economico volgendolo in esperienza di maturazione e di crescita.

Ove l'istituzionalizzazione viene vissuta come sradicamento e provoca spesso un rapido decadimento delle condizioni psicofisiche dell'anziano, il permanere nel proprio ambiente di vita, viene percepito come opportunità di restare inserito in una trama di relazioni, e di mantenere un livello diverso di qualità della vita.

Parallelamente, sono in aumento le famiglie che attraversano difficoltà di tipo economico e che quindi sperimentano la fragilità della loro condizione sociale, pur mantenendo buone competenze relazionali e potendo quindi costituire risorsa per la comunità.

*ci aiuta il fatto che le famiglie che normalmente fanno richiesta di contributi economici sono da noi conosciute da tempo, sappiamo quali sono affidabili e quali no, quali hanno solo problemi economici e hanno tante risorse da condividere in senso di famiglia e quali invece non sono in grado di prendersi cura dell'altro (ACSVT2).*

Il pregio del progetto è quello di considerare le due categorie coinvolte (anziani e famiglie affidatarie) tanto beneficiarie quanto risorse.

Nell'ottica di una individualizzazione dei servizi che possa rispondere in modo preciso ai bisogni degli anziani, sono previste due tipologie di affido, quello in convivenza (che a sua volta può essere al domicilio dell'anziano o al domicilio dell'affidatario) e quello di supporto. Anche la durata è variabile a seconda delle esigenze dei casi singoli: può essere infatti definitivo (con possibilità di recesso per volontà di una delle due parti o su proposta motivata del servizio) o temporaneo, per rispondere a situazioni transitorie di disagio dell'anziano o della famiglia. Altrettanto diversificate possono essere le modalità in base alle specifiche esigenze (diurno, completo, notturno, per i fine settimana, per i periodi di vacanza). A valutare tra queste alternative, su richiesta dei beneficiari, è l'assistente sociale che si occupa di:

*individuare ed utilizzare le risorse più adeguate in risposta ai bisogni diversi ed alla soggettività di ogni singolo individuo (ACSVT2)*

Il monitoraggio e i contatti costanti con l'equipe garantiscono ai soggetti coinvolti la possibilità di partecipare alla riflessione sull'esperienza e, ove necessario, alla sua rimodulazione. Viene presentata come elemento determinante la dinamica di collaborazione tra i professionisti:

*Stiamo sperimentando il lavoro in un team a strutturazione orizzontale con ruoli, funzioni e competenze ben definite, condizione questa che permette a ciascuno di svolgere il proprio lavoro senza inopportune ingerenze. Anche per noi che operiamo è una cosa importante potere contare su un'equipe che lavora con ruoli e competenze diverse in modo contemporaneo e che riesce a dare risposte, modificando l'intervento, quando vi sono momenti di difficoltà e avendo come obiettivo fondamentale l'individuo. Penso sia davvero importante il fatto che nel tempo l'equipe si è amalgamata sempre di più e siamo in sintonia sugli obiettivi. (ACSVT2)*

Per la fase sperimentale, la valutazione è stata fatta all'interno di quella del Servizio Assistenza Domiciliare, da cui prendeva le mosse. A partire dal 2010, data di istituzione del servizio come autonomo, e dal suo inserimento nel piano di zona 2010/12, è invece prevista una valutazione trimestrale del buon andamento degli affidamenti per monitorare lo stato di implementazione degli interventi e il livello di raggiungimento dei destinatari in quanto soggetti attivi

dell'intervento individualizzato. È prevista a conclusione del primo triennio una verifica rispetto al controllo dei criteri di efficacia ed efficienza ed alla qualità della performance, sottolineando la ricaduta del raggiungimento dell'obiettivo (PDZ 2010/12).

#### *Risorse, efficienza e sostenibilità*

Il servizio è proposto al momento per un numero ridotto di casi, scelta che deriva dalla delicatezza del percorso di abbinamento anziani/famiglie e dalla necessità di un cambiamento culturale tanto nel contesto dei beneficiari che in quello degli operatori. In questa versione, sembra ben calibrata l'organizzazione delle risorse intorno ai nuclei costituiti per affido e il supporto garantito attraverso la rete dei servizi pubblici e delle realtà private. Rispetto ai costi a carico dei servizi, costituisce una ottimizzazione dal momento che permette di ridefinire al contempo l'offerta di servizi per gli anziani e quelli per le famiglie in stato di disagio economico:

*un contesto con gravi difficoltà sociali legate alla disoccupazione, spesso i figli disoccupati, se non vanno via, vivono con la pensione degli anziani (soprattutto se riescono ad avere l'indennità di accompagnamento) ma è un sistema che blocca entrambi perché non possono prendere badanti o aiuti per la notte e come fanno a cercare lavoro? E consideri che la maggior parte dei farmaci di cui hanno bisogno è di fascia A (sono a pagamento) ... Per questo ad un certo punto le famiglie disperate chiedono il ricovero; ma all'anno un anziano ricoverato costa al Comune ca. € 14.000 (stiamo parlando di una Casa di Riposo e non di particolari Comunità alloggio per disabilità specifiche che hanno un costo molto più elevato) e in più sa quanto costa dare i contributi alle famiglie con problemi economici? Il Comune non può sostenere questo carico infinitamente ... e quindi la necessità di interventi innovativi che trasversalmente possano incidere sia sul benessere delle persone con fragilità sociale (per es. anziani e famiglie con difficoltà economiche) sostenendo lo spirito di solidarietà e sussidiarietà comunitaria, ma anche sui bilanci degli Enti Locali che possono effettuare una ottimizzazione delle spese di ricovero. (ACSVT2)*

Da qui la ricerca e l'investimento su pratiche volte all'efficienza, efficacia ed economicità che convergono in un'unica sperimentazione, dal momento che limita le istituzionalizzazioni e ridefinisce la concessione di contributi per il disagio, riducendo i costi a carico del Comune.

Si presenta, dunque, come altamente sostenibile, anche nel caso di un Comune a bilanci molto ridotti, dato che valorizza risorse relazionali riducendo il ricorso ai servizi domiciliari o ai ricoveri e impiega, ove necessario, personale già in servizio, senza ulteriori costi:

*(...) penso che sia stato importante per la nostra amministrazione il fatto che i progetti non abbiano costituito un aggravio della situazione già pesante dal punto di vista economico, ma che anzi le cose sono state pensate per ottimizzare le risorse disponibili, e mettere in rete le risorse esistenti, invece che spendere per interventi assistenziali isolati. Il fatto di condividere gli interventi tra i vari Uffici della rete coinvolta, ha permesso anche di evitare sovrapposizioni, che spesso nei servizi si creano perché gli utenti vanno da un ufficio all'altro a cercare aiuti (ufficio assistenza economica, area minori o anziani) dando invece alla gente la responsabilità dell'essere reciprocamente utili e solidali (delega delle responsabilità). (ACSVT2)*

L'attivazione del volontariato e delle altre realtà a sostegno dell'esperienza di affido consente inoltre azioni flessibili a vari livelli e condivise sia per l'aspetto pubblico che privato. Il progetto presentato all'interno del PDZ 2010/12 non contempla esplicitamente il coinvolgimento del Terzo Settore, che invece risultava nella fase di sperimentazione. Le risorse del privato sociale vengono attivate nella progettazione dai singoli interventi, non sono messe a sistema nel piano di istituzione dell'azione.



Per avviare il percorso e accompagnarlo attentamente nella fase della sperimentazione precedente sono state operative le assistente sociale del Comune, una psicomotricista e più genericamente l'equipe del Servizio Anziani. Essendo un servizio istituito con apposita delibera da parte dell'Amministrazione, fa parte adesso dell'offerta ordinaria dei servizi. È quindi svincolato dalla permanenza dei suoi ideatori, che continuano a trasmettere l'esperienza acquisita rielaborandola continuamente in itinere e conservando le buone prassi sperimentate come *background* per il futuro con una capitalizzazione degli interventi sostenuti. Per quanto riguarda le risorse professionali coinvolte, nel PDZ 2010-12 si prevede una Commissione ad hoc composta dalle Assistenti Sociali dei Comuni D54, da una Assistente Sociale dell'ASP e da un amministrativo. La scelta del Servizio è quella di valorizzare le risorse costituite dai beneficiari stessi e metterli in rete con i servizi del territorio, Comuni, ASP e Giudice Tutelare, oltre al privato sociale che può integrare i servizi e costituire una rete di supporto per i nuclei composti da anziani e famiglie affidatarie e allo stesso tempo di cambiamento culturale rispetto al rapporto ai servizi, in un'ottica di lavoro di comunità:

*la condivisione della casistica in termini di collaborazione, fiducia e reciprocità ci consente di avere una visione migliore delle singole situazioni. Gli utenti spesso chiedono aiuto a più servizi, o a più operatori. È fondamentale non agire mai separatamente (ACSVT2) (ACSVT3).*

Tabella 15-1 – Dati relativi al servizio negli anni 2006-2010

ANNO	FAMIGLIA AFFIDO	FAMIGLIA SOSTEGNO
2006	1	3
2007	1	3
2008	2	4
2009	4	6
2010	4	6

#### Relazionalità

Attraverso la coabitazione o la messa in relazione dei soggetti coinvolti, nel caso delle famiglie di sostegno, si dà ampio spazio al recupero delle potenzialità residue degli anziani, come alla valorizzazione delle risorse relazionali delle famiglie:

*se hanno in casa altra gente per loro è un modo di sentirsi di nuovo vivi e anche se certe volte discutono, è come nelle famiglie normali, già avere con chi discutere gli fa cambiare atteggiamento. (ACSVT3)*

Il patto di collaborazione prevede che ciascuno contribuisca in base alle sue possibilità e ciò costituisce uno stimolo significativo alla riscoperta delle proprie abilità da condividere in ottica mutualistica e procura un miglioramento della qualità della vita in termini di serenità e di autoefficacia:

*L'inserimento degli anziani rimasti soli in contesti familiari attivi vediamo che per loro è molto stimolante. Li riporta alla normalità della vita, li spinge a trovare risorse dentro di loro per convivere e per essere in relazione con gli altri. Non è certo un caso il fatto che aumenta anche la loro partecipazione alla vita sociale soprattutto da un punto di vista affettivo e relazionale (ACSVT2)*

L'inserimento degli anziani nelle famiglie ha l'effetto positivo di ampliare le reti di conoscenza tanto da una parte come dall'altra. Vengono a far parte gli uni della vita degli altri e si inseriscono così nella trama di rapporti già esistenti. Questo contribuisce ad allargare gli orizzonti relazionali

di tutti i soggetti coinvolti, non solo quindi dei beneficiari del progetto, perché è segno nella comunità di un modo diverso di vivere e di sostenersi reciprocamente, oltre al fatto che estende i confini delle famiglie oltre i legami di sangue, in rapporti caratterizzati dalla solidarietà e dalla sussidiarietà, migliorando anche la percezione di appartenenza alla comunità. Si registrano comprensibili difficoltà iniziali a costruire fiducia tra i soggetti coinvolti.

*Convincere gli anziani che non è un rischio vivere con estranei, affidarsi alle cure di gente non conosciuta, non è facile (...) il non potere scegliere chi si prenderà cura di loro mette in difficoltà gli anziani, devono essere nel bisogno davvero per aprirsi a questo intervento. Certo, se restano a casa loro e ospitano loro la famiglia è più semplice, si sentono più sicuri nel loro ambiente, mantengono i contatti con il loro contesto. Ma non è nemmeno facile aprire la propria casa ad estranei, vedere le proprie cose, o quelle della propria famiglia, utilizzate da altra gente (ACSVT2).*

Queste difficoltà vengono nel tempo superate, arrivando ad una percezione di qualità della vita che comprende e valorizza proprio questo conquistato senso di fiducia reciproca.

*attorno al servizio si va diffondendo interesse e anche rispetto, si perché è un servizio che entra negli ambiti più profondi vissuti dalla persona anziana e li aiuta a condividere con le famiglie affidatarie il quotidiano attraverso la costruzione di un rapporto di fiducia. (ACSVT2)*

*Qualità etica dei fini, modello di valore, innovazione*

Il servizio è finalizzato ad offrire, da un lato, agli anziani la possibilità di vivere dignitosamente presso il proprio domicilio facendo riferimento a legami solidali che contribuiscono a garantire sicurezza fisica e benessere relazionale; dall'altro, agli affidatari, la garanzia di sostegno nel disagio vissuto e la possibilità di contribuire al mantenimento del benessere degli anziani soli. A monte c'è la scelta di

*trasformare in servizio una pratica culturalmente fondata, quella della convivenza degli anziani con famiglie più giovani (ACSVT1)*

intrecciandola con altre prassi di solidarietà pure appartenenti alla cultura del contesto, quali la solidarietà nel vicinato o la cura degli anziani del quartiere. Recuperarla in forma rivisitata in modo da soddisfare l'esigenza di tutela degli anziani:

*da noi si è diffusa da tempo la pratica di prendersi anziani soli in casa in cambio del testamento a favore, o dell'atto della casa di loro proprietà. È stata una prassi che è sfuggita sempre al controllo da parte dei servizi non è stato possibile verificare che questi accordi corrispondessero al reale benessere dell'anziano, di fatto quello che con questo progetto possiamo fare è trasformare una pratica che può essere rischiosa in una che possiamo seguire e garantire per gli anziani. (ACSVT1)*

Nel PDZ 2010/12 viene sottolineata anche una finalità relativa agli operatori coinvolti: quella cioè di poter provvedere con l'affidamento non solo ai bisogni fisici, ma anche e soprattutto ai bisogni relazionali degli utenti più fragili. In questo senso, il servizio costituisce una pratica innovativa nel territorio sia in termini dell'offerta assistenziale per gli anziani sia nei termini di una diversa responsabilizzazione dei beneficiari dei sussidi verso il benessere comunitario attraverso la cura reciproca.

L'esperienza rappresenta anche un passaggio fondamentale nella cultura dei servizi dal momento che viene affermata e tutelata l'importanza del soddisfacimento dei bisogni relazionali degli utenti, non secondi a quelli fisici/materiali, come componente essenziale del benessere e della qualità della vita.

L'azione vuole sostenere i soggetti anziani nel soddisfacimento dei propri bisogni fondamentali e nella valorizzazione delle abilità residue, garantendo il diritto all'assistenza in un contesto di vita intriso di relazionalità. L'attivazione delle famiglie in stato di disagio economico permette anche di recuperare e ricucire legami tra i beneficiari e la comunità, valorizzandone l'apporto al mantenimento del benessere e della dignità.

#### **15.4. LA "BUONA PRATICA" DALLA PARTE DI CHI LA VIVE: ANALISI CARTA E PENNA**

##### **15.4.1 LA VOCE DEL RESPONSABILE E DEGLI OPERATORI**

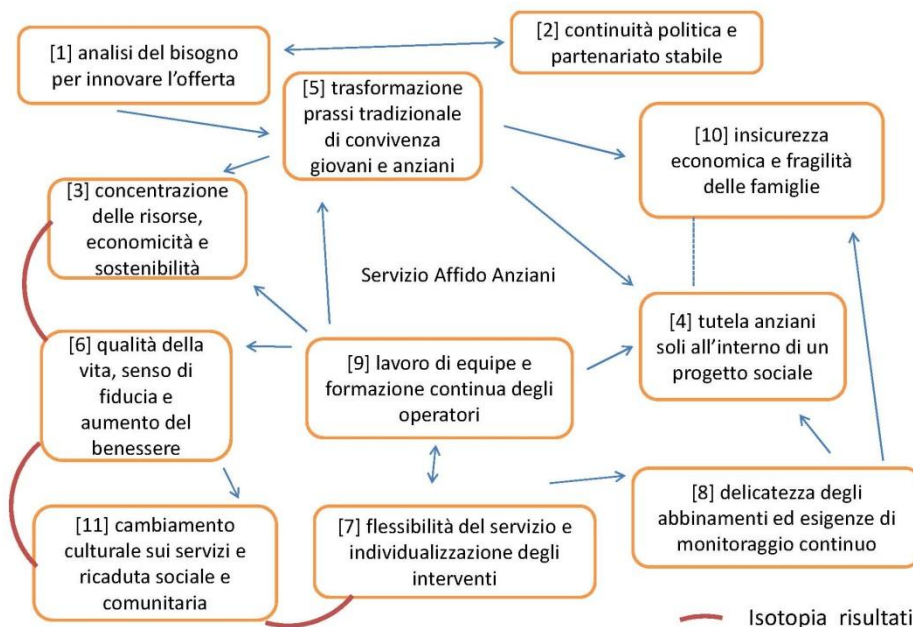
Il valore riconosciuto unanimemente al servizio è quello di avere offerto una alternativa significativa dal punto di vista relazionale nell'ambito dei servizi per anziani soli. Ciò è avvenuto mettendo insieme informazioni sul contesto e rielaborando, in un certo senso, le categorie di "soggetto utente" trasformandolo da passivo ricettore a risorsa da attivare in un clima di reciprocità. L'innovazione sembra, inoltre, dare risposta anche alla necessità di razionalizzazione dei servizi legata alla scarsità di risorse economiche.

Le aree più rilevanti che ricorrono nelle interviste effettuate al Responsabile del servizio e agli altri due operatori (assistente sociale e neuropsicomotricista) sono:

- [1]** analisi del bisogno per innovare l'offerta
- [2]** continuità politica e rete di partenariato stabile
- [3]** concentrazione delle risorse, economicità e sostenibilità
- [4]** tutela anziani soli all'interno di un progetto sociale
- [5]** trasformazione prassi tradizionale di convivenza sociale (famiglie ed anziani)
- [6]** qualità della vita, senso di fiducia e aumento del benessere
- [7]** flessibilità del servizio e individualizzazione degli interventi
- [8]** delicatezza degli abbinamenti ed esigenze di monitoraggio continuo
- [9]** lavoro di equipe e formazione continua degli operatori
- [10]** insicurezza economica e fragilità delle famiglie
- [11]** cambio culturale sui servizi e ricaduta sociale e comunitaria

Figura 15-1- Aree tematiche e loro relazionamenti emerse dall'analisi del contenuto delle interviste al livello dei responsabili e coordinatori del servizio

### Trasversale - Castelvetro



L'Area Anziani del Comune di Castelvetro ha vissuto nel corso degli ultimi anni, un momento di espansione attraverso la sperimentazione, reso possibile da una dinamica di equipe **[9]** molto positiva e portata alla continua analisi del bisogno per innovare l'offerta **[1]**. Elementi rilevanti per la riuscita di questo impegno sono stati il sostegno degli amministratori in un clima di continuità politica e al sostegno e la partecipazione di una rete di partenariato stabile **[2]**. Questi fattori hanno permesso una lettura attenta del territorio **[1]** e una particolare flessibilità dell'offerta dei servizi **[7]** in modo da rispondere da un lato all'esigenza di tutela degli anziani soli **[4]** e dall'altro al rischio di fragilità presentato da famiglie in difficoltà economiche **[10]**, che però mantenevano intatto il loro patrimonio relazionale. Nel far questo si è cercato di proporre un servizio che avesse un contatto con la dimensione culturale della popolazione, e si presentasse come evoluzione di una prassi tradizionale di convivenza sociale (famiglie ed anziani) **[5]**. Al contempo, il mettere insieme le due realtà ha costituito per il Comune una possibilità di economizzare **[3]** in modo significativo le risorse, offrendo peraltro un servizio ad alto valore relazionale e riducendo le istituzionalizzazioni.

La ricaduta dell'esperienza, seppur limitata a pochi casi nel corso della sperimentazione, è stata significativa nei termini di miglioramento della qualità della vita, senso di fiducia e aumento del benessere **[6]** tanto da far ritenere opportuna la stabilizzazione del servizio. Gli intervistati hanno unanimemente sottolineato quelle che sono gli aspetti indispensabili per un buona riuscita: la delicatezza degli abbinamenti e l'esigenza di monitoraggio continuo **[8]** e la rilevanza del lavoro di equipe e della formazione continua degli operatori **[9]**, che per primi necessitano di una sensibilizzazione per poter accompagnare l'intervento in modo adeguato. Ciò mostra come una esperienza del genere può innescare, oltre al beneficio diretto degli interessati, un cambio culturale sui servizi **[11]**.

## 15.4.2 LA VOCE DEI BENEFICIARI

Durante due dei tre incontri al domicilio degli anziani è stata proposta ai presenti (anziani e membro della famiglia affidataria) una conversazione a più voci sulla esperienza vissuta. Questo su richiesta degli anziani, che ritenevano segno di fiducia il fatto di poter parlare sinceramente alla presenza delle persone che li curavano o con cui vivevano, *"come in una famiglia"*. Il fatto sembra mostrare anche una volontà di considerarsi uniti dall'esperienza e di presentarla congiuntamente, probabilmente per una sorta di verifica reciproca e al contempo di "prova di familiarità".

In un caso, invece, l'anziana era sola al suo domicilio all'atto della nostra visita (accompagnati dall'operatore) per cui si è ascoltato il punto di vista individuale rispetto agli stessi stimoli.

Dall'analisi trasversale delle trascrizioni emerge che le parole associate all'intervento sono : aiuto, legame, solidarietà, rispetto, bisogno, assistenza, non più soli, pensiero.

Gli aspetti positivi sottolineati dagli anziani sono il non essere più soli, non dover temere il ricovero in istituto, avere la casa di nuovo viva e essere *"utili perché aiutano brave famiglie"*. Le signore affidatarie invece esprimono il loro sollievo nell'aver trovato una soluzione alle difficoltà familiari, alle preoccupazioni per i figli o per i mariti oltre alla scoperta di come il loro compito di cura abbia risvolti positivi in termine di relazioni positive, di serenità e cambiamento di atteggiamento di fronte la loro situazione (in particolare dei mariti).

Per quanto riguarda invece le criticità, le difficoltà incontrate, sembra comune ad anziani ed affidatari una certa ansia prima dell'abbinamento e in attesa dello stesso. L'incognita rappresentata dal carattere dell'anziano, o dall'affidabilità o meno delle famiglie, crea un momento parallelo di dubbio e preoccupazione. Sulle specificità delle posizioni, invece, si registra, nel caso della convivenza al domicilio dell'anziano, anche la difficoltà da parte della famiglia di cambiare quartiere, abitudini, ambiente di vita. Per gli anziani è difficile all'inizio dare fiducia, aprire la loro casa, abituarti ad altri modi di fare le cose in casa.

Tanto gli anziani quanto le signore affidatarie hanno riscontrato elementi di miglioramento della loro qualità della vita. Gli anziani recuperano la possibilità di essere in contatto con il mondo, grazie al fatto che vengono accompagnati all'esterno e che ritrovano abitudini come l'andare al mercato o a messa o dal dottore accompagnati da un "familiare". Si avverte anche un miglioramento dell'ambiente domestico, che non potevano più curare con le loro forze e che non avevano la possibilità economica di far curare ad altri. *"Non c'è più bisogno di lasciare la casa"* si vive lo spazio diversamente e nel caso della famiglia affidataria con bambini si rivive (o si vive per la prima volta) una relazione tra generazioni resa impossibile dalla distanza geografica dai nipoti o dalla mancanza di figli.

Infine, per quanto riguarda il coinvolgimento di altri soggetti, la figura di riferimento tanto per anziani che per le famiglie è l'assistente sociale, mentre non sembra che altri soggetti siano stati direttamente coinvolti, se non i figli lontani nel caso di una degli anziani. L'esperienza viene però socializzata ai vicini e alle amiche delle anziane, in un caso recuperate proprio grazie a questo servizio.

## 15.5. LA "BUONA PRATICA" DALLA PARTE DI CHI LA VIVE: ANALISI CON T-LAB

I testi delle tre interviste sottoposte al Responsabile del Servizio, all' Assistente Sociale e al Neuropsicomotricista, sono state analizzate con il T-Lab. *Progetto, Servizio, Famiglia, Casa, Bisogno, Anziano* sono le parole chiave dei testi analizzati.

Le parole associate al lemma *Progetto* sono: "possibile", "anziano", "servizio", "seguire". Emerge chiaramente l'attenzione del progetto "Anziani in affido" verso una possibile e costante azione per migliorare le condizioni del mondo della terza età. Le associazioni con il lemma *Servizio* evidenziano maggiormente le caratteristiche proprie dell'azione: "Assistenza domiciliare" è

l'associazione più prossima e dunque la parola che più è stata associata dagli specialisti intervistati al termine in oggetto.

"Anziano", "persone", "rendere", "sentire", "tempo", "vita", "relazioni" i lemmi associati al termine *Famiglia*.

I lemmi *Casa* e *Bisogno* mettono in evidenza l'aspetto del prendersi cura, del donare del tempo, dell'essere vicini al mondo degli anziani sentendo il loro vissuto e soprattutto emerge la dimensione dell'affetto e della cura che caratterizza ogni aspetto dell'intervento progettuale. "Cura", "affetto", "aiutare" sono le associazioni più frequenti che caratterizzano i due lemmi.

Equidistanti dal centro invece le parole che riguardano il report sul lemma *Anziano*. L'universo indagato nell'espressione linguistica degli specialisti vede focalizzare l'attenzione su alcuni termini che oltre a descrivere la dimensione precaria degli anziani ne evidenziano il bisogno della cura e dell'affettività. Anche qui i termini "cura", "famiglia" e "vita" indicano sicuramente i tasselli del mosaico che il progetto tende a costruire a partire dalla dimensione della famiglia e dell'appartenenza sociale. I verbi poi "prendere", "sentire", "accettare", "aiutare" esprimono chiaramente le azioni messe in campo dal progetto.

È chiaro che il lemma *Famiglia* sottolinea quel legame tra il servizio e gli anziani che mediante la prassi progettuale viene seguito con azioni sinergiche a partire da un ascolto costante. Tra l'analisi con il metodo T-Lab e quella carta e penna risultano emergenti le caratteristiche fondamentali di un servizio centrato sulla tutela degli anziani soli.

## 16. PROGETTO FILI D'ARGENTO – CALTANISSETTA

*di Roberta Di Rosa*

### 16.1. DESCRIZIONE DEL CASO STUDIATO

Il Progetto Fili d'Argento nasce a Caltanissetta nel 2006 ad opera dell'Associazione C.A.T. onlus, di concerto con l'allora Sindaco della città, in risposta al vuoto esistente nel territorio di servizi dedicati alla Terza Età. L'obiettivo che, fin dalla sua origine, persegue è quello di creare con gli anziani e intorno agli anziani una rete di relazioni e di opportunità di contatto sociale, utilizzando e valorizzando le risorse umane e le strutture esistenti in città e facilitandone l'accesso da parte di soggetti anziani.

Il disagio rilevato, che ha fatto da sprone per questa proposta, è stato un diffuso senso di isolamento degli anziani, autosufficienti e non; in particolare a seguito dell'interruzione dell'attività lavorativa, e a causa della frequente distanza geografica dai figli (in buona percentuale migranti per esigenze di lavoro), si osserva sul territorio un drastico abbassamento della qualità della vita e delle relazioni in età anziana, che si ripercuote con un effetti negativi anche sullo stato di salute.

Le iniziative organizzate sono state sempre improntate alla partecipazione degli anziani, stimolati ad essere, al di là delle loro possibilità fisiche, attori di un progetto solidale nello spirito della solidarietà e del sostegno solidale.

Il progetto ha previsto numerose attività (motorie, ricreative e culturali) nel territorio: nelle parrocchie, al domicilio degli anziani non autosufficienti, nelle case di riposo; è stato poi integrato dall'apertura del Centro di Aggregazione Carcadé, al quale confluiscono gli anziani autosufficienti, e che fa da base logistica per molte attività esterne. Sempre presso la sede, è attivo un servizio di sostegno psicologico e l'Ufficio utenti, gestito da un Operatore Socio Assistenziale, un Assistente Sociale e da un Mediatore Familiare, che curano le relazioni con gli iscritti, i programmi delle attività, la raccolta dati, l'assistenza agli utenti infermi e temporaneamente inabili a seguito di malattie o interventi chirurgici, ecc.

Sia per gli anziani autosufficienti che per quelli non autosufficienti sono state organizzate diverse attività finalizzate alla socializzazione e al mantenimento del benessere psicofisico; le esperienze sono state caratterizzate da una specifica attenzione alla cura dell'ambito relazionale e della valorizzazione delle risorse e del potenziale di ogni soggetto, al di là dello stato di salute in cui versa.

Alcune attività progettuali sono state finanziate dall'Amm.ne Comunale di Caltanissetta, mentre altre sono realizzate grazie al volontariato.

Si sottolinea in particolare il valore di alcune iniziative specificamente dedicate alla relazione tra gli anziani e i familiari. Con questi ultimi, si cura di mantenere un contatto continuo non solo attraverso la condivisione di iniziative ricreative, ma anche con un servizio di informazione costante sulle condizioni degli anziani dedicato ai figli, in particolare a quelli emigrati. Questa iniziativa presenta una grande opportunità per rigenerare i legami tra anziani e figli che vivono ormai da tempo lontani, promuovendo una frequenza e una informazione reciproca ulteriore e consentendo anche una diversa partecipazione, pur a distanza, da parte dei figli alla vita dei genitori.

Viene curato molto anche il rapporto tra nonni e nipoti, offrendo occasioni di incontro e di condivisione di momenti positivi, che possano contribuire a mantenere saldo il loro legame. Gli anziani vengono stimolati ad avere relazioni costruttive anche come "nonni sociali" con i minori provenienti da famiglie in disagio sociale, ospiti di comunità e case famiglia, oppure con i minori

dell'area penale; insieme a questi ultimi si è avviata una sperimentazione per il tempo libero, che vede da un lato gli anziani raccontarsi e trascorrere tempo con i minori, dall'altro gli stessi aiutare gli anziani, ad esempio ad accedere al mondo informatico, ad usare skype per contattare i figli e i nipoti lontani.

Rispetto alla solidarietà intragenerazionale, si segnala sia la pratica di cura reciproca tra gli iscritti al progetto, in particolare attraverso il contatto costante e l'impegno delle persone autosufficienti verso i non autosufficienti, sia il "telefono amico al contrario", servizio attivato con la partecipazione degli anziani stessi che, sotto la guida di un operatore, chiamano coloro i quali non possono raggiungere il centro (o non possono andare per un periodo) e si tengono tra loro costantemente in contatto, informandosi sulla salute, gli affetti, mantenendo quindi un'attenzione costante alla relazione e a far sentire anche chi è bloccato a casa parte di una comunità che li cerca e si preoccupa per loro.

## 16.2. METODOLOGIA

Per l'elaborazione dello studio di caso sono state realizzate 3 interviste, una al responsabile del servizio, una all'assistente sociale coordinatore e una ad un operatore socio-assistenziale. Di fatto all'atto della rilevazione questi rappresentavano anche il totale dell'universo del personale del progetto, a seguito della contrazione del personale successiva al mancato rinnovo del finanziamento da parte del Comune. Gli appunti presi durante le interviste sono stati trascritti e analizzati per temi, secondo il metodo dell'analisi del contenuto.

Per indagare il punto di vista dei beneficiari sono stati realizzati dei gruppi di lavoro, seguiti poi da un momento di dibattito in plenaria, che hanno coinvolto 37 anziani, tutti beneficiari del servizio. Gli anziani che hanno risposto all'invito per un incontro nel giorno prestabilito, sono stati accolti con una presentazione del progetto di ricerca ed è stato poi chiesto loro di dividersi in gruppi di massimo 5 persone per discutere insieme sulle domande-stimolo consegnate, nominando un segretario che potesse poi riportare per iscritto prima e in plenaria poi i punti salienti del dibattito e a continuare la discussione sui temi emersi dai gruppi.

Si è osservato che i gruppi hanno lavorato molto intensamente, per quanto poi non sia stato facile per tutti rendere per iscritto il dibattito, e anche la plenaria è stata una occasione significativa per registrare i temi più caldi, in particolare le criticità del momento e le relative preoccupazioni, come pure le opinioni degli anziani sul servizio e sull'impatto dello stesso sulla qualità della vita e sul benessere relazionale.

È stato inoltre raccolto materiale cartaceo relativo al progetto: progetto iniziale, relazioni annuali 2006-2007-2008-2009, richieste di proroga 2009, che sono stati utili anche per ricostruire il percorso di nascita, ampliamento e ridefinizione del progetto nel corso dei suoi cinque anni di vita.

<b>Intervistato</b>	<b>Strumento</b>
Responsabile Progetto	Traccia per intervista responsabile del servizio (C)
<i>Assistente sociale coordinatore</i>	Griglia per intervista operatori (D)
<i>Operatore sociale</i>	Griglia per intervista operatori (D)
<i>Gruppi di anziani</i>	Strumenti per utenti (E)



### 16.3. ANALISI DELLA BUONA PRATICA

<b>ANALISI DI UN SERVIZIO RELAZIONALE</b>		
	<i>Il problema/bisogno a cui l'intervento risponde</i>	<i>Gli anziani ancora di recente sperimentano in questo territorio un grande senso di isolamento, che deriva innanzi tutto da un sistema culturale nel quale la terza età è vissuta come fase "non sociale". Che abbiano o meno famiglia e figli, che siano o meno autosufficienti, quello che si è registrato all'origine della progettazione era una tendenza a relegarsi negli spazi domestici e a non essere più partecipi della vita sociale cittadina, né tanto meno di attività ricreative o di aggregazione né, infine, di percorsi di nuove relazioni al di fuori della cerchia delle antiche conoscenze o della famiglia. Oltre all'isolamento, la mancanza di ambiti nei quali realizzare se stessi e le proprie abilità instaurava nell'anziano una auto percezione di inutilità, che portava ad un sempre maggiore ritiro dalla vita comunitaria.</i>
<b>A</b>	mezzi utilizzati	<i>Il progetto prevede l'impegno congiunto di operatori socio assistenziali, coordinati da un assistente sociale e da un responsabile del progetto, e di gruppi di volontariato, oltre che da anziani volontari e da famiglie (in particolare nipoti). Alla sua apertura e fino al 2009 (anno del mancato rinnovo del finanziamento) il Progetto si è avvalso di 4 animatori, 1 assistente sociale, 1 istruttrice FIF (Federazione Italiana Fitness); 1 Operatore Socio-Assistenziale; 1 Assistente alle famiglie; 1 amministratore, 1 psicologo (consulente a ore). Dal 2009 ad oggi restano in servizio l'Assistente Sociale Coordinatore, l'Operatore Socio-assistenziale. Gli altri professionisti collaborano occasionalmente ed altri ancora a titolo volontario.</i>
<b>G</b>	obiettivo dell'intervento	<i>L'obiettivo dell'intervento è quello di attivare o ripristinare tra anziani e intorno agli anziani una rete di relazioni efficaci e soddisfacenti sia sul piano familiare che comunitario. Si vuole inoltre ridefinire il legame familiare messo in crisi dalla distanza o da situazioni di disagio, potenziando gli aspetti di condivisione positiva di iniziative e stili di relazione; si vuole dare la possibilità di uscire dalla logica radicata malattia=compagnia, andando quindi oltre le necessità di cura materiale per valorizzare gli aspetti affettivi della condivisione dei momenti della vita quotidiana anche in assenza di bisogno. Dare risposta non tanto ai bisogni di tipo economico-sanitari, ma al bisogno di relazionarsi, di sentirsi ancora parte della comunità, di impegno attivo, di avere un ruolo ben definito, di ascoltare ed essere ascoltato.</i>
<b>I</b>	regole metodi	<i>I campi in cui l'anziano è coinvolto sono molteplici: dalla sfera dell'affettività (con le diverse iniziative di solidarietà promosse in favore dei bambini della città, la raccolta di viveri da destinare ai più bisognosi, ecc), fino ad arrivare allo sport, al divertimento, ma anche all'utilizzo del loro tempo libero come impegno di solidarietà intragenerazionale (sostegno agli anziani delle diverse case di riposo cittadine). Il metodo che viene utilizzato è quello dell'ascolto attivo e dell'empowerment degli anziani, autosufficienti e non, per</i>

		<p><i>mettere in rete le loro potenzialità relazionali e creare legami intergenerazionali non solo con i figli e nipoti, ma con i giovani in genere.</i></p> <p><i>Si afferma la valenza educativa della condivisione delle storie di vita degli anziani, offrendo occasione di incontro e di confronto con minori, parenti e non, in un clima sereno e gradevole che possa aiutare a cambiare la mentalità giovanile dell'anziano come soggetto triste e noioso da evitare.</i></p>
<b>L</b>	modello di valore	<p><i>Il benessere dell'anziano è pensato e perseguito come risultato di una relazionalità efficace sia in ambito familiare che in senso comunitario. Gli anziani sono sostenuti nel mantenere o migliorare le relazioni con i figli e i nipoti, reimpostandole, ove necessario in un'ottica di superamento del bisogno = aiuto, ma proprio come riscoperta della condivisione di momenti di vita, non necessariamente legati a disbrigo pratiche o a necessità materiali.</i></p>
	<b>VALUTAZIONE DELLA BONTÀ DELLA PRATICA</b>	
<b>A</b>	Efficienza	
	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ c'è una congruità tra mezzi e fini?</li> </ul>	<p><i>Il progetto si propone di attivare relazioni e per questo si presenta come un servizio a basso impatto economico ma ad alto valore rispetto all'attivazione di risorse umane.</i></p> <p><i>La differenza sta principalmente nella scelta di metodo dei responsabili e della condivisione dei valori cardine del progetto tanto da parte degli operatori quanto da parte delle persone coinvolte. Non a caso gli anziani stessi sono pronti a partecipare alle spese di gestione del progetto, da quando è stato sospeso il finanziamento comunale, e riescono con minime contribuzioni a mantenere il minimo di budget necessario per non interrompere tutte le attività.</i></p>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ il progetto è sostenibile nel tempo?</li> </ul>	<p><i>Il progetto può raggiungere i destinatari nel territorio solo su finanziamento, mentre per le attività interne al Centro riesce a autofinanziarsi attraverso le iniziative di raccolta fondi promosse e realizzate dagli stessi anziani.</i></p> <p><i>In assenza totale di finanziamenti si devono ridurre le attività esterne, quelle al domicilio degli anziani non autosufficienti, o nelle case di riposo, come pure i corsi che hanno costi più alti per i docenti e per i materiali.</i></p> <p><i>Si può definire quindi sostenibile per quello che riguarda gli anziani autosufficienti e con un livello economico medio alto, non si riesce però a coprire il costo del coinvolgimento degli anziani non autosufficienti e ad anziani con problemi economici.</i></p>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ è in grado di capitalizzare l'esperienza acquisita o la disperde?</li> </ul>	<p><i>All'iniziale disorientamento seguito alla perdita dei fondi comunali è seguito un momento di grande impegno da parte degli anziani più attivi e più impegnati per cui al momento si può dire che gli iniziali organizzatori sono stati supportati, e per certi versi anche affiancati operativamente, dagli anziani stessi.</i></p> <p><i>La formula di intervento è estremamente semplice, punta tutto sulla sperimentazione di un senso di partecipazione e di relazione, per cui anche altri operatori o referenti, che condividano però i valori fondanti e lo stile del progetto, potrebbero portarlo avanti. Ne è prova anche il fatto che sono gli anziani stessi a consigliare agli operatori che</i></p>

		<i>continuano come volontari da quando non ci sono più i fondi, di cercare altri lavori e non preoccuparsi che possono pensarci anche loro alle attività.</i>
<b>G</b>	Efficacia	
	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ promuove l'empowerment dei destinatari?</li> </ul>	<i>Il progetto offre a ogni soggetto la possibilità di riscoprire interessi e abilità sia su un piano fisico manuale, attraverso la palestra o attraverso esperienze ricreative o laboratori, sia sul piano relazionale, creando cioè occasioni di condivisione non solo del tempo libero ma anche della quotidianità (andare a fare la spesa insieme, uscire per negozi, sbrigare le pratiche per uffici) tra anziani, che quindi trovano motivo e occasione per recuperare il controllo della propria vita e non delegare a figli e/o assistenti. Le incombenze della vita quotidiana diventano occasione di apertura ad altri e di messa in comune delle competenze, in modo che si creano gruppetti per complementarità, che fungono anche da gruppo di sostegno e di mutuo aiuto.</i>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ incrementa il capitale sociale primario, comunitario e generalizzato?</li> </ul>	<i>L'esperienza del progetto Fili d'Argento si definisce il villaggio nella città, nel senso che si propone di stimolare lo spirito di aggregazione non solo degli anziani, ma anche di minori, famiglie, singoli e gruppi. Oltre a stimolare l'adesione degli anziani e delle famiglie, sta contribuendo ad un importante cambio di mentalità circa il ruolo e la figura dell'anziano. Da un punto di vista culturale, si presenta come proposta di rottura di vecchi schemi, innovativa non tanto per le attività presentate quanto per lo stile di coinvolgimento e di partecipazione degli anziani autosufficienti e non, che si riappropriano di un ruolo sociale e si sentono parte attiva della comunità.</i>
<b>I</b>	Relazionalità	
	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ il servizio è stato progettato/realizzato in modo partecipato fin dalla definizione del bisogno/problema a cui risponde?</li> </ul>	<i>Fin dalla fase della progettazione è stata curata la collaborazione con le risorse del territorio, sia formali che informali. Nelle fasi successive sono stati realizzati ampliamenti e riorganizzazioni nate dal continuo confronto non solo con i partner ma anche con l'utenza e con le famiglie. Nella ultima fase, molti utenti si sono spontaneamente coinvolti anche nella gestione del progetto.</i>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ coinvolge i beneficiari nell'attuazione?</li> </ul>	<i>I beneficiari del progetto sono anziani che partecipano a varie attività realizzate presso la palestra, il centro, il domicilio di altri anziani o presso le case di riposo. Tutti i progetti vengono realizzati proprio attraverso un coinvolgimento attivo degli stessi (ad esempio: le feste nonni nipoti con gli anziani in cucina per preparare i dolci; l'allestimento dei locali del centro; le reti di sostegno tra anziani). In particolare per quanto riguarda la cura delle relazioni, sia che riguardino i bambini delle famiglie disagiate, i minori dell'area penale o gli anziani al loro domicilio o nelle case di riposo, sono sempre altri beneficiari ad essere attivati, insieme ad operatori, e a svolgere quindi un ruolo di primo piano.</i>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ realizza la valutazione degli interventi ed è in grado di utilizzare riflessivamente i risultati?</li> </ul>	<i>L'Assistente sociale coordinatore predispone relazioni semestrali sull'attività svolta, che vengono socializzate con i partner formali e informali, e vengono organizzate riunioni di confronto sui servizi e sui bisogni con i beneficiari, che diventano così anche i primi promotori dei cambiamenti da</i>

		<i>realizzare per adeguare i progetti i bisogni, non solo i loro personali, ma anche quelli che hanno registrato tra i coetanei.</i>
<b>L</b>	qualità etica dei fini	
	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ il servizio è adeguato all'implementazione del welfare sussidiario plurale?</li> </ul>	<i>Il progetto è stato attivato nell'ottica di rete, con l'obiettivo di valorizzare e rendere accessibili le strutture e le risorse esistenti e di favorire iniziative a tutela dei diritti degli anziani stimolando lo spirito di solidarietà e della reciproca assistenza. Gli anziani sono coinvolti in un progetto solidale, fondato sul rispetto dei diritti del cittadino, sull'abbattimento delle barriere e dei pregiudizi e il superamento dei limiti culturali rispetto alla figura dell'anziano.</i>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ è finalizzato al raggiungimento di un benessere di tipo relazionale?</li> </ul>	<i>Il benessere dell'anziano è pensato e perseguito come risultato di una relazionalità efficace sia in ambito familiare che in senso comunitario. Risulta efficace in particolare il potenziamento delle possibilità per gli anziani di avere un rapporto con i nipoti improntato ad una maggiore ricreatività, oltre ad occasioni di riscoperta della narrazione come momento di incontro tra generazioni. Il tenere informate le famiglie lontane ed offrire un punto di contatto e di informazione più frequente genera nei figli, pur nella distanza geografica, un modo diverso di essere partecipi della vita dei genitori e una maggiore serenità di relazioni.</i>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ introduce un valore aggiunto (pluralizza) nell'offerta dei servizi?</li> </ul>	<i>Il progetto Fili d'Argento è l'unico servizio del genere che si possa riscontrare nel territorio. Di fatto, nel territorio, è l'unica risorsa del suo genere disponibile per anziani e per famiglie che non vogliono limitarsi a richiedere un accudimento materiale ma che cerchino una opportunità di vivere la terza età, sia nella prima fase più attiva sia in seguito, mantenendo e mettendo in circolo le proprie abilità e competenze. L'attenzione ai contatti familiari e sociali è elemento essenziale per il mantenimento di un benessere che comprenda e metta al centro le persone e le relazioni.</i>

### *Il progetto e rapporti con il territorio*

La finalità del progetto<sup>167</sup> è quella di migliorare la qualità della vita degli anziani della Città di Caltanissetta, promuovendo iniziative atte a

- impegnare il tempo libero;
- stimolare la creatività e lo spirito di aggregazione, condividere esperienze di vita comunitaria, finalizzate al benessere psico fisico della persona;
- collaborare e chiedere collaborazione e quindi intraprendere iniziative comuni con altre Associazioni di volontariato, presenti nel territorio;
- valorizzare le capacità di comunicazione intra ed inter-generazionali con il coinvolgimento degli utenti iscritti, delle scolaresche, delle Case Famiglia e Comunità Alloggio, delle Associazioni operanti nel mondo giovanile, ecc.;
- creare una rete di servizi utilizzando e valorizzando le strutture esistenti in città, realizzando così un virtuale "Villaggio per la terza età", che abbraccia e coinvolge l'intera città; decentrando attività e servizi.

<sup>167</sup> Cfr. Progetto "Fili D'argento - Caltanissetta: Il Villaggio Nella Città" presentato all'Amministrazione Comunale nel dicembre 2008.

*Il "Villaggio per la terza età" permetterà all'anziano di ridefinire la propria immagine di persona portatrice non solo di bisogni, ma anche di risorse e di riscoprire l'importanza del proprio ruolo all'interno della comunità. Favorirà ed attuerà quelle iniziative a tutela dei diritti degli anziani e delle fasce più deboli, stimolando lo spirito della solidarietà e della reciproca assistenza e sostegno psicologico.*

La qualità e la rapidità del processo d'invecchiamento non dipendono solo da elementi biologici ma da una concomitanza di fattori: il profilo psicologico della persona (la struttura della personalità condiziona l'intera esistenza della persona e i suoi rapporti con il mondo); la struttura familiare (si vive in modo diverso a seconda che si viva da soli o in coppia); le esperienze di vita (come ad esempio la perdita del partner o il pensionamento contribuiscono ad un declino emotivo e funzionale); l'ambiente (in senso psicologico più che fisico). È su questo insieme di fattori che il progetto Fili d'Argento si è proposto di intervenire, realizzando attività che promuovono l'appartenenza sociale e la diffusione di una cultura che non abbia a modello l'immagine dell'anziano come persona ai margini della società produttiva.

*Nelle attività intraprese, pur nella consapevolezza che la qualità della vita in tarda età è condizionata da fattori di tipo economico e fisici, l'attenzione è stata rivolta in particolare ad altri bisogni, che si vedono come centrali: il bisogno di relazionarsi, di integrazione, di impegno attivo, di avere un ruolo ben definito, di ascoltare ed essere ascoltato<sup>168</sup>.*

Gli anziani, in questo territorio, sperimentano un grande senso di isolamento, che deriva innanzi tutto da un sistema culturale nel quale la terza età è vissuta come fase "non sociale". Che abbiano o meno famiglia e figli, che siano o meno autosufficienti, quello che si è registrato all'origine della progettazione è la tendenza, una volta raggiunta la pensione, o diventati vedovi/e, comunque superati i sessanta/sessantacinque anni, a relegarsi negli spazi domestici e a non essere più partecipi della vita sociale cittadina, né tanto meno di attività ricreative o di aggregazione, né infine di percorsi di nuove relazione al di fuori della cerchia delle antiche conoscenze o della famiglia. Gli anziani soli non trovano "decoroso" uscire se non per la spesa, o il disbrigo di pratiche, né usano in genere frequentare posti pubblici, a maggior ragione se frequentati da persone non conosciute.

Chi ha figli vicini, con bambini piccoli, si trova ad esserne spesso ostaggio, dal momento che la carenza di asili nido o altri servizi del genere fa sì che i nonni siano l'unica risorsa attiva e attivabile nel bisogno anche senza preavviso.

Dall'intervista al responsabile emerge a più riprese questa chiusura degli anziani al mondo esterno:

*L'obiettivo che abbiamo indicato nel progetto è il benessere psicofisico dell'anziano e il monitoraggio sullo stato di solitudine e sulla qualità della vita nella terza età. Mi pare che abbiamo lavorato in questa direzione, per noi davvero è stato sempre importante cambiare questa tristezza della loro vita in solitudine, qui l'ambiente culturale è come se condannasse le persone a restare sole. (FACL1)*

La solitudine è quindi legata in questo contesto alla rigidità di schemi mentali tradizionali:

*abbiamo osservato che la maggior parte degli anziani, soli, restava a casa senza usufruire degli spazi cittadini, né svolgeva attività motorie o ludiche che lo tenessero in movimento, perché la solitudine, per un fatto anche culturale, non si espone in pubblico. (...) barriere culturali di vergogna della solitudine, da nascondere rendendosi invisibili. (FACL1)*

---

<sup>168</sup> Cfr. Richiesta di proroga e finanziamento del Progetto Fili d'Argento presentato nel 2009.

Lo stesso tema si riscontra anche nelle parole dell'assistente sociale coordinatore:

*Il punto di partenza era la volontà di rispondere al bisogno di qualità della vita nella terza età. Di non considerare l'età come limite, come chiusura con la normalità di una vita di relazione, ma di avere per ogni momento della vita il massimo possibile attivando tante risorse nella persona e attorno alla persona. Di fare uscire dalle case e dalla solitudine tante persone, di mettere "in circolo" le risorse - competenze, disponibilità - che molti anziani hanno e che vanno perse proprio perché non trovano occasioni per essere impiegate. (FACL2)*

### *Obiettivi ed efficacia*

La peculiarità del progetto è stata quella di riuscire a stimolare relazioni significative tra gli utenti, cosicché si possano trovare in una situazione ideale per continuare il processo di scoperta di sé e di interrelazione col mondo circostante, fatto di persone e di avvenimenti significativi.

L'obiettivo dell'intervento è quello di attivare o ripristinare tra anziani e intorno agli anziani una rete di relazioni efficaci e soddisfacenti sia sul piano familiare che comunitario.

La lettura dei bisogni del territorio ha permesso di cogliere anche altre necessità, ad esempio nei rapporti tra gli anziani e i figli che vivono lontano per lavoro. La loro partenza, necessitata dalla mancanza di un lavoro sul posto, è stata già una sofferenza per tutti. La distanza rende poi difficile il mantenimento delle relazioni importanti e innesca dinamiche particolari negli anziani, che ad esempio nascondono ai figli i problemi, o nei figli, che soffrono la fatica o l'impossibilità di essere presenti nella vita dei genitori. In questo il progetto si è attivato per sostenere il legame familiare messo in crisi dalla distanza o da situazioni di disagio, potenziando gli aspetti di condivisione positiva di iniziative e stili di relazione:

*Per fare un esempio dei rapporti con le famiglie, come le ho già detto, abbiamo proprio una attenzione specifica ai contatti con i figli, in particolare quelli lontani, che hanno solo qualche telefonata per poter essere informati delle condizioni dei genitori. Molti figli ci contattano direttamente e sono contenti del fatto che chiamando non trovano più i genitori sempre a casa, che sentono che vanno in giro, al cinema, qui al centro, che fanno ginnastica, serate di ballo, feste qui in sede, insomma sono più tranquilli; sa molti si sentono in colpa per la distanza che impedisce loro di stare vicini ai genitori, molti lavorano tutto il giorno e anche la telefonata la sera è un problema, ma sanno che sono qui soli e ne soffrono ma possono tornare solo per poche settimane all'anno e per il resto non c'è niente che possono fare, tante volte poi i genitori a loro non dicono le cose come stanno, invece così anche chiamano al centro e hanno loro notizie; se ci sono problemi siamo noi ad avvisarli, se vediamo che ci sono momenti particolari li segnaliamo ai figli così possono stare più vicini, concordiamo strategie con i figli per il benessere degli anziani, se necessario, nei momenti più brutti. Anche i figli così si sentono meno assillati dalla preoccupazione per i genitori e possono essere vicini in un modo diverso, senza tanta angoscia o senso di colpa per la distanza (FACL2).*

Per coloro i quali, invece, hanno figli e nipoti vicini, si vuole dare la possibilità di uscire dalla logica radicata malattia=compagnia, andando quindi oltre le necessità di cura materiale per valorizzare gli aspetti affettivi della condivisione dei momenti della vita quotidiana anche in assenza di bisogno:

*per molti di loro, se hanno figli, l'unico modo per avere la loro compagnia è essere malati, così vengono a curarli, li chiamano e sono più presenti, ma se stanno bene i figli pensano alle altre loro cose e loro sono soli, invece noi siamo con loro anche quando stanno bene, anzi qui trovano senso in questo benessere sia per se stessi sia per essere utili agli altri (FACL2)*

Il progetto offre a ogni soggetto la possibilità di riscoprire interessi e abilità sia su un piano fisico manuale, attraverso la palestra o attraverso esperienze ricreative o laboratori, sia sul piano relazionale, creando cioè occasioni di condivisione non solo del tempo libero ma anche della quotidianità (andare a fare la spesa insieme, uscire per negozi, sbrigare le pratiche per uffici) tra anziani, che quindi trovano motivo e occasione per recuperare il controllo della propria vita e non delegare a figli e/o assistenti. Le incombenze della vita quotidiana diventano occasione di apertura ad altri e di messa in comune delle competenze, in modo che si creano gruppetti per complementarità, che fungono anche da gruppo di sostegno e di mutuo aiuto.

Avere coetanei con cui condividere la vita sociale fa sì che anche al di fuori delle attività del centro si organizzino autonomamente tra loro per andare a cinema o teatro, o per fare altre attività. Molti soggetti si riscoprono anche utili nell'ascolto e nella attenzione agli altri (vedi telefono aiuto al contrario, o attività dei nonni sociali, o la compagnia agli anziani non autosufficienti a casa o nelle case di riposo).

Il metodo che viene utilizzato è quello dell'ascolto attivo e dell'empowerment degli anziani, autosufficienti e non, per mettere in rete le loro potenzialità relazionali e creare legami intergenerazionali non solo con i figli e nipoti, ma con i giovani in genere. Stanno infatti dando buoni risultati i progetti che vedono gli anziani impegnati con bambini di famiglie disagiate o con i minori dell'area penale.

Sono stati coinvolti come "nipoti sociali" anche i minori del circuito penale. Questa relazione è risultata efficace e costruttiva in quanto ha permesso un autentico scambio tra generazioni: oltre a trascorrere del tempo in una atmosfera serena, i ragazzi coinvolti hanno lavorato con gli anziani per introdurre gli stessi all'uso di skype, aprendo per loro quindi la possibilità di essere in contatto più facilmente con i figli e i nipoti lontani.

La relazione con i nipoti, di sangue o sociali, diventa quindi un punto cardine dell'attivazione degli anziani, che viene realizzato attraverso occasioni di incontro e di confronto con minori, parenti e non, in un clima sereno e gradevole che possa aiutare a cambiare la mentalità giovanile dell'anziano come soggetto triste e noioso da evitare. Al contrario di questo stereotipo, infatti, si afferma la valenza educativa della condivisione delle storie di vita degli anziani e del loro spendersi per il tempo libero condividendo il loro sapere.

Questo costituisce un valido antidoto all'isolamento e alla mancanza di ambiti nei quali realizzare se stessi e le proprie abilità, all'auto percezione di inutilità, che porta ad un sempre maggiore ritiro dalla vita comunitaria. Dare risposta non tanto ai bisogni di tipo economico-sanitari, ma al bisogno di relazionarsi, di sentirsi ancora parte della comunità, di impegno attivo, di avere un ruolo ben definito, di ascoltare ed essere ascoltato. In più consente un cambio importante nella mentalità del contesto:

*per la cultura del posto gli anziani erano una categoria svantaggiata da assistere e basta, un peso per le famiglie, un problema per i servizi, invece l'esperienza ha mostrato quanto fosse errato questo modo di pensare e il fatto che tra gli anziani stessi ci siano stati quelli convinti del nostro modo di fare che hanno anche agito per diffondere questa idea tra gli altri anziani ci ha aiutato molto. Io credo che l'esperienza diretta sia stata l'arma vincente sia per convincere gli anziani ad un modo diverso di vivere, sia per cambiare un po' la mentalità delle famiglie e della comunità in genere sugli anziani. (FACL3)*

#### *Risorse, efficienza e sostenibilità*

Le prime attività avviate a febbraio 2006, per "rompere il ghiaccio" sono state l'attività motoria e servizio navetta, l'Ufficio Informazioni, i pomeriggi di animazione e serate danzanti e gli incontri culturali.

Per la novità della proposta, il progetto ha registrato, fin dal suo inizio, una massiccia partecipazione della cittadinanza; infatti, già nel primo anno di attività, il 2006, contava ben 630 anziani iscritti alle diverse attività progettuali previste.

Il progetto ha previsto fin dall'inizio la creazione di una rete con le altre realtà del territorio, in particolare tutte le Parrocchie, Associazioni e le Case di Riposo cittadine. Dopo un primo diniego diffuso, nei primi mesi di attività, legato principalmente alla diffidenza di alcuni responsabili e parroci circa l'iniziativa, queste parrocchie e strutture, già alla fine del primo anno di attività molte realtà hanno accettato di aderire. Un ottimo biglietto da visita è stato la promozione del progetto da parte degli iscritti, che hanno manifestato direttamente ai loro parroci o responsabili delle Case di Riposo cittadine l'apprezzamento circa le attività progettuali.

Le prime due strutture (S. Chiara e S. Michele) hanno aderito alle attività ludiche ricreative del progetto solo dal mese di Ottobre 2006, dopo un iniziale rifiuto motivato dalle cattive condizioni di salute degli ospiti delle strutture, in prevalenza non autosufficienti. Superata l'iniziale diffidenza, sono stati proprio gli ospiti non autosufficienti a beneficiare maggiormente delle iniziative realizzate, che sono divenute per i ricoverati un concreto momento di incontro con il mondo esterno.

Nel 2007, d'intesa con l'Assessorato competente, viene avviata anche una proposta agli iscritti, alcuni dei quali già impegnati in attività di volontariato, la possibilità di dedicare parte del loro tempo a laboratori da realizzarsi nelle Case famiglia e Comunità Alloggio per minori presenti in Città: il fine di questo progetto è, da un lato, quello di contribuire a sollevare dallo stato di disagio psichico molti anziani che si sentirebbero meno soli e più utili, e, dall'altro lato, quello di offrire un'ottima occasione di scambio intergenerazionale.

Nella prima fase il progetto si realizzava presso le case riposo, le parrocchie e il domicilio degli utenti non autosufficienti, con un Ufficio di informazioni che fungeva anche da base operativa ospitato presso i locali del Comune. Questa collocazione presentava diversi inconvenienti, legati alla diversità degli orari di apertura e difficoltà strutturali legate alla compresenza con il Segretariato Sociale, in un clima di confusione e sovraffollamento dei locali che non permetteva ad ambedue gli sportelli di lavorare serenamente. In un primo momento:

*l'ufficio del progetto conviveva in pochi metri quadrati con altri due sportelli (l'Ufficio Informagiovani e lo sportello Marketing) in locali comunali siti in Via Umberto; successivamente è stato trasferito in altri locali, dove si è però trovato a fronteggiare lo stesso disagio ambientale dovuto al sovraffollamento dei locali e a difficoltà legate alla presenza degli utenti del Segretariato Sociale, che nei giorni di chiusura dello stesso affluiscono all'Ufficio del progetto pretendendo prestazioni lavorative proprie dello sportello del segretariato (consegna o ritiro moduli, informazioni sui diversi bonus, ecc.)<sup>169</sup>.*

La situazione precipita nel 2007, quando presso l'Ufficio Informazioni del progetto, ubicato al piano terra del Palazzo Comunale, si verificano gravi tentativi di autolesionismo da parte di utenti del segretariato sociale che hanno richiesto l'intervento delle forze dell'ordine oltre che dei Vigili del Fuoco.

Nel I semestre del 2007 viene anche inaugurato il "telefono amico al contrario": L'operatore riceve in media più di 10 telefonate al giorno, inoltre, lo stesso, giornalmente contatta telefonicamente quegli anziani che hanno espresso un particolare disagio legato alla solitudine e/o a particolari malattie invalidanti (depressione, sclerosi multipla, ecc) ma anche condizioni familiari problematiche (genitori in età avanzata con figli portatori di handicap, incomprensioni coniugali, ecc) al fine di fornire loro sostegno emotivo.

Nel tempo, consolidato il rapporto di fiducia e l'impegno di un gruppo di anziani, viene promossa la loro partecipazione ai contatti telefonici, per creare un clima di reciprocità e di relazione intragenerazionale. Il progetto si propone di attivare relazioni e per questo si presenta come un servizio a basso impatto economico ma ad alto valore rispetto all'attivazione di risorse umane:

---

<sup>169</sup> Cfr. Relazione I semestre 2007.



*l'associazione ha investito nella struttura i suoi fondi, provvedendo ad esempio all'allestimento della segreteria, agli impianti di sicurezza (videocamere, ecc.) alla lavanderia e a tutti i servizi logistici che fanno sì che il centro possa essere utilizzato non solo come punto di ascolto ma anche come laboratorio. (FACL1)*

Dal 2009 però il progetto è in crisi a causa del mancato rinnovo del finanziamento dal parte del Comune:

*adesso che al Comune è cambiata l'amministrazione si pensa di farci chiudere, come se fossimo una esperienza legata all'amministrazione precedente, non una risorsa per la città a prescindere dalle appartenenze politiche. (FACL2)*

A detta del Responsabile, costa talmente poco che è di "cattivo esempio" rispetto alle prassi assistenziali più diffuse, per cui subisce il boicottaggio di quelli che invece propongono un altro stile di servizi, ad alto costo, nei quali però gli anziani sono solo destinatari passivi:

*per qualcuno, Fili d'Argento, con i suoi 850 iscritti, è un affare che disturba non poco quindi non solo non va finanziato ma va fermato a tutti i costi (FACL1).*

Anche nel momento di massima estensione dei progetti sul territorio, il budget era estremamente ridotto (€ 60.000 anno), proprio perché si limitava ad includere le risorse materiali necessarie per poi concentrarsi però su percorsi relazionali, più che sull'offerta di servizi ad una popolazione passiva:

*Come fa a costare così poco e ad ottenere un così grande successo? Questa è stata la domanda costante del Dirigente (...)(FACL1).*

Per quanto invece riguarda la collaborazione con altre realtà del territorio, fin dalla fase della progettazione è stata curata la collaborazione con le risorse del territorio, sia formali che informali. Nelle fasi successive sono stati realizzati ampliamenti e riorganizzazioni nate dal continuo confronto non solo con i partner ma anche con l'utenza e con le famiglie.

Nonostante ne sia stata più volte segnalata la necessità al Servizio Sociale Comunale e agli Enti competenti, non è stato mai possibile per limiti di bilancio inserire stabilmente la figura dello psicologo esperto in problematiche geriatriche,

Nella ultima fase, molti utenti si sono spontaneamente coinvolti anche nella gestione del progetto. La differenza sta principalmente nella scelta di metodo dei responsabili e della condivisione dei valori cardine del progetto tanto da parte degli operatori quanto da parte delle persone coinvolte.

I beneficiari del progetto sono anziani che partecipano a varie attività realizzate presso la palestra, il centro, il domicilio di altri anziani o presso le case di riposo. Tutti i progetti vengono realizzati proprio attraverso un coinvolgimento attivo degli stessi (ad esempio: le feste nonni nipoti con gli anziani in cucina per preparare i dolci; l'allestimento dei locali del centro; le reti di sostegno tra anziani).

Non a caso gli anziani stessi sono pronti a partecipare alle spese di gestione del progetto, da quando è stato sospeso il finanziamento comunale, e riescono con minime contribuzioni a mantenere il minimo di budget necessario per non interrompere tutte le attività.

All'iniziale disorientamento seguito alla perdita dei fondi comunali è seguito un momento di grande impegno da parte degli anziani più attivi e più impegnati per cui al momento si può dire che gli iniziali organizzatori sono stati supportati, e per certi versi anche affiancati operativamente, dagli anziani stessi. Va segnalata, inoltre, come segnale di un cambiamento nella cittadinanza, la solidarietà registrata nel 2010 da parte di vari soggetti:

*alla disattenzione dell'Amministrazione Comunale, nei confronti di tutti i progetti esistenti, è seguita la solidarietà e la vicinanza della Città: dal Comitato di Quartiere (che ha indetto un'Assemblea in cui hanno discusso anche del nostro Centro di Aggregazione) ai commercianti, ai tanti cittadini che hanno espresso la loro indignazione e ci hanno incoraggiato ad andare avanti; dagli operatori (che hanno continuato a dedicare il loro tempo libero al progetto) ai parroci, soprattutto quelli dei quartieri più poveri (FACL1).*

Resta il fatto che il progetto può realizzare pienamente i suoi obiettivi e raggiungere i destinatari nel territorio solo su finanziamento; in assenza di sponsor del mondo privato (altra difficoltà legata alle caratteristiche socio-economiche del territorio) e in mancanza di finanziamenti comunali, si potranno quindi offrire solo le attività interne al Centro, per le quali riesce a autofinanziarsi attraverso le iniziative di raccolta fondi promosse e realizzate dagli stessi anziani. Ciò produce un impoverimento significativo dell'offerta di attività, soprattutto di quelle al domicilio degli anziani non autosufficienti, o nelle case di riposo, come pure i corsi che hanno costi più alti per i docenti e per i materiali. Se si può definire quindi sostenibile per quello che riguarda gli anziani autosufficienti e con un livello economico medio alto, restano scoperti i anziani non autosufficienti e ad anziani con problemi economici, ai quali di fatto viene così negato l'accesso.

La formula di intervento è estremamente semplice, punta tutto sulla sperimentazione di un senso di partecipazione e di relazione, per cui anche altri operatori o referenti, che condividano però i valori fondanti e lo stile del progetto, potrebbero portarlo avanti.

Ne è prova anche il fatto che sono gli anziani stessi a consigliare agli operatori che continuano come volontari da quando non ci sono più i fondi, di cercare altri lavori e non preoccuparsi che possono pensarci anche loro alle attività. Ovviamente non può valere per tutti gli iscritti al progetto, per molti permane uno stato di bisogno o di fragilità che li rende meno attivi, ma un nucleo forte di una quarantina di anziani (su 850 iscritti) si è già creato.

L'Assistente sociale coordinatore predispone relazioni semestrali sull'attività svolta, che vengono socializzate con i partner formali e informali, e vengono organizzate riunioni di confronto sui servizi e sui bisogni con i beneficiari, che diventano così anche i primi promotori dei cambiamenti da realizzare per adeguare i progetti i bisogni, non solo i loro personali, ma anche quelli che hanno registrato nei coetanei.

La partecipazione dei beneficiari è garantita attraverso due organi: la Consulta (costituita dal Presidente dell'Associazione o suo delegato; dallo Psicologo e dall'Assistente sociale del progetto; dal Sindaco o dall'Assessore al ramo; da tre utenti iscritti al progetto "Fili d'Argento" da oltre un anno, che si sono distinti in particolari manifestazioni di solidarietà o per particolari contributi umani, finalizzati alla crescita del progetto stesso) e una Assemblea degli Iscritti al Progetto.

*Tabella 16-1- Numero di utenti per anno*

Anno	Anziani iscritti (destinatari diretti)	Rispetto ai destinatari indiretti (famiglie, altri anziani beneficiati ecc.) si fa presente che non è possibile procedere ad una quantificazione, ma si stima un numero molto alto di persone raggiunte dagli effetti positivi dell'esperienza.
2006	630	
2007	696	
2008	745	
2009	760	
2010	830	

## Relazionalità

Il progetto Fili d'Argento si propone di stimolare lo spirito di aggregazione non solo degli anziani, ma anche di minori, famiglie, singoli e gruppi. Partendo dalla lettura di un bisogno di relazionalità per anziani autosufficienti e non (creato da varie difficoltà personali e familiari, ma anche e soprattutto da una cultura ancora legata a schemi tradizionali) si è dato come obiettivo quello di offrire occasioni di rottura con il passato e di nuove esperienze positive.

Questo nel tempo ha fatto registrare, oltre ai miglioramenti rispetto la qualità della vita e delle relazioni tra anziani, un cambiamento a livello più sociale:

*È come se si fosse cambiata la mentalità rispetto all'idea di anziano, si sta radicando nel tessuto cittadino un nuovo modo di intendere questa fase della vita, di considerare cosa si può fare o no, come si può vivere, si vedono gli anziani in giro per le strade molto di più e a orari diversi, non solo per andare a prendere la pensione o per fare la spesa (FACL1).*

In primo luogo vengono curate le relazioni con le famiglie, in particolare quelle lontane. Più del 40% degli anziani iscritti al progetto ha i figli lontani per lavoro, e questo li rende soli nonostante i figli continuino ad interessarsene costantemente, con tutti i limiti della distanza:

*cerchiamo sempre prima di tutto di coinvolgere i figli o le famiglie degli anziani, non pensiamo che il centro possa sostituirli, anzi qui possono trovare una mano per restare in contatto in modo più positivo, li chiamiamo per coinvolgerli nelle attività, se non possono venire perché sono lontani li teniamo informati, abbiamo con loro un dialogo aperto che li fa stare più tranquilli e allo stesso tempo più presenti nella vita dei genitori. (FACL3)*

Risulta efficace in particolare il potenziamento delle possibilità per gli anziani di avere un rapporto con i nipoti improntato ad una maggiore ricreatività, oltre ad occasioni di riscoperta della narrazione come momento di incontro tra generazioni.

*per molti nipoti andare a casa dei nonni può essere noioso o triste vederli seduti a casa magari non possono o non sanno giocare con loro, o sono un po' depressi e chiusi nel loro ambiente e così i nipoti ne hanno una idea brutta, mentre venire ad una festa dove vedono i nonni allegri, che hanno amici, che possono ballare con loro, che preparano le torte tutti insieme, che fanno il karaoke, permette anche di mantenere una immagine diversa e anche una relazione diversa. (FACL2)*

Il tenere informate le famiglie lontane ed offrire un punto di contatto e di informazione più frequente genera nei figli, pur nella distanza geografica, un modo diverso di essere partecipi della vita dei genitori e una maggiore serenità di relazioni.

Le reti di relazione intrecciate tra gli anziani e altri soggetti comunitari (come ad esempio i bambini delle famiglie svantaggiate o i minori dell'area penale) consentono loro di aprirsi sempre di più alle relazioni, aumentando la loro fiducia.

Gli effetti positivi si sono riscontrati in particolare quando è stato il momento di trasformarsi da utenti a promotori e attori dei servizi. L'aver sperimentato la possibilità di cooperare in modo reciproco negli anni precedenti ha consentito che si aggregassero efficacemente rispetto all'obiettivo della difesa del progetto, mostrando anche una loro "presenza sociale", un attivismo civico che è andato ben al di là della difesa degli interessi personali.

L'importanza delle attività progettuali è data dal fatto che esse sono scelte e accettate liberamente dagli utenti, queste, presentando valori e qualità particolari, hanno degli effetti socializzanti e rispondono ai loro bisogni affettivi e di riconoscimento:

*attraverso una corretta gestione del proprio tempo, l'anziano può superare l'atteggiamento di passività nel quale spesso è preda, divenendo risorsa e trovando giovamento in termini di qualità della vita.*<sup>170</sup>

L'intera attività progettuale è nata e si è sviluppata con la finalità di migliorare la qualità della vita degli iscritti, promuovendone il benessere e infondendo un senso di vicinanza nei riguardi di queste persone spesso isolate, fragili e sole. Questo approccio ha spostato strategicamente la programmazione delle attività da un versante mirato unicamente sui bisogni sociali dell'anziano (ginnastica dolce, impegno del tempo libero, ecc) ad uno basato anche sui suoi diritti (all'ascolto, al riconoscimento del proprio Sé, a rivestire un ruolo attivo in un gruppo sociale, ecc.).

*Qualità etica dei fini, modello di valore, innovazione*

Un'adeguata organizzazione di aiuto alla persona deve tener conto soprattutto dei bisogni cosiddetti "immateriali" del soggetto: il bisogno di appartenenza, di mantenere i propri legami con le persone e i luoghi delle proprie origini, di coltivare la propria autostima, di mantenere vivi i propri interessi.

Il progetto muove dalla convinzione che il sostegno alla persona anziana debba intervenire sulle condizioni che limitano le relazioni sociali, da quelle economiche a quelle sanitarie, promuovere occasioni di partecipazione alla vita sociale ed evitare l'allontanamento del soggetto dal suo ambiente di vita.

L'ottica prescelta è stata quella della rete, con l'obiettivo di valorizzare e rendere accessibili le strutture e le risorse esistenti e di favorire iniziative a tutela dei diritti degli anziani stimolando lo spirito di solidarietà e della reciproca assistenza

*È stato bene portarli fuori dalle case, dar loro un posto e delle occasioni per riscoprirsi vivi e attivi, molti di loro sono perfettamente autosufficienti altri no, però riescono a fare gruppo lo stesso e a mettere in comune tante cose (FACL2).*

Gli anziani quindi sono stati coinvolti in un progetto solidale, fondato sul rispetto dei diritti del cittadino, sull'abbattimento delle barriere e dei pregiudizi e il superamento dei limiti culturali rispetto alla figura dell'anziano.

Il benessere dell'anziano è pensato e perseguito come risultato di una relazionalità efficace sia in ambito familiare che in senso comunitario.

Il progetto Fili d'Argento è l'unico servizio del genere che si possa riscontrare nel territorio. Di fatto è l'unica risorsa disponibile per anziani e per famiglie che non vogliono limitarsi a richiedere un accudimento materiale ma che cerchino una opportunità di vivere la terza età, sia nella prima fase più attiva che in seguito, mantenendo e mettendo in circolo le proprie abilità e competenze:

*Volevamo che non si perdesse il loro potenziale, oltre a dare soddisfazione ai bisogni (FACL2).*

L'attenzione ai contatti familiari e sociali è elemento essenziale per il mantenimento di un benessere che comprenda e metta al centro le persone e le relazioni.

---

<sup>170</sup> Relazione annuale 2007.

### 16.3.1 LA "BUONA PRATICA" DALLA PARTE DI CHI LA VIVE: ANALISI CARTA E PENNA

### 16.3.2 LA VOCE DEGLI OPERATORI

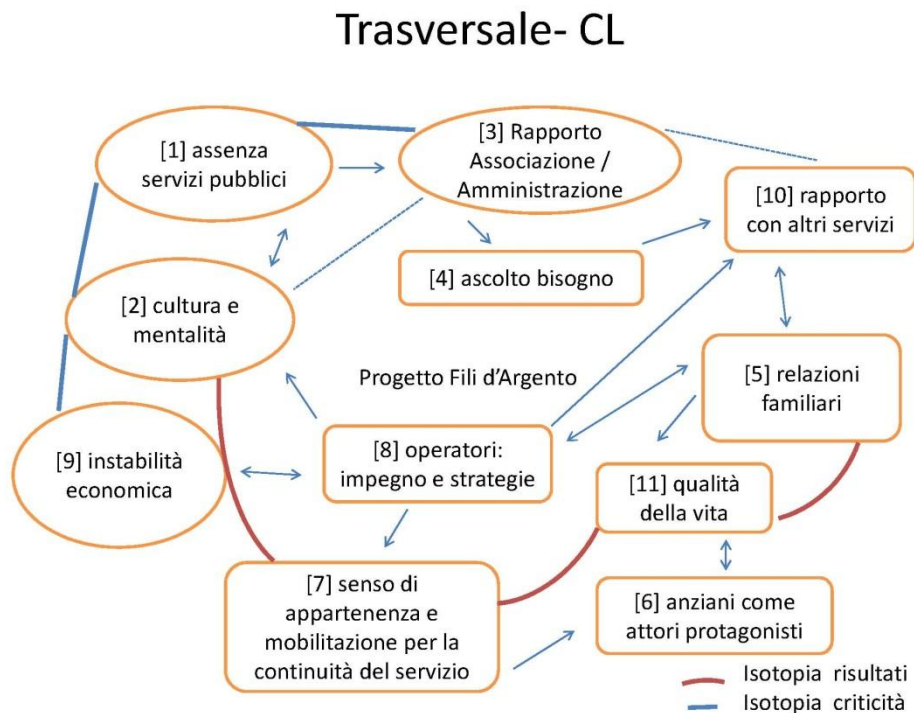
I temi che ricorrono nelle interviste agli operatori riguardano in particolare la filosofia che sta a monte del servizio e la scelta di intervento "con gli anziani" piuttosto che "per gli anziani":

- [1] Assenza servizi pubblici #
- [2] cultura e mentalità # \*
- [3] rapporto Associazione / Amministrazione Comunale #
- [4] ascolto bisogno
- [5] relazioni familiari \* #
- [6] anziani attori protagonisti \*
- [7] senso di appartenenza e mobilitazione per la continuità del servizio \*
- [8] operatori: impegno e strategie
- [9] instabilità economica #
- [10] rapporto con altri servizi
- [11] qualità della vita \*

Isotopia: risultati \*

Isotopia: criticità #

Figura 16-1 Aree tematiche e loro relazionamenti emerse dall'analisi del contenuto delle interviste agli operatori e al responsabile del Progetto Fili d'Argento.



Il Progetto Fili d'Argento si caratterizza per un alto livello di innovazione e di impatto culturale rispetto al contesto [2]. Nella motivazione dei suoi operatori si legge prima di tutto il desiderio di rispondere ad un bisogno degli anziani ancora inascoltato, quello di relazionalità [5] e della partecipazione attiva alla vita comunitaria [6] [7]. Pur esistendo infatti servizi legati all'assistenza,

quello che era rimasto senza risposta [1] era il bisogno [4] per gli anziani, autosufficienti e non, di mantenere o di ritrovare un proprio ruolo sociale, uno spazio non solo fisico ma anche e soprattutto culturale, nel quale vivere con pienezza questa fase della vita.

Le varie attività proposte hanno sempre come fine ultimo quello di stimolare il senso di appartenenza e di partecipazione attiva alla comunità e l'impiego delle abilità dei soggetti coinvolti a vantaggio della collettività. Ne è un esempio l'esperienza dei nonni sociali, come pure il telefono amico al contrario, o l'attivazione degli anziani autosufficienti a favore di quelli non autosufficienti. Queste attività hanno sempre avuto un buon riscontro anche presso altri Enti (volontariato, Tribunale, ecc.), che hanno collaborato attivamente per la realizzazione delle sperimentazioni [10].

Nell'insieme, il periodo di piena attività può considerarsi breve (2006-2009) eppure dai risultati raggiunti se ne può desumere la potenzialità positiva per il territorio.

A partire dal momento iniziale, caratterizzato dal sostegno dell'Amministrazione [3], l'esperienza di questi anni è stata infatti sufficiente a stimolare gli anziani al punto che, al momento dell'insorgere delle difficoltà legate alla sospensione dei fondi (legati al ricambio in sede politica [3]), sono stati proprio loro [6] [7] a innescare un movimento di opinione a sostegno del progetto, coinvolgendo anche varie realtà territoriali (famiglie, parrocchie, altre associazioni) [10].

Allo stato attuale il progetto vive un momento di contrazione legato all'insicurezza economica [9] derivata dall'alternanza politica [3]; in queste condizioni, ne risulta pregiudicata la possibilità di esprimere in pieno il potenziale proprio e della rete creata, nonché quella di avviare una progettazione per il futuro che dia seguito ai percorsi di cambiamento innescati negli anziani e nella comunità.

### 16.3.3 LA VOCE DEI BENEFICIARI

Dall'analisi dei materiali prodotti nei gruppi di lavoro e nella successiva plenaria (sono stati coinvolti nell'attività 37 anziani, tutti beneficiari del servizio) sono emersi alcuni punti chiave della loro esperienza, che si possono articolare a fini espositivi in due ambiti, quello dei bisogni che presentano come tipici della esperienza degli anziani del territorio e quello della loro valutazione dell'esperienza all'intero del Progetto Fili d'Argento in termini di impatto dello stesso sulla qualità della vita e sul benessere relazionale. Da sottolineare come trasversale sia all'analisi del bisogno che alla valutazione dell'esperienza, la registrazione delle criticità del momento e le relative preoccupazioni sul futuro.

Colpisce, rispetto al legame instaurato con gli operatori, il fatto che adesso si ripeta con loro un dolore che già hanno provato nei confronti dei figli.

*Non è giusto che i tagli ai finanziamenti hanno messo in crisi il progetto e peggiorato anche la situazione della disoccupazione c'erano prima 8/9 persone adesso pensano di andare fuori come hanno fatto già i figli, è rivivere un dolore. (FACL4)*

Rispetto ai bisogni, viene sottolineata, innanzi tutto, la necessità di una rivoluzione culturale per cambiare la percezione e le idee che si hanno sugli anziani. Anche i rapporti con i figli sono fonte di sofferenza. Da un lato perché un folto gruppo di anziani (il 40% dei beneficiari del progetto, secondo la stima dell'Assistente Sociale Coordinatore) hanno i figli migranti in Italia o all'estero, e quindi anche chi ha figli e nipoti resta solo per tutto l'anno fatta eccezione per brevi periodi di vacanza. Dall'altro perché anche quelli i cui figli vivono nelle vicinanze:

*La vita dei figli è molto pesante e hanno tanto da fare e anche se abitano vicino passano a salutare ma stanno poco o vanno via subito non fanno compagnia (FACL4)*

Non è quindi nelle famiglie che si può trovare compagnia, condivisione, scambi quotidiani.

*Il male peggiore per un anziano è la solitudine pur avendo figli e nipoti, ma spesso sono troppo lontani per lavoro (FACL4)*

Alcuni indicano anche un particolare tipo di solitudine e isolamento, quello generato dal fatto che il carico di lavoro eccessivo dei figli, e la mancanza di servizi per le famiglie, li costringe ad una relazione "forzata", nella quale è come se fossero in servizio per dare aiuto a tutti gli orari, ma mai compagnia, e si resta quindi bloccati senza poter avere vita propria, ma senza poter beneficiare dell'essere con loro.

Infine, altra solitudine sperimentata è quella legata all'abbandono degli anziani da parte dei figli per un deterioramento del legame, per una assenza di dialogo con i figli che gli anziani non hanno costruito a suo tempo e poi diventa grave nella vecchiaia, per recuperare il quale sentono la necessità di un aiuto esterno che crei la possibilità di recuperare la relazione.

Per quanto riguarda l'esperienza all'interno del progetto, emerge una approvazione unanime dello stesso, un forte attaccamento tra beneficiari e anche con gli operatori e un senso di appartenenza significativo. Sono in molti a ritenere che il servizio è stato così valido nella loro esperienza che varrebbe la pena di continuare anche se dovessero pagare per gli stessi servizi, anche se sanno che non per tutti sarebbe possibile.

Quello che sentono di aver sperimentato in primo luogo è "un processo di umanizzazione", non si sentono trattati come numeri od oggetti, cosa che spesso prima sperimentavano nei rapporti con i servizi.

Come risultati significativi notano che la frequenza delle attività è per loro occasione di cambiamento rispetto ai loro problemi iniziali.

*Avere amici e una vita di relazione aiuta a ripensare i rapporti con la famiglia, meno dipendenza, meno tristezza, meno attesa. (FACL4)*

*Al centro si fanno esperienze di nuovi rapporti umani per cui questo aiuta anche a dare regole nei rapporti con i figli: non più a casa ad aspettare sempre a disposizione, ma avere una vita propria avere una propria libertà di uscire e stare con il gruppo. È un modo per recuperare la propria vita e il proprio mondo. (FACL4)*

Altro vantaggio rilevato è che uscire da casa e confrontarsi con gli altri aiuta anche a capire di più le nuove generazioni e i loro problemi diversi, serve per accorciare il distacco tra le generazioni. Rende più facile capire le esigenze e la cultura dei figli e nipoti e si hanno effetti positivi nelle relazioni con loro. Questo perché hanno adesso compreso che sta anche a loro, e a come si pongono nei confronti dei figli, di creare le possibilità per condividere gli uni la vita degli altri.

#### **16.4. LA "BUONA PRATICA" DALLA PARTE DI CHI LA VIVE: ANALISI CON T-LAB**

I testi delle interviste sottoposte al Responsabile del Progetto, all'Assistente Sociale Coordinatore e all'Operatore socio-assistenziale sono state analizzate con il T-Lab.

Il progetto "Fili d'argento" mette al centro le relazioni facendo riscoprire il prezioso ruolo degli anziani in famiglia e soprattutto nella società. *Anziano, Attività, Casa, Famiglia, Figli* le parole chiave rintracciate nelle interviste analizzate.

Attività e solitudine le associazioni più frequenti con il primo lemma, *Anziano*. Due parole che rimandano alla condizione socio-culturale degli anziani incontrati e supportati con il progetto, ma anche alle attività-azioni caratterizzanti il progetto stesso e quindi alle azioni messe in atto.

Stessa cosa avviene osservando il grafico che mette al centro il lemma *Attività*. Le parole "insieme", "pensare", "centro" rimandano non solo al disagio rilevato ma anche alla chiave di volta

del progetto che intende mettere al centro l'anziano a partire dai vari contesti che caratterizzano la sua vita sociale e culturale.

La dimensione della *Casa* e dunque della *Famiglia*, ossia della riscoperta del ruolo degli anziani portata avanti dal progetto emerge dal focus sulla parola *Casa* appunto; viene fuori una associazione molto significativa con il termine "nonno" e "festa", ossia vedere negli anziani come una preziosa risorsa e non un peso.

Il lemma *Famiglia* ci permette di focalizzare l'attenzione sulla situazione di precarietà e di disagio in cui vivono gli anziani del nisseno, costretti a vivere lontani dai figli, in solitudine, in una condizione di alterità: "lontano", "diverso", "figli", "chiamare", "trovare" le associazioni più significative.

Realtà ribadita da un'altra parola ricorrente nei testi analizzati ossia *Figli* e che nelle associazioni di parola più significativi rimanda agli stessi termini.



## 17. CONCLUSIONI: A CHE PUNTO SIAMO?

di Donatella Bramanti

### 17.1. INTRODUZIONE

La ricerca condotta, nella sua articolazione complessiva, ha consentito di comprendere come si orienta la progettualità locale a favore degli anziani fragili e delle loro reti familiari, nelle tre regioni considerate (Liguria, Lombardia, Sicilia). L'obiettivo era, come già anticipato, non una rendicontazione puntuale dell'esistente, ma l'identificazione di progetti/servizi che presentassero caratteristiche di adeguatezza alle trasformazioni della domanda di assistenza e sostegno che emerge dalle famiglie con anziani. È noto infatti che, all'ineliminabile invecchiamento della popolazione, corrisponde una maggior attenzione ai bisogni relazionali degli anziani e un tentativo, seppur faticoso, di familiarizzazione delle cure (Rossi, Bramanti, 2006). Gli anziani rimangono al proprio domicilio e il ricorso all'istituzionalizzazione è visto come un rimedio estremo, da ritardare il più possibile nel tempo.

Le modalità di fronteggiamento dei bisogni dei genitori o coniugi anziani (Facchini et al., 2002) sfidano però le scarse risorse delle famiglie, sia dal punto di vista delle disponibilità di *care giver* (Da Roit, Facchini, 2010), sia delle risorse economiche necessarie per rispondere, in maniera adeguata, alle nuove esigenze che la condizione di non autosufficienza esige (trasformazione degli alloggi, strumentistica adeguata, oltre alla assistenza continua).

Ciò che si è voluto esplorare è quindi se, a fronte di queste trasformazioni, allungamento delle vita da un lato e, dall'altro, orientamento alle cure a domicilio, le municipalità abbiano dato vita a servizi/interventi in grado di sostenere le reti familiari dei soggetti anziani.

Ad una analisi puntuale, compiuta attraverso la lettura attenta dei piani di zona (dove disponibili) delle tre aree regionali considerate, e del *Rapporto sulla non autosufficienza* (2010) non appare per la verità un significativo ri-orientamento delle prassi consolidate, se non per alcuni aspetti che, possiamo sinteticamente riassumere, nella diffusione pressoché generalizzata dell'assistenza domiciliare anziani, sia nella forma assistenziale, sia nella forma integrata socio-sanitaria. Va ricordato però che la reale consistenza di tali servizi non è omogenea nei territori e quindi, in particolare al Sud, tende a prevalere il ricorso all'ospedalizzazione o comunque al ricovero in struttura.

Inoltre, in generale, un dato che accomuna tutti i territori è che l'organizzazione settoriale delle amministrazioni locali, impone un funzionamento per categorie di soggetti, con gradi più o meno elevati di bisogno e, quindi, l'offerta di servizi è prevalentemente pensata per anziani senza famiglia, in un'ottica integrativa dei legami primari assenti o non competenti, piuttosto che come un sostegno effettivo ai carichi di cura familiari. Prevalgono quindi offerte di tipo sostitutivo e residenziale, mentre minor attenzione è riservata a interventi/servizi che assumano un'ottica esplicitamente familiare. Anche il volontariato non è immune da questo rischio e, infatti, le associazioni che sono state censite propongono in genere azioni di sostegno e compagnia, per lo più ad anziani soli.

A fronte di questo quadro che presenta punti di arretratezza e di scarsa capacità di intercettare nuovi bisogni, con maggiore flessibilità, sono presenti alcune esperienze interessanti, implementate da soggetti sia pubblici che di terzo settore, che presentano caratteristiche che possono essere definite delle buone pratiche.

Come documentato analiticamente nel presente Report, lo sforzo è stato quello di identificarne alcune che mostrassero, in atto, la capacità di:

- Vedere le famiglie di e con anziani;

- Accogliere e negoziare la domanda espressa;
- Attivare interventi di *care*, il meno sostitutivo possibile delle risorse, seppur residue presenti nelle reti familiari;
- Attivare, dove assenti la famiglie, risorse di vicinato e di comunità;
- Promuovere le forme di auto aiuto e di tipo associativo;
- Identificare elementi di sostenibilità e di disseminazione .

L'analisi di questi casi deve quindi essere considerata emblematica di pratiche possibili che potrebbero essere assunte, in maniera esemplare, dalle amministrazioni impegnate a sviluppare un welfare amico delle famiglie.

Il report ha presentato una analisi puntuale di 9 diversi esempi di servizi per famiglie con anziani non autosufficienti, fornendo, per ciascuno di essi, una chiave di lettura multidimensionale, dove le metodologie più descrittive sono state affiancate da quelle di natura più interpretativa, secondo una prospettiva relazionale che consente di dare voce, seppure indiretta, a tutti gli *stakeholder* implicati.

In queste conclusioni proverò a mettere in fila gli elementi che emergono dall'analisi delle 9 buone pratiche studiate, con particolare riferimento alla capacità/ possibilità per ciascuna di assumere una prospettiva familiare che accompagni la transizione specifica.

## 17.2. PRESIDARE LA TRANSIZIONE: ALCUNI CRITERI GUIDA

Nella nostra società si entra nella condizione anziana lentamente, gradatamente e ci si rimane più a lungo rispetto al passato. In questa fase molteplici sono gli eventi che costituiscono una sorta di marcatori di passaggio, alcuni di ingresso («nido vuoto»<sup>171</sup>, pensionamento), altri critici (malattia, vedovanza), altri ancora di uscita (morte). L'ultima fase della vita si prospetta pertanto come un periodo lungo e complesso, non uniforme, nel quale tendono ad ampliarsi sia il tempo del benessere e della «buona salute», sia il tempo del decadimento psico-fisico. Ma la collocazione di questi eventi «snodo» nella vita personale e familiare di ciascuno costruiscono percorsi biografici differenziati a seconda delle reti familiari, sociali e dei percorsi lavorativi di ciascuno.

La transizione all'età anziana, come tutte le transizioni (Donati, 2010), si riferisce al soggetto famiglia, non solo in quanto riguarda tutte le generazioni legate da vincoli di affetto e di parentela a colui/colei che sta invecchiando, ma anche perché ciò che viene messo in gioco è la relazione che ciascun membro della famiglia ha con la comune identità dell'essere un *noi*, cioè la *we-relation*. Questa comune identità, che è l'appartenenza a uno stesso soggetto sociale, tende a costituire il profilo identitario di ciascuno, che ovviamente può essere più o meno in sintonia con la cultura familiare, può anche prenderne le distanze, discuterla in modo critico o/e addirittura conflittuale. Il posizionarsi rispetto alla *we-relation* costituisce lo spazio della riflessività familiare che ha un peso importante nel definire le scelte e le strategie che il *corpo familiare* (Cigoli, 1992) sarà in grado di esprimere di fronte alla sfida della non autosufficienza di uno dei suoi membri. Come ben sanno tutti coloro che si occupano di non- autosufficienza, questo spazio di riflessività può essere più o meno esercitato e agito, può trovare contesti più o meno favorevoli alla sua esplicitazione, ma certamente è da questa azione consapevole che dipende l'attribuzione di senso a ciò che sta succedendo, in particolare, a chi invecchia e si prepara alla morte, ma di conseguenza anche a chi rimane e si prepara a viverne la memoria.

---

<sup>171</sup> Con questa espressione si indica quella fase del ciclo di vita familiare caratterizzata dall'uscita di casa dei figli, che abbandonano la famiglia d'origine, consentendo ai genitori di recuperare pienamente un tempo per se stessi e il rapporto di coppia (Scabini, 1995).

Nel presente lavoro si assume che il benessere delle famiglie con anziani non autosufficienti passi attraverso la possibilità di tematizzare in misura soddisfacente la transizione in atto e quindi di esercitare una sorta di riflessività su di essa.

Le buone pratiche presentate in maniera analitica nella presente sezione sono quindi state osservate proprio in relazione al grado di competenza messa in atto nel promuovere il benessere della famiglia come esito (output) di una adeguata riflessività, in grado, attraverso la risposta ai bisogni puntuali e innumerevoli che la condizione di dipendenza esprime, di favorire la transizione.

Le forme della riflessività familiare non possono essere date per scontate a priori, ma è indispensabile poterle osservare e quindi comprendere le diverse tipizzazioni.

Se utilizziamo lo schema di Donati (2010) è possibile assumere che ci sono tre differenti modi di intendere il *noi* familiare, da cui derivano differenti forme di riflessività.

Se la famiglia (il noi) è concepita come una relazione comunitaria di tipo tradizionale, data in anticipo che richiede solo adattamento e adesione, la riflessività sarà pari a zero. In queste situazioni le transizioni familiari non sono tematizzate, se ne ha scarsa o nulla coscienza. Le difficoltà vengono affrontate secondo lo schema normativo: o tutto deve tornare come prima (normalizzazione) o al più si può cercare di utilizzare schemi presenti nella tradizione passata della famiglia. In queste reti familiari sembra non esserci ricerca di nuove soluzioni, di alternative possibili, tutto avviene secondo modalità già date, tipici di contesti morfostatici, pre-moderni.

Queste sono le situazioni in cui la famiglia anziana o non arriva a esprimere una domanda sociale oppure pretende dai servizi che venga rimesso a posto l'ordine precedente, il problema deve essere rimosso, in qualche misura ci si aspetta dall'esterno che *l'esperto* di turno ci eviti di affrontare il problema o lo risolva per noi.

Nel caso in cui invece, ci si trovi davanti a un *noi*, pensato come una sommatoria di interessi, la transizione sarà governata provando ad accontentare tutti, secondo una prassi negoziale che di volta in volta identifica delle priorità, se non ci si riesce, qualcuno esce dal gioco e si sottrae. In questo caso la *we-reflexivity* riguarda solo un minimo comun denominatore, in genere ci si preoccupa di non urtare eccessivamente la sensibilità di ciascuno. In queste situazioni sarà difficile vivere il problema di uno, come problema di tutti e quindi elaborare una nuova coscienza del *noi*.

In queste famiglie si tende a ridurre le dimensioni del cambiamento, si usano strategie di nascondimento per timore che ciò che sta succedendo possa rompere un fragile equilibrio. Spesso c'è qualcuno che si fa carico per tutti (il *care giver*) di portare il peso della transizione, in modo che questa non intralci, in alcun modo, i percorsi biografici dei singoli.

Le conseguenze sono spesso l'esperienza della solitudine dell'anziano, quando non addirittura il *burn-out* di coloro che si assumono questa funzione di cura, e un'occasione persa rispetto all'arricchimento della vita familiare. In qualche caso le persone riescono a verbalizzare una sorta di rimorso per non aver compreso cosa stava succedendo e quanto si sarebbe potuto imparare da ciò che si stava vivendo.

Quando il *noi* è vissuto come un'unità reale e relazionale, dove, cioè ciascuno cerca il bene dell'altro nella relazione, la transizione diventa occasione per dare avvio a un nuovo modo di essere famiglia. Solo la *we-reflexivity* di tipo relazionale può consentire alla famiglia di attraversare la transizione, arricchendo sé stessa e promuovendo beni relazionali per i suoi membri.

In genere queste famiglie escono arricchite dall'esperienza di accompagnamento del proprio congiunto anziano e riescono, in casi non così rari, a promuovere nuove forme di generatività sociale, dando vita ad esempio ad associazioni familiari dedicate a rispondere ai problemi di altri, come negli esempi degli Alzheimer Cafè.

Ovviamente differenti sono i climi familiari e i contesti di vita delle famiglie che si trovano ad affrontare la sfida della non autosufficienza all'interno della transizione all'anzianità.

Infatti, come ricorda Archer (2007) esistono contesti *congruenti*<sup>172</sup> e *meno congruenti* che possono influenzare le transizioni familiari.

Quindi operare per promuovere il benessere delle famiglie, in contesti più o meno congruenti, significa comprendere quale tipo di famiglia abbiamo di fronte e su quali capacità di vivere la transizione in relazione al contesto, possano far conto.

Tutto ciò non significa che ci sia un solo modo di vivere la transizione, ma piuttosto che le famiglie debbono essere sostenute secondo le modalità specifiche che sono in grado di assumere nel contesto di vita, che è fatto di opportunità possibili, in base alla situazione in cui la famiglia viene a trovarsi.

Il lavoro, presentando buone pratiche molto diverse tra loro, suggerisce la necessità di superare l'idea di modelli predefiniti e universalmente validi nell'implementazione di un *well-being*, ma piuttosto di elevare il livello di complessità dell'offerta di servizi e interventi.

### 17.3. CONTESTI DI VITA E FAMIGLIE

Come è stato indicato nel capitolo sui dati Istat (cap. 3 nel presente report) è possibile identificare alcune differenze significative che concorrono a determinare il clima familiare e le condizioni del contesto delle tre Regioni analizzate: Liguria, Lombardia, e Sicilia.

Dal punto di vista della presenza di famiglie con tutti anziani oltre i 75 anni: la Lombardia presenta un tasso di poco inferiore alla media nazionale, la Sicilia di due punti superiore e la Liguria di cinque, connotandosi quindi come la regione (insieme al Molise fuori dalla presente analisi) con la maggior incidenza di nuclei anziani su 100 famiglie residenti.

Per quanto riguarda l'incidenza della non autosufficienza, cioè la presenza di limitazioni gravi, assistiamo anche in questo caso ad una notevole differenziazione tra i tre ambiti territoriali: Lombardia e Liguria, abbastanza allineate, sono sotto la media nazionale, mentre la Sicilia presenta un'incidenza di anziani con malattie croniche e di lunga durata decisamente imponente. Quindi non si sperimentano mediamente le stesse condizioni di salute nelle tre aree considerate (Tabella 17-1).

Tabella 17-1 Tassi di anzianità e di autosufficienza nelle tre regioni considerate

	% nuclei tutti anziani >75 anni	% anziani con gravi limitazioni > 75 anni	% anziani con malattie croniche o di lunga durata > 75 anni
Liguria	15.6	22.3	52.6
Lombardia	10.8	23.7	48.0
Sicilia	12.5	30.3	67.4
<b>Italia</b>	<b>11.7</b>	<b>28.7</b>	<b>57,9</b>

Fonte: ns elaborazioni su dati Istat. Indagine IT-SILC "Reddito e condizioni di vita, 2008.

Per quanto riguarda le strategie che le famiglie mettono in atto per fronteggiare i bisogni di cura dell'anziano, si osserva (Tabella 17-2) che in tutte e tre le regioni siamo in presenza di una notevole vicinanza tra nonni e nipoti che quindi in qualche modo si contrasta l'idea che gli anziani

<sup>172</sup> Per Archer siamo in presenza di un contesto *continuo*, quando si sperimenta una storia e una biografia comune, una stabilità residenziale, familiarità con le stesse realtà di servizi sociali, chiese, luoghi di incontro, un linguaggio comune. Al contrario la *discontinuità contestuale* consiste nel trovarsi in una situazione priva di somiglianze e di familiarità.

siano lasciati soli e isolati, infatti in due regioni Liguria e Sicilia si supera di qualche punto la media nazionale, attestata al 65.3% di anziani che vedono i nipoti tutti i giorni a quasi. Il rapporto con i figli adulti assume una rilevanza enorme in Sicilia, raggiungendo percentuali di più di 12 punti superiori alla media nazionale, mentre in Liguria e Lombardia appare decisamente inferiore. Va ricordato che sicuramente la numerosità dei figli e la vicinanza abitativa giocano a favore di una relazionalità molto stretta nella regione del sud.

Se la rete parentale ha una maggiore coesione al sud rispetto, soprattutto alla Lombardia, le reti amicali e di vicinato tendono ad assumere un andamento contrario.

Infatti si evidenzia una maggior presenza di amici e vicini di casa su cui l'anziano sente di poter contare, soprattutto nelle regioni del nord.

La capacità di attivare relazioni amicali e di vicinato è un buon predittore delle competenze della rete familiare ad allargare i propri confini e quindi anche a poter fronteggiare eventuali rischi connessi all'indebolimento della rete stessa.

*Tabella 17-2 Relazioni di supporto della rete primaria nelle tre regioni considerate*

	<i>Rapporto nonni/nipoti</i>	<i>Rapporto genitori/figli adulti</i>	<i>Rapporto anziani/amici</i>	<i>Rapporto anziani/vicini</i>
	% nonni che vedono i nipoti tutti i giorni o quasi	% figli che vedono i genitori tutti i giorni o quasi	% anziani che hanno amici su cui contare	% anziani che hanno vicini su cui contare
Liguria	67.0	57.8	37.9	52.7
Lombardia	64.0	59.7	34.8	44.9
Sicilia	69.6	76.7	24.8	42.6
<b>Italia</b>	<b>65.3</b>	<b>64.6</b>	<b>32.6</b>	<b>48.1</b>

Fonte: Elaborazioni su dati Istat, Indagine Multiscopo "Famiglia e soggetti sociali", 2003

Il ricorso a servizi di assistenza domiciliare e di assistenti a pagamento appare, nelle tre regioni, direttamente proporzionale alle situazioni di fragilità precedentemente segnalate (Tabella 17-3).

*Tabella 17-3 Presenza di reti formali di cura nelle tre regioni considerate*

	<i>Assistenza domiciliare</i>	<i>Presenza assistenti familiari</i>
	Indicatore di presa in carico su 100 persone > di 65 anni	% anziani >75 anni con persona a pagamento
Liguria	1.3	5.8
Lombardia	1.9	6.7
Sicilia	2.5	6.9
<b>Italia</b>	<b>1.7</b>	<b>6.1</b>

Fonte: Elaborazioni su dati Istat, Indagine Multiscopo "Famiglia e soggetti sociali", 2003

#### **17.4. LE BUONE PRATICHE ANALIZZATE**

Dall'analisi dei singoli studi di caso è stato possibile ricostruire analiticamente le caratteristiche peculiari dei 9 servizi attivi, nei territori considerati.

In questa sede proveremo a proporre un'analisi trasversale che consenta di identificare le caratteristiche che accomunano questi progetti, ma anche le peculiarità di ciascuno rispetto alla *mission* specifica di ciascuna pratica.

Una prima osservazione attiene all'origine del servizio e alla eventuale costituzione di una partnership sociale tra più attori del territorio.

Come si evidenzia, sinteticamente, nella

Tabella 17-4, gli enti promotori delle buone pratiche analizzate sono essenzialmente, o i comuni e realtà sovra comunali (ufficio di piano), o associazioni/fondazioni non profit. Va segnalato che la propensione ad attivare partnership sociali è decisamente più presente in Liguria e Lombardia, piuttosto che in Sicilia, ed è agita sempre, nei casi considerati nella presente analisi, dal soggetto pubblico, che coinvolge attivamente le realtà di terzo settore del territorio.

Un caso analizzato mostra una partnership particolarmente significativa, si tratta del Servizio di Custodia Sociale del Comune di Milano.

La realizzazione del SCS è stato affidato infatti, mediante gara pubblica<sup>173</sup>, a organizzazioni non profit con provata esperienza nel campo della assistenza sociale e prevedeva che per aggiudicarsi un Lotto (porzione del territorio cittadino in cui operare) le organizzazioni potessero/dovessero costituirsi in ATS o ATI e gestire congiuntamente l'attività. Questa operazione ha portato di fatto alla costituzione di una partnership tra le organizzazioni suddette e l'amministrazione pubblica direttamente implicata, attraverso la rete territoriale dei servizi alla persona, nella erogazione del servizio.

Questo è un classico esempio di promozione a livello della *governance* politico-amministrativa, che mantiene un ruolo di *primus inter pares*, in quanto direttamente implicato oltre che nel governo della rete, anche nell'azione diretta.

In questo caso la scelta di dare vita a un nuovo servizio optando per una configurazione in partnership appare – almeno a livello di politica sociale – particolarmente congruente con l'obiettivo esplicito dell'amministrazione comunale di dare vita a servizi di prossimità, secondo una prospettiva solidaristica: servizi cioè che esplicitamente si preoccupino non solo di rispondere a un ventaglio di bisogni espressi da segmenti di popolazione fragile (anziani, disabili, famiglie in difficoltà), ma promuovano rapporti sociali di solidarietà (Laville, Nyssens, 1996) o ancor di più siano in grado di ri-generare i legami sociali (Scabini e Rossi, 2003).

Risulta evidente la complessità di questa partnership, che appare caratterizzata da relazioni di interdipendenza, agite dai differenti attori sociali su un piano che fatica ad essere totalmente orizzontale, anche se ha provato a dotarsi di una ridotta organizzazione gerarchica, in quanto ogni soggetto sociale è ritenuto fondamentale al pari degli altri. Le parti vengono cioè considerate «come se si disponessero sullo stesso piano, ciascuna dotata di uno stesso potere di interazione, ciascuna essendo un'unità capace di azione autonoma» (Folgheraiter, 1998, p. 244).

Ciò che emerge dall'analisi condotta è una rilevante differenziazione dei soggetti implicati in relazione sia alla loro configurazione giuridica (fondazioni, cooperative, associazioni), sia ai loro ambiti e stili consolidati di intervento (esclusivamente rivolti agli anziani o piuttosto a tutte le forme di povertà ed esclusione sociale). Vi sono però anche forti elementi di somiglianza riconducibili al comune impegno professionale a favore delle singole persone e dell'intera comunità (vocazione prosociale), la consolidata esperienza acquisita sul campo, la presenza di sistemi di verifica interni finalizzati al miglioramento della qualità delle prestazioni.

Gli Enti aggiudicatari portano con sé storie, visioni e capacità operative che meritano di essere esplicitate e valorizzate in quanto contribuiscono in modo qualificante ad attuare gli specifici obiettivi del servizio di custode sociale.

Ma quali motivi hanno portato i soggetti a rendersi disponibili a questa collaborazione reciproca per realizzare il Servizio di Custodia Sociale?

Volendo sintetizzare le motivazioni e le esperienze che emergono dall'analisi delle singole realtà, si possono identificare alcuni elementi ricorrenti tra gli enti, che contribuiscono a creare un patrimonio culturale ed esperienziale condiviso, riconducibili a:

- L'esperienza consolidata in vari servizi di domiciliarità e di sostegno per anziani, minori e famiglie;

---

<sup>173</sup> Titolo della gara pubblica: Affidamento della gestione del servizio di custodia sociale nell'ambito del servizio di prossimità a sostegno della domiciliarità e della sicurezza a favore dei cittadini residenti negli stabili di edilizia residenziale pubblica – periodo 1.6.2007-30.6.2010

- La partecipazione alla sperimentazione del servizio di custodia sociale;
- La scelta di operare prioritariamente nel territorio in cui si è inseriti;
- Il desiderio di rispondere a bisogni sentiti come “emergenza” attuale e futura.

L'attività nei vari servizi di prossimità o di sostegno rivolti ad anziani, ma anche a minori e famiglie, sembra essere un elemento trasversale, poiché presente in tutti gli enti che, pur con modalità diverse, hanno a disposizione una buona offerta di servizi. Questo, se da una parte sembra un dato ovvio e scontato, dall'altro implicherà un nuovo sforzo per declinare le competenze di area, in modalità di intervento necessariamente diverse.

Appare evidente che ci si sta incamminando verso la costruzione di una pratica di prossimità che pone al centro gli utenti con le loro reti che per quanto siano deboli, fragili e deficitarie, sono però importanti e irrinunciabili per le famiglie con anziani fragili.

In altri due casi ci troviamo in presenza di reti promosse dalla pubblica amministrazione: il Progetto Care Giver di Genova e lo Sportello di Assistenza Familiare di Cinisello.

Si tratta di progetti di una notevole portata e impatto sulla popolazione. Nascono per iniziativa esplicita della pubblica amministrazione, comune o ufficio di piano, ma si caratterizzano fin dal loro nascere come esperienze in partnership tra soggetti appartenenti al terzo settore e alla pubblica amministrazione.

In tutti questi progetti, le risorse messe in campo dal punto di vista economico sono decisamente elevate, l'organizzazione in partnership funziona da moltiplicare di risorse, in quanto l'obiettivo di questi servizi è proprio quello di fornire sia risposte puntuali: aiuto, informazione, piccole incombenze domestiche, ma soprattutto di costruire una sorta di rete di salvataggio intorno all'anziano e a colui che di lui si occupa, i *care giver* informali o anche le assistenti a pagamento (badanti).

Particolare interesse riveste lo Sportello di assistenza familiare, proprio perché intercetta un bisogno diffuso delle famiglie, che è quello di essere accompagnate nella ricerca e individuazione di aiuti (anche a pagamento) ma che possano garantire standard di serietà e di adeguatezza al bisogno. Anche in questo caso, l'obiettivo del servizio è proprio fare rete, intercettare una domanda di aiuto e una domanda di lavoro e consentire di promuovere qualità nel lavoro di cura delle assistenti domiciliari e di sostenere le famiglie che scelgono di mantenere a casa il proprio anziano.

Oltre a queste reti di una certa ampiezza, sono presenti anche esperienze che nascono da un solo soggetto e non si connotano per una configurazione reticolare. Nella nostra analisi sono soprattutto le iniziative che nascono da associazioni di volontariato che si sono orientate a rispondere a un tipo specifico di bisogno, quello degli anziani portatori di Alzheimer o comunque soli e in difficoltà.

In questi casi la dimensione reticolare, non è formalizzata, al massimo siamo in presenza di un supporto/finanziamento da parte del comune, ma sta soprattutto nella dinamica stessa dell'intervento, che pone una particolare attenzione allo sviluppo e sostegno delle reti primarie.



Tabella 17-4 I servizi analizzati, ente promotore ed eventuale partnership

Ambito territoriale	Servizio	Ente promotore	Soggetti in partnership/ in rete
Regione Liguria	Progetto <i>Caregiver</i>	Ambito Territoriale 36 Distretto del Medio Ponente, Genova	Istituto per gli Studi sui servizi Sociali Onlus
	Le Panchine nel Parco Caffè Alzheimer	Associazione Famiglie di Malati Alzheimer	Biblioteca Guerrazzi - Genova
Regione Lombardia	Sportello Assistenza Familiare	Ufficio di Piano Comune di Cinisello	Cooperativa Caf-Acli Caritas Cinisello Servizio MappaMondo
	Servizio Custodia Sociale	Comune di Milano	Aler, Don Gnocchi Onlus, Fondazione Fratelli San Francesco, Cooperativa La Strada, Cooperativa Nuovi Orizzonti, Progetto Arca, Consorzio Farsi Prossimo, Fondazione Aquilone
	Alzheimer Cafè...Per non essere più soli	Associazione <i>Primo Ascolto Alzheimer</i> - Mariano Dalmine	Rete di Alzheimer Cafè in provincia
	Alzheimer Cafè - Fondazione Manuli	Fondazione Manuli	Istituto dei Ciechi - Milano
Regione Sicilia	Anziani in affidò	Comune di Castelvetrano	Rete di famiglie giovani e anziane
	Servizio di Mediazione Intergenerazionale	Comune di Ragusa	
	Progetto Fili d'Argento	Associazione C.A.T. onlus -Caltanissetta	Comune

Il modello dell'Alzheimer Cafè, come è stato ben presentato nelle esperienze analizzate, e realizzate in contesti territoriali differenti, presenta alcune caratteristiche peculiari che ne fanno un servizio prezioso, proprio perché si fa carico di una delle patologie più invalidanti che possono colpire l'anziano. L'idea semplice, ma assolutamente centrata, è di offrire uno spazio pubblico in cui familiari e malati possano passare qualche ora all'esterno della casa, che in molti casi rischia di diventare una prigione. Qui la rete che si attiva è quella tra beneficiari, familiari e anziani, che possono trovare un contesto di accoglienza e ri-conoscimento del prezioso lavoro di cura che stanno svolgendo.

Un'altra esperienza da segnalare è quella relativa al Progetto Anziani in affidò del Comune di Castelvetrano che opera con reti di famiglie risorsa, sia affidatarie che di sostegno, creando l'occasione per recuperare da parte di entrambi i tipi di famiglie il senso di autoefficacia e di legame con la comunità e di superare lo stato di disagio economico volgendolo in esperienza di maturazione e di crescita.

Un elemento che accomuna tutti questi casi è la tensione a fare rete, sia nello sforzo progettuale, sia nel momento della realizzazione degli interventi.

Da ultimo, il servizio di mediazione intergenerazionale, si propone come un intervento di tipo professionale che include nella stessa azione una attenzione specifica alle famiglie e un loro coinvolgimento diretto per la realizzazione stessa dell'intervento. In questo caso il soggetto proponente è un'amministrazione pubblica che però realizza l'azione solo a condizione di ottenere un'alleanza esplicita con i beneficiari stessi che diventano ad un tempo fruitori ed attori del processo di supporto e di aiuto. Inoltre in questi casi i beneficiari espliciti sono le famiglie e non solamente gli anziani.

## 17.5. PROMUOVERE LA RIFLESSIVITÀ FAMILIARE

In sintesi, a partire dalle analisi effettuate, è possibile provare a differenziare i progetti in base al loro grado di familiarizzazione, cioè come si collocano rispetto alla capacità/consapevolezza di promuovere la riflessività familiare, intesa nel suo grado massimo, come capacità di promuovere nelle famiglie un maggior competenza nell'agire la transizione, producendo un maggior bene relazionale. Nella Tabella 17-5 è possibile distinguere i differenti progetti sulla base di un esplicito orientamento relazionale.

Al livello minimo si collocano quei progetti che si pongono come obiettivo esplicito di aiutare l'anziano, tenendo in considerazione le sue reti. L'azione è finalizzata in genere a prevenire l'isolamento e la solitudine dell'anziano attraverso interventi di professionisti e volontari che attivano iniziative e risposte puntuali a bisogni immediati e di socializzazione. A livello intermedio si collocano i servizi che coinvolgono direttamente i familiari e con loro costruiscono progettazioni puntuali. Si tratta di azioni di diversa natura che però hanno la specificità di sostenere i *caregiver* naturali. Pertanto i beneficiari dell'intervento non sono solamente gli anziani, ma anche coloro che di essi si occupano. L'idea è quindi quella di prevenire il *burn-out*, o l'insorgere di patologie sociali, proprio in coloro che sono mobilitati in una funzione di care.

Il livello massimo di familiarizzazione, l'abbiamo ritrovato in due progetti che, seppure in diversa misura, partono proprio dalla dinamica familiare, cioè in qualche misura da quello che abbiamo indicato come la *we-relation* e con questa costruiscono l'azione di supporto. In questo modo sia nella mediazione intergenerazionale, sia nell'affido, l'intervento può essere considerato un intervento relazionale. Si tratta cioè di un intervento che sostiene la transizione evitando che la forme familiari ristagnino o decadano in modalità fratturate o bloccate.

L'intervento di mediazione, così seppure in misura differente quello dell'affido anziani, sostiene la famiglia e consente di includere nel proprio *modus vivendi* un certo grado di riflessività. L'esito di questa azione e la conferma che ci si sta muovendo in senso relazionale è che sono coinvolti tutti o quasi tutti i membri della famiglia e che le persone comprendono di trarre beneficio dall'azione non solamente in funzione del bisogno dell'anziano, ma proprio in quanto *noi* familiare.

Tabella 17-5 Livello di familiarizzazione dei servizi

Livello	Tipologia di servizio	Centratura su	Pratica
Livello minimo	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Servizio di custodia sociale - Milano</li> <li>- Progetto Fili d'Argento - Caltanissetta</li> </ul>	Attenzione alle reti	Contrasta l'isolamento e la solitudine dell'anziano con un'attenzione generica alle relazioni primarie.
Livello medio	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Care giver - Liguria</li> <li>- Sportello di assistenza familiare - Cinisello Balsamo</li> <li>- Le panchine nel parco - Cornigliano Genova</li> <li>- Alzheimer café ... Per non essere più soli - Bergamo</li> <li>- Alzheimer café Fondazione Manuli - Milano</li> </ul>	Enfasi sulla partecipazione dei beneficiari e loro coinvolgimento attivo	Si focalizza sulle relazioni familiari e co-progettano interventi specifici per l'anziano.
Livello max	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Servizio di mediazione intergenerazionale - Ragusa</li> <li>- Servizio anziani in affido - Castelvetro</li> </ul>	Accompagnano alla costruzione del noi, alla definizione di un comune progetto di vita	Vedono la transizione familiare come occasione per attivare la riflessività familiare.

In sintesi, i casi considerati, nella presente ricerca, documentano l'esperienza in atto di una sinergia tra gli attori di *welfare*. Siamo in presenza di forme sperimentali di sussidiarietà che, a partire dalla risposta ai bisogni, individuano le risorse più prossime alle persone, valorizzando le disponibilità presenti nelle comunità di vita delle famiglie. In altri termini, la dimensione universalistica, propria degli enti istituzionali a livello locale, si coniuga con la forte spinta relazionale di tipo solidale che proviene dalle organizzazioni di volontariato; l'attenzione a controllare la spesa e a ridurre i costi di gestione, in un momento di contrazione delle risorse, appare come un elemento trasversale alle pratiche analizzate; ciò nondimeno la tendenza ad elevare la professionalità degli operatori è costante e favorita dall'introduzione di pratiche di auto-mutuo aiuto che chiama in causa i familiari come *supervisor*, seppur *sui generis*; inoltre la possibilità di potenziare le risorse disponibili, all'interno della comunità, in termini di denaro e di strutture, è incrementata dalla molteplicità dei soggetti implicati.

Ciò che resta come nodo critico è che tutte le esperienze analizzate (seppure con gradi differenti) denunciavano una sorta di precarietà, di difficoltà a stabilizzarsi nei territori, paiono spesso essere nelle menti e nei cuori di pochi responsabili, sempre esposte alla possibilità che una contrazione di risorse, un cambio di amministrazione, possano spazzare via un'esperienza giudicata positiva, ma che fatica a diventare un patrimonio consolidato della comunità.

## BIBLIOGRAFIA

- Agree E. M., Bissett B., Rendall M. S. (2003), *Simultaneous care for parents and care for children among mid-life British women*, «Population Trends», 112, pp. 27-34.
- Albertini M., Kohli M., Vogel C. (2007), *Intergenerational transfers of time and money in European families: Common patterns — different regimes?*, «Journal of European Social Policy», 17, pp. 319-34.
- Ambrosini M., Cominelli C. (2004), *Un'assistenza senza confini. Welfare "leggero", famiglie in affanno, aiutanti domiciliari immigrate*, Osservatorio Regionale per l'integrazione e la multietnicità - Rapporto 2004, Milano, Fondazione ISMU.
- Archer M. S. (2009), *Riflessività umana e percorsi di vita. Come la soggettività umana influenza la mobilità sociale*, Erikson, Trento (ed.or. 2007).
- ASSR (Agenzia per i Servizi Sanitari Regionali) (2004), *Monitoraggio dei costi dei LEA socio-sanitari per gli anziani*, progetto "Finanziare il long-term care: strumenti, previsioni, esperienze", ex art 12 legge 229/99, finanziato da Ministero Salute e Regione Lombardia, paper non pubblicato.
- ASSR (Agenzia per i Servizi Sanitari Regionali) (2003), *Prestazioni, modalità di finanziamento e modelli organizzativi possibili*, in Monitor 4, Anno II, marzo-aprile.
- Attias-Donfout C., Segalen M. (2007), *Grands-Parents. La famille à travers les générations*, Paris, Odile Jacob.
- Attias-Donfut C., Lapierre N., Segalen M. (2002), *Le Nouvel Esprit de famille*, Paris, Odile Jacob.
- Attias-Donfut C., Ogg J., Wolff F.-C. (2005b), *Family support*, in Börsch-Supan A. et al., a cura di, *Health, ageing and retirement in Europe. First results from the Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe*, [www.share-project.org](http://www.share-project.org).
- Attias-Donfut C., Ogg J., Wolff F.-C. (2005a), *European patterns of intergenerational financial and time transfers*, «European Journal of Ageing», 2, pp. 161-73.
- Attias-Donfut C., Ogg J., Wolff F.-C. (2005c), *Financial transfers*, in Börsch-Supan A. et al., a cura di, *Health, ageing and retirement in Europe. First results from the Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe*, [www.share-project.org](http://www.share-project.org).
- Beneken D.M. (2007), *Family care and care responsibility: the art of meeting each other*, Eburon Uitgeverij B.V.
- Bengtson V. L., (2001), *Beyond the nuclear family: The increasing importance of multigenerational bonds*, «Journal of Marriage and Family», 63, pp. 1-16.
- Billari F. C. (2004), *Becoming an adult in Europe: A macro (/micro)-demographic perspective*, «Demographic Research», Special Collection, 3, 16-44.
- Blangiardo G. C. (2005), *L'immigrazione straniera in Lombardia. Rapporto 2005*, Milano, Fondazione Ismu
- Blangiardo G.C., Rimoldi S. (2006), *Morfogenesi della famiglia italiana: la prospettiva socio-demografica*, in E. Scabini, Rossi G., *Le parole della famiglia*, Milano, Vita e Pensiero, pp. 77-100.
- Blome A., Keck W., Alber J. (2009), *Family and the Welfare State in Europe. Inter-Generational Relations in Ageing Societies*, Cheltenham, Edward Elgar.

- Bovenberg L., Van Soest A.H.O., Zaidi A. (2010), *Ageing, Health and Pensions in Europe. An Economic and Social Policy Perspective*, Palgrave Macmillan, UK.
- Camera del Lavoro di Milano (a cura di) (2006), *Donne immigrate e lavoro di cura. Un nuovo welfare locale per i diritti delle lavoratrici e per i bisogni delle famiglie*, Milano, Bine Editore.
- Caputo R. (ed.) (2005), *Challenges of aging on U.S. families: policy and practice implications*, London, Routledge.
- Caro F.G. (ed.) (2006), *Family and aging policy*, London, Routledge.
- Carrà E., *I nuovi nonni* (2001), in Osservatorio Nazionale sulla Famiglia, *Famiglia, mutamenti e politiche sociali*, Bologna, Il Mulino.
- Castegnaro A. (2002), *La rivoluzione occulta nell'assistenza agli anziani: le aiutanti domiciliari*, in Studi Zancan n. 2.
- CENSIS (2003), *Tendenze generali e recenti dinamiche dell'economia sommersa in Italia fra il 1998 e il 2002*.
- CENSIS (2002), *Le reti spontanee: familiari, amicali, del dono, dei servizi privati di supporto*.
- Chambers P. Allan, G. Phillipson, C., Ray, M. (2009), *Family Practices and Later Life: a life course perspective*, Bristol, Policy Press.
- Cigoli V. (1992), *Il corpo familiare*, Milano, FrancoAngeli.
- Cigoli V., Scabini E. (2006), *Relazione familiare: la prospettiva psicologica*, in Scabini E., Rossi G., a cura di, *Le parole della famiglia*, Studi interdisciplinari sulla famiglia, 21, Milano, Vita e Pensiero, pp. 13-47.
- Cohen L. M et al. (1993), *Justice across Generations: What Does It Mean?*, Public Policy Institute American Association of Retired Persons, Washington DC.
- Coleman P., Bond J. (1990), *Ageing in the twentieth century*, in J. Bond, P. Coleman (eds) (1990), *Ageing in society*, London, Sage.
- Collins J. (1989), *Survey of a geriatric day hospital*, unpublished M.Sc. thesis (Manchester, University of Manchester).
- Colombo A. (2003), *Razza, genere, classe. Le tre dimensioni del lavoro domestico in Italia*, in "Polis", n. 2, agosto.
- Colombo A., Sciortino G. (2005), *Sistemi migratori e lavoro domestico in Lombardia*, Ires Lombardia.
- Connidis I. A. (2010), *Family ties and aging* (second edition), London, Sage.
- Copen C. E. (2006), *Welfare Reform: challenges for Grandparents raising Grandchildren*, in F.G. Caro (ed.) (2006), *Family and aging policy*, London, Routledge.
- Daatland S.O., (1992), *The public-private mix: The roles of families and the public care system in the welfare state*, «European Journal of Gerontology», 1, 3, pp. 170-183.
- Daatland S.O., Herlofson K. (2003), *"Lost solidarity" or "changed solidarity": A comparative European view of normative solidarity*, «Ageing & Society», 23, pp. 537-560.
- Da Roit B., Castegnaro C. (2004), *Chi cura gli anziani non autosufficienti? Famiglia, assistenza privata e rete dei servizi per anziani in Emilia-Romagna*, Milano, Franco Angeli.
- Da Roit B., Facchini C. (2010), *Anziani e badanti. Le differenti condizioni di chi è accudito e di chi accudisce*, Milano, FrancoAngeli.

- De Jouvenal H. (1988), *EuropÈs ageing population*, Paris, Guildford.
- Donati P. (2003), *Sociologia delle politiche familiari*, Roma, Carocci.
- Donati P. (a cura di) (1991), *L'equità tra la generazioni: un nuovo confronto sulla qualità familiare. Secondo rapporto Cisf sulla famiglia in Italia*, Cinisello Balsamo (MI), Ed. S. Paolo.
- Donati P. (2010), *Tutela dei minori e nuove transizioni familiari*, relazione al 3° Convegno Internazionale sulla Qualità del Welfare – Riva del Garda.
- Dykstra P. A. (1997), *The effects of divorce on intergenerational exchanges in families*, *The Netherlands' Journal of Social Sciences*, 33, pp. 77-93.
- Dykstra P. A., Hagestad G. O. (2007), *Roads less taken; developing a nuanced view of older adults without children*, *Journal of Family Issues*, 28, pp. 1275-1310.
- Dykstra P. A., Komter A. E. (2006), *Structural characteristics of Dutch kin networks*, in P. A. Dykstra, M. Kalmijn, T. C. M. Knijn, A. E. Komter, A. C. Liefbroer C. H. Mulder (eds.), *Family solidarity in the Netherlands*, Amsterdam: Dutch University Press, pp. 21-42.
- Dykstra P.A. (2010), *Intergenerational family relationships in ageing societies*, United Nations Economic Commission For Europe, Geneva, Switzerland.
- European Commission (2005), *Green paper "Confronting demographic change: a new solidarity between the generations"*. Testo disponibile al sito [http://europa.eu.int/eurlex/lex/LexUriServ/site/it/com/2005/com2005\\_0094it01.pdf](http://europa.eu.int/eurlex/lex/LexUriServ/site/it/com/2005/com2005_0094it01.pdf)
- European Commission (2008), *Family life and the needs of an ageing population*, Flash EB No 247 – Family policy, Conducted by The Gallup Organization, Hungary upon the request of the Directorate General for Employment, Social Affairs and Equal Opportunities.
- Eurostat EU (2010), *Europe in figures - Eurostat yearbook 2010*, Belgium. Disponibile online al sito [http://epp.eurostat.ec.europa.eu/cache/ITY\\_OFFPUB/KS-CD-10-220/EN/KS-CD-10-220-EN.PDF](http://epp.eurostat.ec.europa.eu/cache/ITY_OFFPUB/KS-CD-10-220/EN/KS-CD-10-220-EN.PDF)
- Evers A., Olk T. (1991), *The mix of care provisions for the frail elderly in the Federal Republic of Germany*, in A. Evers, I., Svetlik (eds), *New welfare mixes in care for the elderly* (vol. 3), Vienna, European Centre for Social Welfare Policy and Research.
- Facchini C. et al (2002), *Anziani. Tra bisogni in evoluzione e risposte innovative*, Milano, FrancoAngeli.
- Farina P. (2005), *Stranieri e anziani: un profilo sintetico della popolazione che si prende cura degli anziani in Lombardia*, in "I luoghi della cura", anno III, numero 2, pp. 19-2.
- Ferland F. (2009), *Essere nonni oggi e domani. Piaceri e trabocchetti*, Cinisello Balsamo (MI), Edizioni San Paolo.
- Finch J., Mason J. (1990), *Filial obligations and kin support for elderly people*, «Ageing and Society», 10, pp. 151-175.
- Finley N. J., Roberts M. D., Banahan B. F. (1988), *Motivators and inhibitors of attitudes of filial obligation toward aging parents*, «The Gerontologist», 28, pp. 73-78.
- Fokkema T., ter Bekke S., Dykstra P.A. (2008), *Solidarity between parents and their adult children in Europe*. NIDI report nr. 76, Amsterdam, KNAW Press.
- Folgheraiter F. (1998), *Teoria e metodologia del servizio sociale: la prospettiva di rete*, Milano, Franco Angeli.
- Fondazione Andolfi , ISMU (2003), *Il lavoro dipendente dei cittadini extracomunitari: occupazioni e retribuzioni in Italia e in Lombardia*, Rapporto di ricerca.

- Gans D., Silverstein M. (2006), *Norms of filial responsibility for aging parents across time and generations*, «Journal of Marriage and Family», 68, pp. 961-976.
- Giarrusso R., Silverstein M. et al. (1996), *Family complexity and the grandparent role*, «Generations», 20, 1, pp. 17-23.
- Gori C. (a cura di) (2002), *Il welfare nascosto*, Roma, Carocci.
- Grant J., Hoorens S., Sivadasan S., van het Loo M., DaVanzo J., Hale L., Gibson S., Butz W. (2004), *Low Fertility and Population Ageing Causes, Consequences, and Policy Options*, RAND Corporation for EU Commission. Testo disponibile online al sito [http://www.rand.org/pubs/monographs/2004/RAND\\_MG206.pdf](http://www.rand.org/pubs/monographs/2004/RAND_MG206.pdf)
- Haberkern K., Szydlik M. (2010), *State care provision, societal opinion and children's care of older parents in 11 European countries*, «Ageing & Society», 30, pp. 299-323.
- Hank K. (2007), *Proximity and contacts between older parents and their children: A European comparison*, «Journal of Marriage and Family», 69, pp. 157-173.
- Harper S. (ed) (2004), *Families in ageing societies. A multidisciplinary approach*, Oxford University Press, UK.
- Hoffmann F., Rodrigues R. (2010), *Informal Carers: Who Takes Care of Them?* European Centre Policy Brief Series, April.
- Höhn C. (2000), *Policy responses to population ageing and population decline in Germany*, expert group meeting on policy responses to population ageing and population decline. United Nations Department of Economic and Social Affairs, Population Division, New York: United Nations, pp. 1-15.
- Hugman R. (1994), *Ageing and the care of older people in Europe*, Basingstoke London: Macmillan: New York: St. Martin's Press.
- Istat (2006), *Parentela e reti di solidarietà. Indagine multiscopo sulle famiglie "Famiglia e soggetti sociali" Anno 2003*, Informazioni n. 26, Roma.
- Istat (2006), *Previsioni demografiche nazionali*, Roma.
- Istat (2010), *Dossier Famiglia in cifre*, Dipartimento delle politiche per la famiglia, Conferenza nazionale della famiglia, 8-10 novembre 2010.
- Istat (2010), *Rapporto annuale. La situazione del Paese nel 2009*, Roma.
- Izuhara M. (2010), *Ageing and intergenerational relations*, Bristol, UK, The Policy Press University of Bristol.
- Jamieson A. (1991), *Home-care in Europe: backgrounds and aims*, in Jamieson A. (ed), *Home-care for older people in Europe: a comparison of policies and practices*, Oxford: Oxford University Press.
- Johansson L., Sundstrom G. (2006), *Policies and practices in support of family caregivers. Filial obligations redefined in Sweden*, in Caro F.G. (ed.) (2006), *Family and aging policy*, London, Routledge.
- Johnson P., Falkingham F. (1992), *Ageing and economic welfare*, London, Sage.
- Kalmijn M. (2007), *Gender differences in the effects of divorce, widowhood and remarriage on intergenerational support: Does marriage protect fathers?* Social Forces, 85, pp. 1079-1104.

- Kaufmann G., Uhlenberg P. (1998), *Effects of life course transitions on the quality of relationships between adult children and their parents*, «Journal of Marriage and the Family», 60, pp. 924-938.
- Kim I.K. (2000), *Policy responses to low fertility and population ageing in Korea*, expert group meeting on policy responses to population ageing and population decline, United Nations Department of Economic and Social Affairs, Population Division, New York: United Nations, pp. 1-15.
- Klein Ikkink K., Van Tilburg T. G., Knipscheer K. C. P. M. (1999), *Perceived instrumental support exchanges in relationships between elderly parents and their adult children: Normative and structural explanations*, «Journal of Marriage and the Family», 61, pp. 831-844.
- Kohli M., Künemund H., Lüdicke J. (2005), *Family structure, proximity and contact*, in Börsch-Supan A. et al., a cura di, *Health, ageing and retirement in Europe. First results from the Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe*, www.share-project.org, p. 164.
- Kohli M., Künemund H., Motel A., Szydlik M. (2000), *Families apart? Intergenerational transfers in East and West Germany*, in S. Arber, Attias-Donfut C. (Eds.), *The myth of generational conflict: The family and the state in ageing societies*, London, Routledge, pp. 88-99.
- Lafortune G., Balestat G. et al. (2007), *Trends in Severe Disability Among Elderly People: Assessing the Evidence in 12 OECD Countries and the Future Implications*, OECD Health Working Papers, No. 26.
- Laville J.L., Nyssens M. (1996), *Les services de proximité: un enjeu de société*, «Wallonie», vol. 48, pp. 13 - 22.
- Leamy M., Miller V., Bright L., Clough R. (2004), *Housing Decisions in Later Life*, Palgrave Macmillan.
- Lee G. R., Netzer J. K., Coward R. T. (1994), *Filial responsibility expectations and patterns of intergenerational assistance*, «Journal of Marriage and the Family», 56, pp. 559-565.
- Leichsenring K. (2009), *Le tendenze politiche socio-sanitarie nei Paesi europei*, in Giovanni Bertin (a cura di), *Invecchiamento e politiche per la non autosufficienza*, Gardolo (Trento), Erickson, pp. 191-218.
- Leira A. (2002), *Working parents and the welfare state: Family change and policy reform in Scandinavia*, New York, Cambridge University Press.
- Lin I.-F. (2008), *Consequences of parental divorce for adult children's support of their frail parents*, «Journal of Marriage and Family», 70, pp. 113-128.
- Lowenstein A., Daatland S. O. (2006), *Filial norms and family support in a comparative cross-national context; Evidence from the OASIS study*, «Ageing and Society», 26, pp. 203-223.
- Lui C., Everingham J., Warburton J., Cuthill M., Bartlett H. (2009), *What Makes a Community Age-Friendly: A Review of International Literature*, «Australasian Journal on Ageing», 28:3, pp.116-121.
- Matthews S., Sun R. (2006), *Incidence of four-generation family lineages: Is timing of fertility or mortality a better explanation?*, «The Journals of Gerontology: Social Sciences», 61B, pp. S99-S106.
- Mesini D., Pasquinelli S., Rusmini G., (2006), *Il lavoro privato di cura in Lombardia caratteristiche e tendenze in materia di qualificazione e regolarizzazione*, dossier di ricerca Qualificare, Irs.
- Minev D., Dermendjeva B., Mileva N. (1990), *The Bulgaria country profile: the dynamics of some inequalities in health*, «Social Science and Medicine», 31(8), pp. 837-846.



- Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali (2010), *Rapporto sulla non autosufficienza in Italia*.
- Mooney A., Statham J., Simon A. (2002), *The pivot generation: Informal care and work after 50*, London, Policy Press.
- Motel-Klingebiel A., Tesch-Roemer C., Von Kondratowitz H. J. (2005), *Welfare states do not crowd out the family: Evidence for mixed responsibility from comparative analyses*, «Ageing & Society», 25, pp. 863-82.
- N.N.A. (a cura di), *L'assistenza agli anziani non autosufficienti in Italia - Il Rapporto*, Rapporto promosso dall'IRCCS - INRCA per il Network nazionale per l'invecchiamento, Maggioli Editore.
- OECD (2005), *Long term care for older people*, OECD, Paris.
- Pasquinelli S., Rusmini G., (2008), *Badanti: la nuova generazione: caratteristiche e tendenze del lavoro privato di cura*, dossier di ricerca Qualificare, Irs.
- Pitaud P., Vercauteren R., con Dherby B. (1991), *France*, in A. Evers, I., Svetlik (eds), *New welfare mixes in care for the elderly* (vol. 3), Vienna, European Centre for Social Welfare Policy and Research.
- Porter E.J. (2004), *Older Persons' Expectations and Satisfaction with Home Care: Theoretical Origins and Uncharted Realms*, « Research in the Sociology of Health Care », 22, pp. 101-119.
- Pruchno R.A. (1999), *Raising grandchildren: The experience of black and white grandmothers*, «The Gerontologist», 39, pp. 209-221.
- Reitzes-Mutran (2004), *Grandparent identity, intergenerational family identity and well being*, «Journal of Gerontology», 59, 4, pp. 213-219.
- Ricardo-Cambell R. (1986), *US social security under low fertility*, «Population and Development Review», 12, 1986, pp. 296-312.
- Robolis S. (1993), *A view from the South: reforms in Greece*, «Journal of European Social Policy», 3 (1), pp. 56-59.
- Rosenthal C. J., Martin-Matthews A., Matthews S. H. (1996), *Caught in the middle? Occupancy in multiple roles and help to parents in a national probability sample of Canadian adults*, «Journal of Gerontology: Social Sciences», 51(B), pp. S274-S283.
- Rossi G., Bramanti D. (2006), *Anziani non autosufficienti e servizi family friendly*, FrancoAngeli, Milano.
- Rossi G., Meda S. (2010), *La cura agli anziani, la cura degli anziani*, «Sociologia del Lavoro», 119.
- Rossi G., Bramanti D., Meda S. (2007), *Sostenere gli anziani e le loro famiglie è possibile: alcuni esempi emblematici*, in Donati P. (a cura di), *Famiglie e bisogni sociali: la frontiera delle buone prassi*, Milano, FrancoAngeli.
- Rostgaard T., Fridberg T. (1998), *Caring for children and older people: a comparison of European policies and practices*, Danish National Institute of Social Research.
- Rapporto sulla non autosufficienza in Italia 2010-Ministero del Lavoro e delle politiche sociali.
- Ruddick W. (1994), *Transforming Homes and Hospitals*, Hastings Centre Report; 24(5), S11-S14.
- Samaroo B. (1995), *Comfort levels with the dying*, « Can. Nurse », 91(8), pp. 53-57.
- Saraceno C., (ed) (2008), *Families, Ageing and Social Policy*, Cheltenham, Edward Elgar.

- Saraceno, C. (2008), *Patterns of family living in the enlarged EU*, in J. Alber, T. Fahey, C. Saraceno (Eds), *Handbook of quality of life in the enlarged European Union*, Oxford: Routledge, pp. 47-72.
- Saraceno C. (2010), *Social inequalities in facing old-age dependency: a bi-generational perspective*, «Journal of European Social Policy», 20, pp. 32-44.
- Scabini E. (1994), *Affrontare l'ultima transizione: relazioni familiari alla prova*, in Scabini E., Donati P., a cura di, *Tempo e transizione familiari*, Studi interdisciplinari sulla famiglia, 13, Milano, Vita e Pensiero.
- Scabini E. (1995), *Psicologia sociale della famiglia*, Torino, Bollati Boringhieri.
- Scabini E., Rossi G., a cura di, (2003), *Rigenerare i legami: la mediazione nelle relazioni familiari e comunitarie*, «Studi Interdisciplinari sulla Famiglia» n° 20, Vita e Pensiero, Milano.
- Soldo B. J., Hill M. S. (1993), *Intergenerational transfers: Economic, demographic, and social perspectives*, in G. L. Maddox, M. Powell Lawton (Eds.), *Annual Review of Gerontology and Geriatrics Vol. 13: Focus on Kinship, Aging, and Social Change*, New York: Springer, pp. 187-216.
- Stein C. H., Wemmerus V. A., Ward M., Gaines M. E., Freeberg A. L., Jewell T. (1998), *"Because they're my parents": Felt obligation and parental caregiving by children in early and middle adulthood*, «Journal of Marriage and the Family», 60, pp. 611-622.
- Tamanza G. (2001), *Anziani. Rappresentazioni e transizioni dell'ultima età della vita*, Milano, FrancoAngeli.
- Teitelbaum M.S. (2000), *Long-range demographic projection and their implications for the United States*, expert group meeting on policy responses to population ageing and population decline. United Nations, Department of Economic and Social Affairs, Population Division, New York: United Nations, pp. 1-15.
- Teperoglou A., Kinia E., Papakosta M., Tzortzopoulou M. (1990), *Evaluation of the contribution of open care centres for the elderly*, Athens, National Centre of Social Research.
- Thorpe K.E., Howard D.H. (2006), *The Rise In Spending Among Medicare Beneficiaries: The Role Of Chronic Disease Prevalence And Changes In Treatment Intensity*, *Health Affairs*, 25, no. 5 (2006): w378-w388.
- Tomassini C., Glaser K., Wolf D., Broese van Groenou M., Grundy E. (2004a), *Living arrangements among older people: An overview of trends in Europe and the USA*, «Population Trends», 115, pp. 24-34.
- Van Bavel J., Dykstra P. A., Wijckmans B., Liefbroer A. C. (2010), *Demographic change and family obligations*, Multilinks deliverable 4.2. [http://www.multilinks-project.eu/uploads/papers/0000/0022/Van\\_Bavel\\_Dykstra\\_Wijckmans\\_Liefbroer\\_-\\_Multilinks\\_Deliverable\\_4\\_2.pdf](http://www.multilinks-project.eu/uploads/papers/0000/0022/Van_Bavel_Dykstra_Wijckmans_Liefbroer_-_Multilinks_Deliverable_4_2.pdf).
- Vegetti Finzi S. (2008), *Nuovi nonni per nuovi nipoti. La gioia di un incontro*, Milano, Mondadori.
- Viitanen T.K. (2007), *Informal and Formal Care in Europe*, Discussion Paper Series, Institute for the Study of Labor, IZA DP No. 2648, Bonn, Germany, February 2007.
- Walker A., Naeyele G. (1999), *The politics of old age in Europe*, Open University Press, UK.
- Walker A., Naeyele G. (2009), *Social policy in ageing societies: Britain and Germany compared*, Palgrave Macmillan, UK.

Watkins S. C., Menken J., Bongaarts J. (1987), *Demographic foundations of family change*, «American Sociological Review», 52, pp. 346-358.

Fonti Dati Istat

- **FSS03:** Indagine Multiscopo Famiglia e Soggetti sociali. Anno 2003.
- **AVQ08:** Indagine Multiscopo Aspetti della Vita Quotidiana. Anno 2008.
- **CDS05:** Indagine Multiscopo Condizione di Salute e Ricorso ai Servizi Sanitari. Anno 2005.
- **EUSILC08:** Indagine sulle Condizioni di vita. Anno 2008.