POLITECNICO
MILANO 1863

DIPARTIMENTO DI ARCHITETTURA
E STUDI URBANI

LPS – Laboratorio di Politiche Sociali

Invecchiare a casa propria

Servizi e pratiche innovative per l'ageing in place

Antonella Sarlo (Università Mediterranea di Reggio Calabria)
Giuliana Costa (Politecnico di Milano)
Sabrina Quattrini (INRCA-IRCCS di Ancona)

in AGE
ABITARE L'ETÀ FRAGILE

DAStU
Working Papers
n. 2/2021 (LPS.16)
ISSN 2281-6283

Abstract

Questo volume presenta i risultati di una ricerca sulle esperienze – progetti, programmi, politiche – a sostegno dell'*ageing in place*. Obiettivo della rassegna è identificare, attraverso un'analisi strutturata delle esperienze analizzate, i fattori che determinano l'efficacia e la potenziale replicabilità delle pratiche, per meglio calibrare futuri interventi di *policy* a sostegno di un invecchiamento di qualità nel proprio contesto di vita.
Il volume presenta un *Repertorio* di 85 pratiche, sinteticamente descritte, che restituiscono una mappa 'a macchia di leopardo' del variegato universo di progettualità sull'*ageing in place* attualmente in atto in Italia e in Europa. Tra queste, 30 sono state selezionate per le loro caratteristiche innovative e sono state esaminate in profondità. Vengono qui presentate nella forma di casi studio individuali, metodologicamente strutturati in modo da renderli confrontabili. Sulla base dei fattori di successo (e insuccesso), degli elementi di riproducibilità e del potenziale up-scaling, vengono identificati alcuni nodi critici e vengono suggerite alcune prime linee di azione per rendere più efficaci le iniziative a sostegno dell'*ageing in place*.

Parole chiave

Ageing in place; qualità della vita; innovazione sociale; age-friendly homes and cities; servizi innovativi; digital divide; mobilità; socialità; built environment.

Breve biografia degli autori

Antonella Sarlo *è Professore Associato in Urbanistica presso il Dipartimento di Architettura e Territorio – dArTe dell'Università Mediterranea di Reggio Calabria. Si occupa di analisi e progettazione dei sistemi urbani e territoriali, ponendo particolare attenzione ai processi di rigenerazione urbana e di coesione sociale e territoriale. Uno sguardo attento viene posto agli strumenti contemporanei come i programmi integrati di sviluppo locale, la pianificazione strategica e i piani strutturali urbanistici.*
e-mail: asarlo@unirc.it
Giuliana Costa *è Professore Associato in Sociologia al Politecnico di Milano. I suoi principali campi di interesse nella ricerca sono connessi alle politiche di welfare locale, allo sviluppo di politiche su long-term care e a progetti e programmi di welfare residenziale. Attualmente si occupa di modelli di coabitazione all'interno delle politiche sociali. Collabora a diversi progetti di ricerca finanziati dall'Unione Europea, il Governo Italiano e altri enti di ricerca.*
e-mail: giuliana.costa@polimi.it
Sabrina Quattrini *è laureata in Economia. Collabora come ricercatrice sociale presso l'INRCA-IRCCS di Ancona (Centro Ricerche-Economico Sociali) per l'Invecchiamento in progetti – a livello locale, nazionale o internazionale – riguardanti i seguenti temi: long-term care, caregiving informale-familiare, persone anziane, prevenzione di abusi e abbandono in età anziana, eHealth per la multimorbidità, ageing in place, promozione dell'invecchiamento attivo, e conseguenze del Covid-19 sui caregiver informali di persone non autosufficienti e sui caregiver di anziani con demenza.*
e-mail: S.Quattrini@inrca.it

LPS – Laboratorio di Politiche Sociali
http://www.lps.polimi.it/

Come citare questo working paper:
Sarlo, A., Costa, G., Quattrini, S. (2021) *Politiche e pratiche innovative a supporto dell'ageing in place*, in DAStU Working Paper Series, n. 2/2021 (LPS.16).

SOMMARIO

INTRODUZIONE.....5
di Antonella Sarlo

PARTE PRIMA
Politiche e pratiche innovative per invecchiare nella propria casa: 30 casi studio in Italia e in Europa.....10
di Giuliana Costa e Antonella Sarlo

1. Il Repertorio: pratiche innovative per l'ageing in place.....11
di Antonella Sarlo

2. I 30 casi studio.....14
di Antonella Sarlo

3. Alcuni temi emergenti/di riflessione.....18
di Giuliana Costa

PARTE SECONDA
I casi studio.....20
di Giuliana Costa, Sabrina Quattrini e Antonella Sarlo

1. Invecchiare nella propria casa: pratiche innovative che riguardano la vita in casa degli anziani.....21
di Giuliana Costa, Sabrina Quattrini e Antonella Sarlo

1.1. Servizi innovativi a domicilio.....21

Guida alla lettura.....21
di Giuliana Costa

Gli otto casi studio.....25

1. Veniamo a trovarvi, *Antonella Sarlo*.....26
2. Pony della solidarietà, *Antonella Sarlo*.....36
3. Un quartiere…in Comune, *Sabrina Quattrini*.....48
4. Buurtzorg, *Giuliana Costa*.....54
5. La vecchiaia che vorrei, *Giuliana Costa*.....66
6. Coabitazioni solidali, *Giuliana Costa*.....78
7. Invecchiando si impara a vivere, *Luigi Nava*.....91
8. La cura è di casa, *Luigi Nava*.....103

1.2. Nuove tecnologie e domotica nell'abitazione **114**

Guida alla lettura **114**
di Sabrina Quattrini

I sei casi studio **118**

9. Progetto domotico Trentino, *Antonella Sarlo* 119

10. ECARE, *Sabrina Quattrini* 133

11. Abitare Sicuri, *Sabrina Quattrini* 143

12. SCAMBIO, *Sabrina Quattrini* 156

13. SmartyourHome, *Sabrina Quattrini* 166

14. WelComTech, *Luigi Nava* 179

1.3 Adattamento degli alloggi e accessibilità degli edifici **189**

Guida alla lettura **188**
di Antonella Sarlo

Il caso studio **189**

15. Rete CAAD Regione Emilia Romagna, *Antonella Sarlo* 190

2. Invecchiare nella propria casa: pratiche innovative che riguardano la vita fuori casa degli anziani **208**
di Antonella Sarlo, Sabrina Quattrini e Giuliana Costa

2.1. Servizi innovativi per facilitare la socializzazione **208**

Guida alla lettura **208**
di Antonella Sarlo

I quattro casi studio **210**

16. La finestra sul cortile, *Sabrina Quattrini* 211

17. Community Navigators, *Sabrina Quattrini* 224

18. The Chatty Café Scheme, *Giuliana Costa* 234

19. Mais proximidade, melhor vida, *Giuliana Costa* 241

2.2. Servizi innovativi per la mobilità e progetti urbani *age-friendly* **253**

Guida alla lettura **253**
di Antonella Sarlo

Gli otto casi studio **257**

20. Progetto Giuseppina, *Sabrina Quattrini* 258

21. Anziani in rete, *Sabrina Quattrini* 269

22. STACCO, *Sabrina Quattrini* 277

23. Spazi Pubblici a Misura di Anziano – SPMA, *Antonella Sarlo* 288

24. Age-friendly Leeds, *Antonella Sarlo* 300

25. DIVAA – DIjon Ville-Amie des Aînés, *Antonella Sarlo* 313

26. Euskadi Lagunkoia, *Antonella Sarlo* 322

27. CITabilitY, *Francesco Bagnato*.....333

3. Politiche e azioni innovative 'di sistema': regia, informazione, formazione.....342
di Giuliana Costa e Antonella Sarlo

***Guida alla lettura*.....342**
di Giuliana Costa

***I tre casi studio*.....344**

28. Viva gli anziani, *Luigi Nava*.....345

29. Promozione dell'invecchiamento attivo in Friuli-Venezia Giulia, *Antonella Sarlo*.....355

30. MONALISA, *Giuliana Costa*.....370

APPENDICE
Il Repertorio: 85 pratiche innovative per l'ageing in place.....384
di Antonella Sarlo, Giuliana Costa e Sabrina Quattrini

Introduzione*

di Antonella Sarlo

Il progetto In-Age

Il progetto 'Inclusive ageing in place. In-Age', finanziato dalla Fondazione Cariplo, affronta il tema della *condizione di crescente* fragilità delle persone anziane sole che invecchiano a casa propria e i relativi rischi di isolamento sociale, con l'obiettivo di proporre possibili azioni e strategie a sostegno del miglioramento della qualità della vita dell'anziano fragile e di un invecchiamento più sereno e sicuro nel proprio ambiente di vita.

La ricerca parte dalla considerazione che sono necessarie risposte più efficaci per affrontare la notevole crescita – che in Europa fa registrare le percentuali più elevate del mondo – dei bisogni di una popolazione che invecchia. Nell'ultimo decennio in molti paesi europei la strategia sperimentata per affrontare questi nuovi bisogni è stato l'*ageing in place.* Anche nel nostro Paese questa modalità di risposta ha avuto un suo sviluppo, favorito da una serie di fattori: l'elevato tasso di proprietà della casa tra le persone anziane; la lunga permanenza delle persone nella stessa casa; l'intensità delle reti informali basate sulla famiglia. Proprio in relazione a questi caratteri l'*ageing in place* richiede lo sviluppo di politiche mirate a rimuovere quegli aspetti che possono incidere sulla qualità della vita delle persone anziane fragili e accrescerne l'isolamento. In questo contesto la ricerca affronta tre principali questioni:

1) La prima riguarda il ruolo che il contesto spaziale, considerato nelle sue tre dimensioni scalari (alloggio, edificio, quartiere/città), può assumere nell'amplificare i rischi di isolamento e nell'indurre un innalzamento della fragilità fisica e psichica (solitudine) (Costa et al., 2020; Falasca, 2018b; Herbers and Mulder, 2017; Sarlo et al., 2019);

2) La seconda riguarda l'individuazione dei limiti e dei rischi connessi all'*ageing in place* ed in particolare quelli relativi all'isolamento e alla solitudine che si determinano allorquando la dimensione spaziale non è adeguata all'età fragile, le reti familiari e sociali sono rarefatte e le modalità di assistenza formale e informale sono discontinue o inesistenti (Beard and Petitot, 2010; Handler, 2015; Luppi, 2021).

3) La terza questione, infine, riguarda le esperienze accumulate, in Europa e in Italia, attraverso numerose politiche e pratiche innovative che favoriscono l'invecchiamento delle persone fragili nei propri luoghi di vita.

Rispetto alle questioni poste il percorso di ricerca si è articolato in un'indagine micro-qualitativa sulle condizioni socio-spaziali delle persone anziane fragili a rischio di isolamento. Questa analisi è stata condotta sulla base di 120 interviste somministrate a persone anziane in tre contesti regionali (Lombardia, Marche, Calabria) fortemente differenti sotto il profilo socio-economico, culturale e istituzionale. Le tre unità di ricerca coinvolte nel progetto (Politecnico di Milano, INRCA-IRCCS di Ancona e Università Mediterranea di Reggio Calabria) hanno lavorato sia in realtà urbane, che in piccoli comuni delle aree interne dei rispettivi contesti geografici, analizzando le condizioni degli anziani fragili e soli che invecchiano a casa propria e i fattori che ne abbassano la qualità della vita e accentuano il rischio di isolamento.

Per affrontare la terza questione, sulla base del quadro di riferimento teorico e delle prime considerazioni derivanti dall'analisi micro-qualitativa, è stata parallelamente condotta un'attività di ricognizione, catalogazione e approfondimento delle politiche e delle pratiche innovative sviluppatesi in Italia e in Europa per promuovere l'invecchiamento delle persone anziane fragili nella propria casa. L'obiettivo di questa fase della ricerca, pubblicata in questo volume, è

* Questo volume è esito di un lavoro di ricerca che si colloca all'interno del progetto IN-AGE. Il progetto è finanziato da Fondazione Cariplo, grant n° 2017-0941 (http://www.lps.polimi.it/?page_id=2829).

identificare, nelle esperienze analizzate, quei fattori di successo, elementi di riproducibilità e di potenziale *up-scaling*, utili a suggerire eventuali raccomandazioni di *policy*.

I casi studio: metodologia e classificazione

La metodologia per l'individuazione e l'analisi di pratiche innovative che supportano l'*ageing in place*, si è articolata in tre fasi.

Nella prima fase, sulla base della letteratura scientifica e dei primi risultati emersi dall'indagine micro-qualitativa, sono stati selezionati i criteri per l'individuazione dei casi studio. Il primo, e il più semplice, è di tipo *geografico*: si è scelto di limitare la ricerca all'Europa e all'Italia poiché questa dimensione territoriale è sembrata più idonea a rispondere agli obiettivi di riproducibilità e up-scaling. Un secondo criterio riguarda invece il livello di attuazione dei casi studio; si è ritenuto significativo ricercare progetti (messi in campo da enti pubblici e/o privati), *realizzati* o in avanzato stato di attuazione, nell'ambito di quadri legislativi, politiche e programmi. Altro criterio che ha guidato l'individuazione delle pratiche è che queste siano esplicitamente *mirate* al target della ricerca, siano cioè pratiche che possono migliorare la qualità della vita e ridurre i rischi di isolamento degli anziani fragili e soli, che invecchiano a casa propria. Infine, trasversalmente, si è posto come criterio-guida fondamentale il carattere *innovativo* delle pratiche, assumendo la definizione di innovazione sociale proposta da Moulaert et al. (2010). Si sono, pertanto, individuate pratiche che: a) rispondono a bisogni inevasi; b) modificano le relazioni sociali/istituzionali tra anziani e altri attori; c) danno voce e *agency* (*empowerment*) agli anziani.

Sempre nella prima fase sono state definiti i principali *gruppi* (*cluster*) per la selezione e classificazione dei casi di studio.

Il primo *cluster*, Pratiche innovative che riguardano la vita *in casa* dell'anziano (Cluster 1), raggruppa iniziative finalizzate a sostenere ed assistere le persone anziane nel proprio domicilio, sperimentando azioni in tre settori chiave:

- l'assistenza e la socializzazione attraverso l'erogazione di servizi innovativi a domicilio;
- l'applicazione di nuove tecnologie e di domotica nell'abitazione, di quei dispositivi cioè che possono supportare le persone anziane nelle loro attività quotidiane, sia per il monitoraggio delle condizioni di salute e funzionali, che per il miglioramento dell'interazione sociale (Ambient-Assisted Living);
- l'adattamento degli alloggi al peggioramento delle condizioni funzionali e cognitive delle persone anziane, in modo da contribuire al mantenimento dei livelli di indipendenza di base.

Il secondo *cluster*, Pratiche innovative che riguardano la vita *fuori casa* degli anziani (Cluster 2), raggruppa iniziative finalizzate a limitare l'isolamento e la solitudine delle persone anziane attraverso la sperimentazione di servizi innovativi per la socializzazione e la mobilità e attraverso progetti integrati di più ampie scale per la realizzazione di ambienti urbani *age-friendly*. La progettazione di spazi pubblici a misura di anziano e la promozione di politiche volte a creare ambienti confortevoli e sicuri per le persone anziane appaiono cruciali nelle strategie di *ageing in place.*

Il terzo *cluster*, Politiche e azioni innovative di sistema: regia, informazione, formazione (Cluster 3), raggruppa azioni strutturate e integrate di ampio respiro e di medio-lungo periodo, generalmente a regia pubblica.

Nella seconda fase è stato costruito un Repertorio (*Repository*) di 85 pratiche innovative sulla base dei criteri e delle traiettorie individuate, di una ricerca bibliografica e sitografica approfondita (pubblicazioni scientifiche, documenti governativi, 'grey' reports, siti web, ecc.), e delle indicazioni fornite dall'Auser nazionale e dagli *stakeholders* locali. Tale Repertorio (in Appendice) è strutturato secondo i tre cluster individuati e presenta per ogni iniziativa una scheda sintetica con le principali caratteristiche. Il Repertorio restituisce una sorta di 'mappa a macchia di leopardo' di quel variegato universo di pratiche che in Europa e in Italia si stanno sperimentando sull'*ageing*

in place. Le esperienze censite, alcune anche avviate da molto tempo, evidenziano una molteplicità di aree di intervento e anche la 'difficoltà' di catalogare le diverse esperienze in un solo cluster, poiché molte di esse si propongono di fornire risposte a diversi bisogni inevasi, con modalità che integrano più traiettorie di azione.

Nella terza fase sono stati scelti e approfonditi i trenta casi da studiare in profondità, selezionando quelle pratiche realizzate o in corso di realizzazione che più sembrano contribuire ad aumentare l'autonomia, a migliorare la qualità della vita e a contrastare l'isolamento sociale degli anziani che invecchiano a casa propria. Sulla base dei fattori di successo (ma anche di insuccesso), degli elementi di riproducibilità e di potenziale *up-scaling* individuati nelle diverse pratiche sono state delineate alcune prime possibili 'tracce' di azione per le raccomandazioni di *policy*.

Prime linee di riflessione

Pur rimandando al paragrafo sui 'temi emergenti di riflessione' suggeriti dalle pratiche studiate, in queste righe si vogliono evidenziare alcune prime suggestioni ed indicazioni.

Una prima linea di riflessione riguarda le pratiche che tendono a sperimentare micro-azioni di *emersione dei bisogni assistenziali* locali con la finalità di rintracciare le persone anziane che vivono da sole, comprenderne i bisogni e costruire progetti di presa in carico personalizzati, caratterizzati da una forte flessibilità delle soluzioni assistenziali. Queste esperienze sperimentano *nuove forme di welfare comunitario* e *generativo*, spesso a Km zero, costruendo ampie reti di soggetti locali pubblici e privati, integrando gli attori consueti del welfare, con soggetti che spesso travalicano i perimetri tradizionali dell'assistenza (commercianti, ricercatori, imprenditori, ecc.). Nel quadro di queste micro-azioni di comunità in grado di innescare processi di welfare generativo un fattore importante sembra essere il poter disporre di *spazi fisici comunitari di quartiere* (RSA del territorio, Casa del Quartiere, Maison des seniors), queste strutture diventano spesso un vero e proprio riferimento territoriale, una sorta di *front-office della quotidianità* e, grazie all'attività di informazione e di segretariato sociale, riescono a fronteggiare situazioni anche molto diverse con minor dispendio di tempo e di risorse per la famiglia e per la rete dei servizi. Frequentemente, inoltre, queste strutture universalmente accessibili, diventano anche i luoghi-cardine per le attività di socializzazione e di incontro.

Una seconda linea di riflessione riguarda l'importanza della costruzione di reti ampie, aperte ed a geometrie variabili. Queste reti supportano la sperimentazione di sistemi di governance allargata, multilivello e multiattoriale in cui vengono stabiliti con chiarezza ruoli e competenze di ciascun soggetto coinvolto. Le reti sostengono spesso la progressiva crescita delle iniziative stesse, esprimendo rinnovate progettualità capaci di alimentare con risorse nuove, sia finanziarie che umane, le iniziative in cantiere. Questa strada diventa, in alcuni casi, il percorso preferenziale per superare i problemi di sostenibilità economica che nel tempo investono molte delle iniziative considerate.

Un'altra linea di sperimentazione molto promettente, anche se ancora scarsamente sviluppata nel nostro Paese e invece abbastanza presente in Europa, riguarda il rafforzamento delle politiche pubbliche municipali per la costruzione di 'città amiche' delle persone anziane (Age-friendly Cities). Tali azioni, spesso attivate attraverso la partecipazione al network dell'OMS 'Age-friendly City' (WHO, 2007), diventano vere e proprie politiche urbane e di coesione sociale ed incoraggiano la sperimentazione di percorsi trasversali. Tra i fattori propulsivi di queste politiche locali si ritrova spesso la volontà delle municipalità di utilizzare il problema dell'invecchiamento come nuova opportunità e come leva per riposizionare il ruolo delle città ed avviare lo sviluppo di un processo continuo nel tempo e partecipato dai cittadini. Viene cioè delineata una visione strategica sulla qualità della vita, sulla valorizzazione del capitale umano e sulla attivazione di forme di *silver economy* che aprono a nuove visioni per lo sviluppo socio-economico locale (esempi paradigmatici i casi di Leeds, Dijon, Paesi Baschi, Locarno). La *leadership* pubblica in queste iniziative risulta decisiva, ma altrettanto fondamentali appaiono le azioni di comunità quali

le reti di vicinato, che rendono il volontariato credibile a diversi livelli e consentono un lavoro pervasivo nei contesti di vita reale delle persone (Buffel et al., 2018). Si creano cioè nuovi piani di dialogo tra politiche di sviluppo e rigenerazione urbana e forme di *welfare* comunitario.

Tra i fattori di successo di tutte le pratiche esaminate in profondità, gli elementi di *riproducibilità* e di potenziale *up-scaling* che prefigurano nuove 'tracce' per politiche più efficaci, vi è la *partecipazione* delle persone anziane stesse, che in alcune esperienze giunge alla *co-progettazione*, determinando ricadute estremamente positive in termini sia di concreta individuazione di bisogni spesso inespressi, sia di *empowerment*.

In tutte le esperienze considerate viene inoltre confermato il ruolo-chiave del *contesto spaziale* nella costruzione di politiche di qualità dell'*ageing in place*: l'accessibilità e la fruibilità in sicurezza dei contesti abitativi sono dispositivi fondamentali per l'autonomia delle persone anziane e rappresentano una linea di lavoro non più eludibile (Buffel and Phillipson, 2016; Sarlo et al., 2019; Zajczyk, 2018). Si osserva, soprattutto nelle esperienze 'Age-friendly City' come si stia consolidando un cambio di prospettiva: la questione dell'accessibilità progressivamente investe sia le dimensioni *fisiche* dei luoghi di vita (dall'alloggio allo spazio pubblico) che quelle *funzionali* dei servizi, della loro disponibilità e soprattutto della loro localizzazione (Lauria, 2014). Tale nuova prospettiva sembra poter trovare nuovi spunti e progettualità nel recente dibattito sulla 'città dei 15 minuti' (Carta, 2020), che riporta l'urbanistica a ragionare su molti dei temi fondativi della disciplina. La città dei 15 minuti viene proposta oggi come 'spazio abitabile esteso fondato su un'idea di prossimità ibrida' (Carta, 2020: 2): una prossimità che deve riscoprire la dimensione del quartiere, come riferimento strutturale per l'attuazione di una città delle piccole distanze, dove siano disponibili ed accessibili i servizi essenziali. Riprogettare e rafforzare i servizi pubblici in un'ottica di prossimità, riequilibrare le differenze tra i quartieri riducendo anche gli spostamenti, creare nuovi servizi di medicina territoriale, ampliare le offerte temporali nell'erogazione dei servizi, potenziare i servizi domiciliari, migliorare le dotazioni e l'accessibilità delle strutture e degli spazi pubblici, rappresentano solo alcuni dei temi su cui si sta concentrando l'attenzione di molte metropoli (Parigi, Milano, Barcellona) e su cui si sta rafforzando ulteriormente l'azione di molte realtà urbane come conseguenza della pandemia.

Infine, in molte delle iniziative considerate, vengono sperimentate azioni, spesso intergenerazionali, per *l'alfabetizzazione tecnologica* delle persone anziane. In questo ambito le esperienze analizzate presentano scale differenti di intervento: dai progetti europei di ampio respiro che coinvolgono più paesi, alle micro-azioni sperimentate alla scala locale; dalla formazione formale (azioni Erasmus) a quella informale e intergenerazionale (*Pony della solidarietà*). Anche in queste esperienze le reti sono un fattore cruciale, perché riescono ad integrare imprese, istituzioni e strutture di formazione e ricerca avviando processi innovativi di dialogo e confermando la traiettoria che tende a coinvolgere nuovi soggetti nei processi di *welfare* generativo.

Riferimenti bibliografici

Buffel, T. and Phillipson, C. (2016) 'Can global cities be age-friendly cities? Urban development and ageing populations', *Cities*, 55, pp. 94-100.

Buffel, T., Handler, F., Phillipson, C. (eds.) (2018) *Age-Friendly Cities and Communities. A global perspective*, Bristol, Policy Press.

Carta, M. (2020) 'Le città della prossimità aumentata', *Il Giornale dell'Architettura-Inchieste*, Accessibile su: https://inchieste.ilgiornaledellarchitettura.com/le-citta-della-prossimita-aumentata/ (Consultato: gennaio 2021)

Costa, G., Melchiorre, M.G., Arlotti, M. (2020) *Ageing in place in different care regimes. The role of care arrangements and the implications for the quality of life and social isolation of frail older people,* in DAStU Working Paper Series, n. 03/2020 (LPS.10).

Falasca, C. (a cura di) (2018) *Il diritto di invecchiare a casa propria. Problemi e prospettive della domiciliarità*, Edizioni LiberEtà: Roma.

Herbers D.J., Mulder C.H. (2017) 'Housing and subjective well-being of older adults in Europe', *Housing and the Built Environment*, 32, pp. 533-58.

Lauria, A. (2014) 'L'accessibilità come "sapere abilitante" per lo sviluppo umano: il Piano per l'Accessibilità', *Techne*, 7, pp. 125-31.

Luppi, M. (2021) *Isolamento e qualità della vita nell'età anziana fragile*, in DAStU Working Paper Series, n. 01/2021 (LPS.15).

Moulaert, F, Swyngedouw, E., Martinelli, F., Gonzalez, S. (a cura di) (2010) *Can Neighbourhoods Save the City? Community Development and Social Innovation*, Routledge: London.

Sarlo, A., Bagnato, F., Martinelli, F. (2019) *Ageing in place and the built environment. Implications for the quality of life and the risks of isolation of frail older people*, in DAStU Working Paper Series, n. 04/2019 (LPS.06).

WHO (2007) *Global age-friendly cities: a guide*, World Health Organization: Ginevra.

Zajczyk, F. (2018) *Alimentazione e qualità della vita nell'ageing society*, F. Angeli Editore: Milano.

PARTE PRIMA

Politiche e pratiche innovative per invecchiare nella propria casa: 30 casi studio in Italia e in Europa

di Giuliana Costa e Antonella Sarlo

1. Il Repertorio: pratiche innovative per l'*ageing in place*

di Antonella Sarlo

Tra gli obiettivi della ricerca In-Age, come precedentemente descritto, vi è quello di identificare politiche e pratiche innovative messe in atto, in Italia e in Europa, per limitare i rischi di isolamento sociale delle persone anziane e favorire un invecchiamento di qualità nel proprio contesto di vita. Definiti i criteri di individuazione dei possibili casi studio e i 3 cluster tassonomici con i relativi sub-cluster (vedi Tabella 1), è stato costruito il *Repertorio delle pratiche innovative* (in Appendice), sulla base di approfondite ricerche bibliografiche e sitografiche e delle indicazioni provenienti dagli *stakeholders* locali coinvolti nel progetto. Nella sua versione finale, il Repertorio è costituito da 85 pratiche distribuite in maniera non uniforme nei tre cluster (57 pratiche nel Cluster 1, 32 nel Cluster 2 e 15 nel Cluster 3). Il numero più consistente di casi riguarda la sperimentazione di 'servizi innovativi a domicilio', mentre il numero più esiguo è quello relativo alle iniziative di 'adattamento degli alloggi'. È importante sottolineare come molti dei progetti non lavorino in modo esclusivo su un'unica categoria (cluster e/o sub-cluster), ma tendano ad integrare azioni in più ambiti di intervento, cercando di sistematizzare, spesso anche in itinere, nuove filiere a geometrie variabili e adattabili al mutare delle condizioni degli utenti e/o del contesto.

Complessivamente le 85 pratiche selezionate restituiscono una mappa delle principali linee di azione che in Europa e in Italia si stanno sperimentando per innalzare la qualità della vita delle persone che invecchiano nella propria casa e per prevenire isolamento e solitudine.

Tabella 1. Cluster, sub-cluster e numero di pratiche censite nel Repertorio.

Cluster	Sub-Cluster	Numero Pratiche
1. Pratiche innovative che riguardano la vita *in casa* dell'anziano	1.1. Servizi innovativi a domicilio	25
	1.2. Nuove tecnologie e domotica nell'abitazione	15
	1.3. Adattamento degli alloggi e accessibilità degli edifici	6
2. Pratiche innovative che riguardano la vita *fuori casa* degli anziani	2.1. Servizi innovativi per facilitare la socializzazione	7
	2.2. Servizi innovativi per la mobilità e progetti urbani *age-friendly*	17
3. Politiche e azioni innovative di sistema: regia, informazione, formazione		15

Fonte: Ns. elaborazione.

Pratiche innovative che riguardano la vita in casa dell'anziano

In questo cluster sono state selezionate quelle iniziative che hanno come obiettivo la sperimentazione di azioni finalizzate a sostenere le persone anziane che continuano a vivere nel proprio domicilio in tre aree di azione (sub-cluster): a) servizi a domicilio; b) nuove tecnologie e domotica; c) adattamento degli alloggi e accessibilità degli edifici.

In queste iniziative che sperimentano servizi innovativi a domicilio, possiamo evidenziare aspetti ricorrenti (analogie) e specifiche declinazioni di contesto. Un carattere ricorrente di molte iniziative è quello di sperimentare un rafforzamento del *welfare* locale attivando e sostenendo progetti con un elevato valore di comunità, reciprocità e cooperazione dal basso; pratiche che

sperimentano nuove figure e/o nuove modalità comunitarie territoriali di aiuto e supporto. Nei territori meno densamente popolati delle aree interne e dei piccoli comuni la traiettoria privilegiata di azione si basa su figure *itineranti* ('visitatore', 'infermiere di comunità', ecc.), che cercano di intercettare tutti gli anziani soli dei territori di competenza, per ascoltare e comprendere i bisogni e verificare le possibili modalità di presa in carico (ad esempio i *Progetti A casa/Chez soi; Anziani in Appennino* e *CoNSENSO*). Anche nelle aree urbane e metropolitane si riscontrano traiettorie di questa natura pur se maggiormente orientate ad individuare forme di supporto comunitario *di quartiere* (badanti di condominio, portierati socio-assistenziali, ecc.).

Altri ambiti di sperimentazione riguardano la condivisione degli spazi dell'abitare e di servizi comuni. In alcuni contesti stranieri queste pratiche, ad esempio gli schemi di coabitazione di Homeshare nel Regno Unito e i progetti personalizzati sperimentati in *Buurtzorg* in Olanda, sono attive da diversi anni e si sono sempre più perfezionate, evidenziando elementi di replicabilità e innovazione. Punta avanzata di queste esperienze sono alcuni progetti rivolti a persone anziane con esigenze sanitarie complesse e ad alto rischio di ricovero ospedaliero, che integrano competenze e nuove tecnologie: ad esempio nel Progetto *CareWell* – avviato in diversi contesti europei – è stata sperimentata la fornitura di assistenza sanitaria a pazienti anziani fragili attraverso un programma integrato tra operatori sanitari, tecnologie ICT e prestatori di assistenza informale.

Le pratiche relative alle nuove tecnologie e alla domotica nell'abitazione che abbiamo considerato si muovono secondo tre traiettorie privilegiate: dotare l'alloggio di nuove tecnologie (*Progetto Domotico Trentino*) che consentono di mantenere il più a lungo possibile l'indipendenza nelle attività della vita quotidiana; fornire servizi di tele-assistenza e tele-monitoraggio, a volte anche di telemedicina (*Programma TeleRehabilitation; PERSSILAA; Programma GK*); offrire formazione per l'utilizzo delle nuove tecnologie e per superare il *digital divide* (*SmartyourHome*).

Anche le pratiche relative all'adattamento degli alloggi e all'accessibilità degli edifici evidenziano l'emergere di tre linee strategiche:

- La prima, sperimentata nel Regno Unito già da moltissimi anni (i criteri di progettazione contenuti nel *Lifetime Homes*), è quella di realizzare il nuovo patrimonio edilizio e di recuperare quello esistente applicando dei criteri di progettazione che garantiscano alti gradi di *flessibilità adattativa* e rendano possibile nel tempo una progressiva personalizzazione dell'alloggio misurata sulle abilità dei singoli;
- La seconda, sperimentata soprattutto in alcune regioni italiane (i *CAAD* in Emilia-Romagna; il Progetto *ADA* in Toscana) è quella di fornire soluzioni personalizzate per l'adattamento domestico attraverso l'istituzione regionale di servizi pubblici di informazione e consulenza per l'adattamento dell'ambiente domestico. Da sottolineare però che i costi relativi alle trasformazioni edilizie necessarie restano collegati al quadro normativo nazionale e regionale.
- La terza linea di sperimentazione è quella di realizzare una nuova offerta abitativa specificatamente dedicata alla terza età, caratterizzata da accessibilità universale e fruibilità in sicurezza dell'alloggio (*Vivienda Dotacionales* in Spagna) e dalla dotazione di spazi comuni e, a volte, anche da attività di servizio e aiuto svolto da famiglie *caregivers* che vivono negli stessi stabili (*Sinergy* in Lombardia).

Pratiche innovative che riguardano la vita fuori casa degli anziani

Nel secondo cluster sono state catalogate quelle iniziative che sono finalizzate a favorire la vita fuori casa delle persone anziane e a contrastare l'isolamento e la solitudine che derivano dal progressivo 'chiudersi' in casa. È questo un universo di pratiche che spazia in molti settori: dall'organizzazione di momenti di convivialità fino a veri e propri periodi di vacanza in strutture dedicate; dal taxi sociale ai servizi di trasporto personalizzato, fino a giungere ai progetti urbani *age-friendly* che comprendono un numero considerevole di campi di intervento.

Tra le iniziative rivolte a favorire la socializzazione degli anziani al di fuori dell'ambiente domestico risulta molto interessante l'esperienza dei *Chatty Café Scheme*, una rete di cafè che riservano uno spazio fisico e temporale dedicato alle persone anziane per incontrarsi; altrettanto interessanti appaiono: i Laboratori di cura, promossi da ANTEAS, e sperimentati in diversi contesti del nostro Paese, con l'obiettivo di facilitare incontri *intergenerazionali*, come momenti fondamentali di terapia contro la solitudine e l'isolamento; il Progetto *Re-engage* nel Regno Unito che, organizza momenti di socializzazione pomeridiana per piccoli gruppi di anziani ultraottantenni. Tutte queste pratiche sono caratterizzate dal ruolo decisivo svolto dalle associazioni del terzo settore e del volontariato.

Tra i progetti urbani *age-friendly* possiamo individuare due percorsi di lavoro: il primo è volto a creare ambienti urbani favorevoli alle persone anziane sperimentando soluzioni mirate esclusivamente all'innalzamento dell'accessibilità e della fruizione in sicurezza dello spazio pubblico; il secondo è volto a ribaltare completamente l'ottica delle barriere architettoniche, nel tentativo di realizzare 'città che siano completamente a misura di anziano'. Questi progetti, spesso molto complessi, definiscono strategie di riposizionamento delle singole realtà urbane nei percorsi innovativi della silver economy e prevedono, inoltre, la partecipazione attiva degli anziani. Abbiamo osservato come in Italia questi progetti siano ancora poco diffusi e comunque lontani dal raggiungere il livello di complessità e di risposta ai bisogni che invece abbiamo osservato in altre realtà europee (Irlanda, Paesi Baschi e Regno Unito).

Politiche e azioni innovative di sistema: regia, informazione, formazione

Infine nel terzo cluster abbiamo raccolto quelle iniziative che definiscono e costruiscono una strategia di ampio respiro da attuare nel tempo. Si tratta cioè di azioni a carattere trasversale attuate spesso nell'ambito di politiche nazionali (*Strategy for Tackling Loneliness* in UK), regionali (leggi sulla promozione dell'invecchiamento attivo) o locali (Progetto *WeMi*), rivolte a favorire la permanenza a domicilio degli anziani e a contrastarne la solitudine, che comportano anche azioni strutturate per la formazione di operatori e volontari, così come campagne di diffusione di modelli innovativi di intervento e di sensibilizzazione sul tema dell'invecchiamento della popolazione.

Da sottolineare che delle 85 esperienze del Repertorio complessivamente 26 (più del 30%) contengono azioni di sistema, confermando che l'innovazione progettuale passa anche dall'integrazione e diversificazione delle azioni e dalla capacità di visione strategica.

2. I 30 casi studio

di Antonella Sarlo

Per l'analisi in profondità sono stati individuati i principali aspetti da investigare ed è stata costruita una scheda articolata in tre parti. In una prima parte sintetica sono riportate le principali informazioni che consentono di posizionare il progetto nel suo contesto e nella sua temporalità in breve. Una seconda parte della scheda è invece dedicata alla ricostruzione della 'storia' dell'iniziativa, attraverso l'individuazione dei fattori propulsivi, delle principali tappe attuative e dei risultati conseguiti. Tale ricostruzione ha la finalità di raccontare come e perché nascono le iniziative, in quali contesti, con quali sviluppi ed eventuali repliche, con quale efficacia e durata. Nell'ultima parte della scheda ci si sofferma sugli elementi chiave di ciascuna esperienza (punti di forza e fattori di successo; punti di debolezza e fattori di rischio; fattori di sostenibilità) e sull'individuazione dei fattori di innovazione, replicabilità e potenziale *up-scaling* di ciascun caso.

Tabella 2. I casi di studio e la trasversalità delle azioni.

N.	Progetto	CLUSTER 1 PRATICHE CHE AIUTANO L'ANZIANO *IN CASA*			CLUSTER 2 PRATICHE CHE AIUTANO L'ANZIANO *FUORI CASA*		CLUSTER 3 AZIONI DI SISTEMA
		Servizi a domicilio	Tecnologia e domotica	Adattamento alloggio	Servizi per facilitare la socializzazione	Mobilità e progetti urbani *age-friendly*	Azioni di regia /formazione informazione
1	Veniamo a trovarvi	XXX			X		
2	*Pony della solidarietà*	XXX			X	X	
3	*Un quartiere… in Comune*	XXX				XX	
4	*Buurtzorg*	XXX			X		
5	*La vecchiaia che vorrei*	XXX			XX		XX
6	*Coabitazioni solidali*	XXX					XX
7	*Invecchiando si impara (a vivere)*	XXX			XX		XX
8	*La cura è di casa*	XXX			X		XX
9	*Progetto Domotico Trentino*	X	XXX	XXX		XX	XX
10	*ECARE*	XXX	XXX		XX		
11	*Abitare sicuri*		XXX				
12	*SCAMBIO*		XXX		XX	XX	
13	*SmartyourHome*		XXX				

N.	Progetto	CLUSTER 1 PRATICHE CHE AIUTANO L'ANZIANO *IN CASA*			CLUSTER 2 PRATICHE CHE AIUTANO L'ANZIANO *FUORI CASA*		CLUSTER 3 AZIONI DI SISTEMA
		Servizi a domicilio	Tecnologia e domotica	Adattamento alloggio	Servizi per facilitare la socializzazione	Mobilità e progetti urbani *age-friendly*	Azioni di regia /formazione informazione
14	*WelComTech*		XXX				XX
15	*Rete dei CAAD*		X	XXX			XXX
16	*La finestra sul cortile*				XXX		
17	*Community Navigators*	X			XXX		
18	*The Chatty Café Scheme*				XXX		
19	*Mais proximidade, melhor vida*	XXX			XXX		X
20	*Progetto Giuseppina*	XX			X	XXX	
21	*Anziani in rete*					XXX	
22	*STACCO*					XXX	
23	*Spazi pubblici a misura di anziano*				XX	XXX	XXX
24	*Age-friendly Leeds*	X	X	X	XXX	XXX	XXX
25	*Divaa - Dijon Ville-amie des aînés*	X	X	X	XX	XXX	XXX
26	*Euskadi Lagunkoia*				XX	XXX	XXX
27	*CITabilitY*				XX	XXX	XXX
28	*Viva gli anziani!*						XXX
29	*Invecchiamento attivo Regione FVG*	XX	XX	XX	XX	XX	XXX
30	*MONALISA*	XXX			XX		XXX

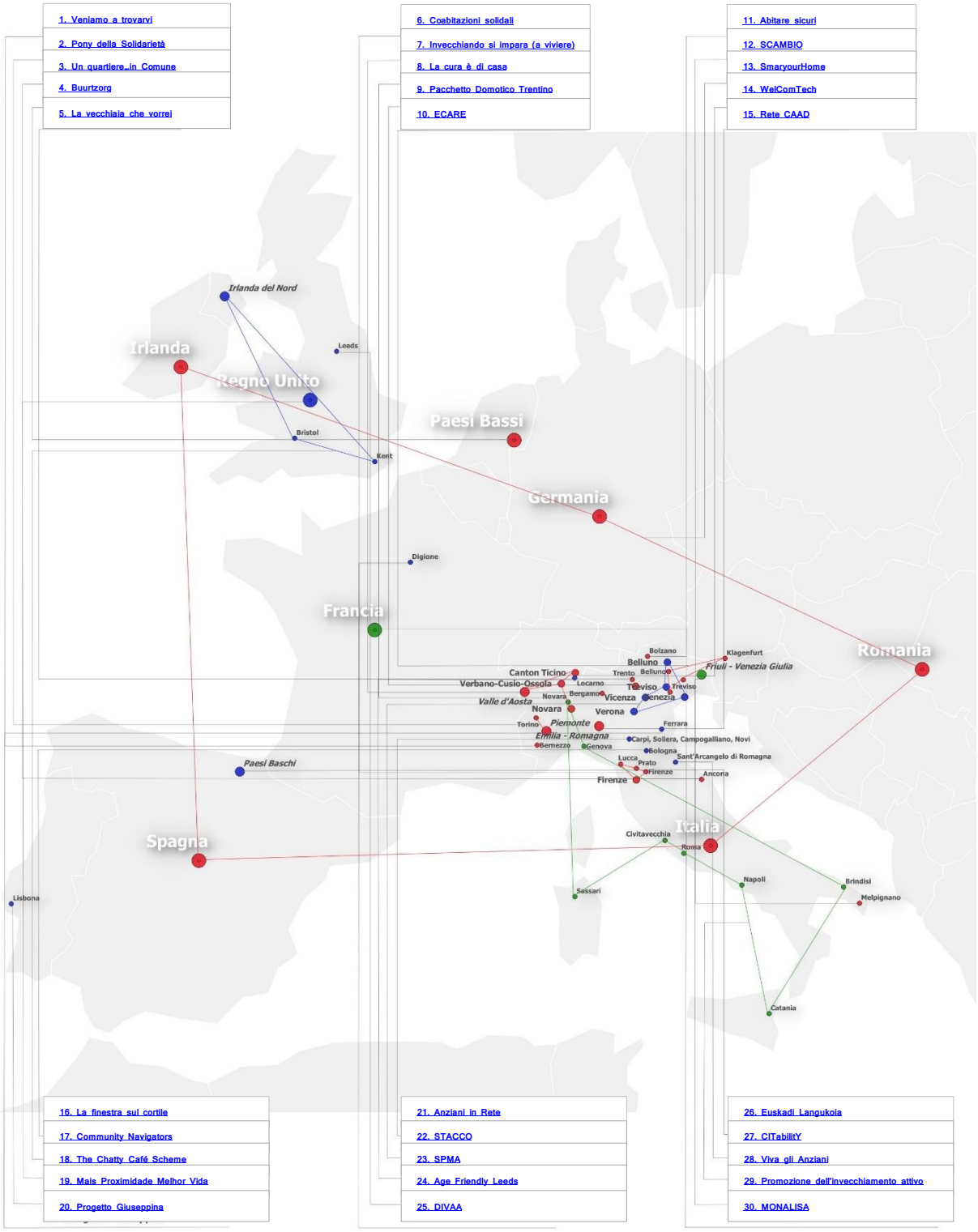
Fonte: Ns. elaborazione.

Dei 30 casi studio la metà appartengono al primo cluster, cioè sono progetti tesi a migliorare e consentire l'invecchiamento nella propria abitazione; 12 casi sono posizionati nel secondo cluster, cioè sono iniziative finalizzate a favorire la vita dell'anziano fuori casa; infine gli ultimi tre casi sono azioni di sistema. Dei 30 casi studio, 20 sono localizzati in Italia e 10 in Paesi europei. La maggior parte dei casi italiani è localizzata nel Nord del Paese, mentre il Centro-Sud risulta meno presente. Nel Mezzogiorno, infatti, si è rivelato difficile rintracciare pratiche innovative in avanzato stato di attuazione. Oltre ai problemi di ritardo nei processi di innovazione sociale dei sistemi di *welfare* meridionale, sembrano giuocare un ruolo non secondario anche i problemi strutturali di informazione e trasparenza, il problema della sostenibilità nel tempo dei progetti innovativi, e la scarsa presenza delle fondazioni bancarie (spesso soggetti cardine nel finanziamento delle iniziative in altri contesti). Ma soprattutto – anche alla luce dell'analisi in profondità dei 30 casi studio selezionati, che evidenziano tra i fattori di successo la capacità di mobilitare e integrare in una strategia coerente attori diversi – si può ipotizzare che la scarsa diffusione di pratiche innovative nel Mezzogiorno possa essere collegata alla minore capacità di regia e collaborazione fra soggetti diversi della pubblica amministrazione di molti contesti meridionali.

Nella Tabella 2 si evidenzia come nessuno tra i 30 casi studio agisca esclusivamente su un solo cluster e/o sub-cluster e tutti agiscano trasversalmente, integrando azioni di diversa natura pur se con intensità differenti. È un'ulteriore dimostrazione della necessità di affrontare il problema dell'*ageing in place* in maniera diversificata, ma integrata.

Nella sezione dedicata ai 30 casi studio di questo volume, ciascun sub-cluster è introdotto da una 'Guida alla lettura' nella quale vengono sinteticamente proposti i principali caratteri dei casi studio presentati.

La geografia dei 30 casi studio



3. Alcuni temi emergenti/di riflessione

di Giuliana Costa

Dall'analisi dei 30 casi nel loro complesso emergono alcuni temi generali e di fondo che riguardano l'innovazione nel campo delle politiche, dei programmi, dei progetti e dei servizi, nell'implementazione – nella messa in pratica (Iecovich, 2014), dunque – dell'*ageing in place* su cui vale la pena soffermarci brevemente indicandoli per punti e spunti sintetici. Si tratta di questioni in un certo senso *emergenti* perché rivelatesi cruciali proprio a partire dall'interrogazione di tutto il materiale empirico raccolto nel corso della ricerca: se da un lato costituiscono dunque delle piste interpretative di tutto il lavoro, possono essere utili anche alla migliore comprensione dei singoli casi e alla loro collocazione. Come si avrà occasione di constatare nella lettura, le innovazioni rimandano di volta in volta alle diverse aree di intervento dell'*ageing in place* indicate dall'Organizzazione Mondiale della Sanità (WHO, 2015), contrassegnate dalle cinque 'P': *People, Place, Products, Person-centered services* e *Policy*.

Un primo insieme di considerazioni riguardano la fase di costruzione dei problemi, ancor prima che delle soluzioni. Un carattere di innovatività delle esperienze qui raccolte rimanda al fatto che spesso sono basate su attività di ricerca e di indagine sul campo a loro propedeutiche: non scaturiscono solamente dal tentativo di offrire risposte a bisogni manifesti ma poggiano sull'analisi dei fenomeni e delle fenomenologie che vi stanno alla base. Così, molto spesso i loro attori hanno attivato forme plurime di ricerca (anche in collaborazione con università e agenzie specializzate), collezionando dati secondari e generando dati primari attraverso la realizzazione di interviste (*survey*, interviste qualitative e *focus group*) e/o avviando tavoli di studio, di consultazione e di ascolto ben prima di avviare l'attività di progettazione degli interventi. In non pochi casi sono stati coinvolti in queste attività i loro potenziali utenti finali. Non si tratta di un dato per scontato. Come è noto, di frequente nel campo degli interventi sociali, esistono forme stereotipate di azione, di replicazione dell'esistente, di perseguimento di ciò che altrove si è rilevato funzionare – è la logica dell'inseguimento acritico delle *best practices* – che non fanno i conti con le diversità dei contesti in cui sono inserite.

Un secondo insieme di aspetti di innovazione riguarda la progettualità per *l'ageing in place*, a cominciare dalla definizione dei beneficiari degli interventi. Nella grande maggioranza dei casi da noi studiati, ci si propone di allargare la platea dei beneficiari degli interventi andando a raggiungere persone anziane ancora non supportate da servizi esistenti, o perché portatori di bisogni presenti allo stato latente, o perché non eleggibili o ancora, perché del tutto sconosciuti ai servizi territoriali. Qui l'innovazione è fortemente associata al fatto di aver inciso su problemi 'non trattati' e difficilmente 'trattabili' (Murray et al., 2010). Inoltre, va rilevato che molti progetti e politiche hanno identificato target multipli, gli anziani e le loro famiglie, gli operatori dei servizi e la rete informale più allargata, i volontari storici e quelli nuovi.

Un'ulteriore dimensione innovativa riguarda il tentativo non solo di dare vita a nuove risposte, ma anche di integrare quelle esistenti tra di loro, ricostruendo delle filiere che permettano ai soggetti di essere seguiti e supportati con interventi che mutano al mutare delle condizioni sociale e psico-fisiche, dentro e fuori casa, sempre nell'ottica di contrastare l'isolamento di coloro che vivono a casa propria. Nei casi da noi studiati infatti, molto spesso sono implicati soggetti e attori assai diversificati, sia pubblici che privati, provenienti da settori di *policy* differenti e con approcci che nel lavoro ordinario faticano a parlarsi e confrontarsi. Le progettazioni hanno spesso così espresso la capacità di superare la logica dei 'silos', in cui si lavora entro compartimenti stagni pur coinvolgendo e implicando vari saperi professionali, parti delle pubbliche amministrazioni, realtà economiche, associazioni e via dicendo. L'integrazione è stata resa possibile anche dal *pooling* di risorse pubbliche e private, sia di carattere economico-finanziario, sia umane, un aspetto che 'fa innovazione', come evidenziato anche dalla letteratura (Phils et al., 2008). Va rilevato che la presenza di partenariati molto estesi è una costante nei casi da noi selezionati. Non sempre hanno funzionato come previsto in fase di avvio ma il più delle volte hanno permesso di trovare soluzioni

anche inedite a problemi che via via si sono presentati strada facendo. Da ultimo, possiamo affermare che la progettazione, realizzazione e implementazione di politiche e programmi per sostenere l'invecchiamento a casa è stata, in buona parte delle esperienze, una finestra di opportunità per dare maggiore visibilità alla questione della solitudine e dell'isolamento in età anziana e per sensibilizzare la comunità su questo tema.

Un terzo insieme di caratteri utili a cogliere il grado di innovatività rimanda alla capacità degli attori di aggiustare il tiro nello svolgimento delle progettualità. In molti dei casi analizzati non solo si sono costruiti dei sistemi di monitoraggio e di valutazione in itinere di quanto si andava implementando, ma si sono trovati degli strumenti di governo e di governance e delle occasioni che hanno messo gli attori, in particolare i gestori ma non solo, nella condizione di imparare dai propri fallimenti: non solo, dunque, di riorientare il proprio operato grazie ai tradizionali meccanismi di retroazione cognitiva, quanto addirittura di valorizzare errori e scarti progettuali, senza che questi fossero in alcun modo penalizzanti (in termini di finanziamento, di riconoscimento collettivo o di apertura a delle nuove occasioni). In questo senso si può affermare che molte esperienze sono state e continuano ad essere delle 'palestre di innovazione', dove le intelligenze (professionali, manageriali, organizzative) si applicano nell'apprendimento in senso più lato perché ad essere socializzati e condivisi sono anche gli inciampi e gli errori che si fanno strada facendo. Questa vocazione riflessiva ha trovato anche 'spazio' in strutture quali laboratori o tavoli di accompagnamento, pensatoi e occasioni di formazione di varia natura, anche grazie al contributo di organizzazioni che in qualche modo, affiancano o hanno affiancato le esperienze spesso fin dall'inizio, sin dalla fase di pre-progettazione.

Una quarta dimensione di innovatività riguarda la progettualità espressa rispetto alla necessità di rendere sostenibili le azioni nel tempo e, possibilmente, anche scalabili per aumentarne l'impatto sociale (Westley and Antadze, 2010). Molti dei casi da noi analizzati hanno goduto di risorse 'nuove e fresche', aggiuntive rispetto a quelle utilizzate dalle attività ordinarie dei territori e dagli attori che ivi organizzano risposte concrete tese al miglioramento della vita degli anziani. Non sempre si è stati in grado di prevedere fin dal via in che modo alimentare il prosieguo dei progetti o l'implementazione delle *policy* a regime ma, nella maggior parte delle esperienze studiate, gli attori coinvolti, o parte di essi, hanno utilizzato l'azione in corso per cercare nuove fonti di finanziamento, anche allargando la compagine iniziale. Molti progetti generati da attori privati 'forti' -come le Fondazioni bancarie – hanno previsto in largo anticipo le modalità con cui fare 'atterrare' le azioni nel sistema di *welfare* locale, attivando gli attori pubblici nell'appropriarsene e nel finanziarne parte, coinvolgendo attori privati e predisponendo strumenti per meglio pianificare la loro miglior *legacy* possibile.

Riferimenti bibliografici

Iecovich, E. (2014) 'Aging in place: From theory to practice', *Anthropologial Notebooks*, 20 (1), 21-33.

Murray, R., Caulier-Grice, J., Mulgan, G. (2010) *The Open Book of Social Innovation*, The Young Foundation & Nesta.

Phills, J.A., Deiglmeier, K., Miller, D.T. (2008) *Rediscovering Social Innovation*, Stanford Social Innovation Review: Fall.

Westley, F., Antadze, N. (2010) 'Making a Difference. Strategies for Scaling Social Innovation for Greater Impact', *The Innovation Journal: The Public Sector Innovation Journal*, 15(2), 1-19.

WHO (2015) *World report on ageing and health*, World Health Organization: Ginevra.

PARTE SECONDA

I casi studio

di Giuliana Costa, Sabrina Quattrini e Antonella Sarlo

1. Invecchiare nella propria casa: pratiche innovative che riguardano la vita *in casa* degli anziani

di Giuliana Costa, Sabrina Quattrini e Antonella Sarlo

1.1. Servizi innovativi a domicilio

Guida alla lettura

di Giuliana Costa

Vivere da anziani nella propria casa è un'aspirazione comune a tutte le latitudini. Numerose ricerche hanno messo in evidenza come le persone desiderino invecchiare a domicilio, lì supportate nell'affrontare le difficoltà che via via si possono incontrare nel sopperire del tutto autonomamente ai propri bisogni quotidiani. Conta poter fare affidamento su aiuti di varia natura e che vanno dalla semplice presenza sporadica di qualcuno con cui trascorrere un po' di tempo o da cui acquisire competenze cruciali (come, ad esempio, imparare ad usare un computer o a maneggiare il proprio *smartphone*) agli aiuti domestici (pulizia, riordino, cucina), a servizi di carattere socioassistenziale (quali l'aiuto nel vestirsi o lavarsi) o sociosanitario (per esempio di fisioterapia). Si tratta di servizi e di aiuti plurimi a sostegno della perdita di autonomia e a contrasto dell'isolamento sociale, variamente combinabili a seconda dei bisogni che, per loro natura, sono cangianti e mutevoli nel tempo e non sempre sono chiaramente espressi. Mentre quelli di carattere sociosanitario sono resi solamente da professionisti facenti parte della rete formale dei servizi, gli altri possono essere svolti anche *da* o *con l'aiuto di* persone che a vario titolo fanno parte della rete informale dell'anziano o dell'dell'anziana, siano esse famigliari, amici, vicini e/o volontari. In questo capitolo sono inclusi otto casi di azioni strutturate a sostegno degli anziani e dello svolgimento delle attività della vita quotidiana presso la loro casa, ma sono richiamati altri casi che, pur essendo trattati in altre parti del volume, veicolano anche servizi domiciliari (dei 30 casi studiati, 15 prevedono lo sviluppo o il rafforzamento dei servizi domiciliari).

Le iniziative

Il Progetto Veniamo a trovarvi (Italia, Piemonte, Provincia di Cuneo, Comune di Bernezzo) ha l'esplicita finalità di produrre un'offerta di servizi che possa permettere alle persone anziane over 70 di rimanere nella propria abitazione il più a lungo possibile adottando un approccio preventivo, mappando e intercettando situazioni di potenziali rischio. Promuove azioni che favoriscono la domiciliarità, la mobilità e la socializzazione delle persone anziane, sperimentando l'apertura al territorio di una struttura residenziale per anziani in una logica bidirezionale che opera dalla struttura verso l'abitazione dell'anziano – con l'erogazione di servizi domiciliari – e, viceversa, dall'abitazione verso la struttura attraverso l'accoglienza degli anziani in servizi diurni e l'organizzazione di attività di socializzazione. La figura chiave del progetto è il 'visitatore itinerante' (OSS) che svolge un'azione di ascolto degli anziani del territorio per comprendere i bisogni e verificare le possibili modalità di presa in carico.

Il Pony della Solidarietà (Italia, Piemonte, Torino e tutte le province piemontesi) è un progetto di domiciliarità leggera tesa a favorire la permanenza delle persone anziane nel proprio domicilio, offrendo loro occasioni ludiche, di relazione sociale e di apprendimento. Giovani volontari – studenti delle scuole superiori e delle università, di età compresa dai 16 ai 29 anni – offrono assistenza leggera presso il domicilio degli anziani (compagnia, letture, giochi di società, passeggiate, momenti di racconto, assistenza nelle commissioni quotidiane), assistenza presso le case di riposo, organizzazione di attività ludiche e ricreative presso centri sociali diurni per anziani e alfabetizzazione informatica di base ed avanzata. Il progetto mira a sviluppare nei giovani la sensibilità verso il mondo degli anziani e la comprensione del valore della loro esperienza. Le famiglie degli anziani sono coinvolte.

Un quartiere…in Comune (Italia, Comune di Ancona) è un progetto nato con lo scopo di proporre nuovi servizi di prevenzione a misura di cittadino, nei 'piccoli luoghi', e prevede una prima sperimentazione in tre quartieri periferici della città. Si articola attraverso servizi innovativi e la messa a disposizione di un 'custode sociale', un operatore che interviene direttamente a casa delle persone che non escono più, in particolare gli anziani, aiutandoli a superare momenti di difficoltà e a migliorare la qualità della loro vita. Nell'alveo del progetto è stata aperta una Casa del Quartiere, luogo di incontro multiculturale e multigenerazionale, aperto ai cittadini e alle associazioni.

Buurtzorg (Paesi Bassi, tutto il territorio) è un'organizzazione neerlandese privata che presta cure domiciliari con un approccio che si ispira al *reablement* e alla prevenzione. L'assistenza è organizzata intorno alla vita quotidiana delle persone, a stretto contatto con l'individuo e con la sua famiglia (se presente) nell'individuare bisogni, desideri relativi alla propria cura e risposte possibili. Il modello organizzativo vede l'intervento di infermieri domiciliari – organizzati in squadre autonome di 12 persone – che forniscono assistenza completa ai loro pazienti, tenendo conto delle loro esigenze fisiche, emotive e psicosociali, per sviluppare soluzioni efficaci e sostenerli nel mantenere il controllo sulla propria vita. Da circa due anni le squadre stanno incorporando anche fisioterapisti e terapisti occupazionali, adottando il modello *Buurtzorg +*.

La vecchiaia che vorrei (Italia, Comune di Trento) è un progetto che si propone di intercettare anziani 'invisibili', cioè soggetti che sebbene godano ancora di una buona autonomia psicofisica e di una sufficiente sicurezza economica (abitando spesso nello stesso alloggio di cui sono proprietari da tanto tempo), sono a rischio di isolamento perché hanno perso sia i legami sociali più forti, con i propri famigliari, sia quelli più deboli, con il vicinato. Il suo intento è di mobilitare anziani non 'agganciati' alla rete dei servizi e di riconnetterli al territorio. Il progetto è realizzato attraverso l'istituzione della 'operatrice di comunità', l'allestimento di 'incubatori di comunità' (ambulatori, spazi tra le abitazioni nei condomini e nel quartiere) e di servizi di prossimità (ginnastica dolce, auto-mutuo-aiuto, ginnastica cognitiva, rafforzamento delle relazioni). L'approccio è anche quello di attivare gli anziani affinché partecipino alle attività a favore di altri anziani.

Coabitazioni solidali (Italia, Toscana, Firenze e area metropolitana) è un'iniziativa che persegue il *matching* tra due o più soggetti affinché possano convivere sotto lo stesso tetto e rispondere così ai reciproci bisogni: da un lato quello di alleviare la solitudine e avere aiuti nello svolgimento delle normali attività della vita quotidiana, dall'altro il bisogno di poter usufruire di un alloggio a costi molto bassi o addirittura nulli, in una situazione di particolare fragilità o necessità. I soggetti vengono seguiti e accompagnati nell'esperienza di coabitazione così come i loro famigliari. Le persone ospitanti sono perlopiù donne anziane autosufficienti. L'ospitalità avviene a titolo gratuito.

Invecchiando si impara (a vivere) (Italia, Bergamo, Ambito territoriale di Seriate e Ambito territoriale di Grumello del Monte) è un progetto il cui scopo è potenziare il sistema di offerta dei servizi domiciliari e sviluppare la capacità di cura della comunità locale, per favorire l'invecchiamento sano e attivo delle persone anziane. È finalizzato a strutturare un sistema di servizi e di attività che aiuti le persone a mantenere la propria autonomia e autosufficienza, per continuare a vivere nella propria abitazione. Il progetto intende sviluppare l'assistenza domiciliare erogata in forma 'diffusa' cioè con operatori che non hanno in assegnazione dei singoli utenti ma delle aree territoriali nelle quali si è consolidata – anche grazie al progetto –una rete di relazioni che possono favorire il sostegno della persona anziana. A tal fine il progetto è orientato tanto ad incrementare i servizi di supporto e di risposta allo stato di bisogno degli individui e dei *caregivers*, quanto a migliorare le capacità della comunità nel prendersi cura dei suoi componenti.

La cura è di casa (Piemonte, Provincia Verbano-Cusio-Ossola e Alto Novarese) è un progetto che si rivolge agli anziani ultra 65enni non in carico ai servizi sociosanitari, privi di una rete familiare o sociale di sostegno e la cui condizione di autonomia è tale da esporli al rischio di scivolare nella

condizione di non autosufficienza. Nell'ambito del progetto vengono promossi momenti di incontro e socializzazione ed erogati servizi diversi (aiuto nelle attività quotidiane, compagnia, cura della persona, servizi infermieristici, fisioterapici, e di supporto psicologico), attraverso una rete di operatori specializzati e volontari, in un'ottica di prevenzione e con l'ausilio di una piattaforma ICT. Una delle figure cardine del progetto è il *care planner*, responsabile della valutazione dei bisogni degli anziani, della predisposizione di un progetto personalizzato e dell'identificazione dei servizi utili a soddisfare i bisogni.

Il tipo di iniziativa, gli attori e i rapporti con il sistema

Tutte le esperienze qui considerate hanno una scala di azione strettamente locale (quartiere urbano, comune o ambito sociale) e quasi tutte sono anche localizzate dal punto di vista geografico, nel senso che operano solamente in un territorio ben delimitato e ne servono la popolazione. Tale centratura è data anche dal fatto che in molti casi si tratta di progetti e programmi finanziati da attori (enti locali, fondazioni, associazioni) la cui missione di intervento è legata a tali territori. Anche le progettualità che sono espressione di organizzazioni di livello nazionale o regionale come *Buurtzorg*, *Coabitazioni Solidali* e *Pony della Solidarietà* sono attuate facendo leva su contesti – risorse, attori, capacità – a carattere locale. Tranne che nel caso di *Buurtzorg* (un'organizzazione privata), le esperienze sono gestite da più soggetti, privati, non profit o pubblici. Mentre alcune hanno un carattere filantropico nel loro lancio, ma sono tese a conquistarsi spazi di mercato – anche modesti – nel loro sviluppo (*La vecchiaia che vorrei*, *La cura è di casa*), altre operano con logiche esclusivamente caritatevoli o mutualistiche (*Coabitazioni solidali*). Si tratta in ogni modo di iniziative tutte partite e lanciate dal basso, a partire dalla società civile.

Le risorse mobilitate

La costellazione di risorse mobilitate dai casi qui riportati è molto varia e ampia. Molte delle iniziative qui riportate sono state incubate e finanziate almeno in prima battuta da fondazioni di origine bancaria entro progettualità pluriennali: *Veniamo a trovarvi* da Fondazione Cassa di Risparmio di Cuneo, *La cura è di casa* e Invecchiando si impara a vivere da Fondazione Cariplo, *La vecchiaia che vorrei* da Fondazione Caritro, *Pony della Solidarietà* da Fondazione Compagnia di San Paolo. Si tratta di progetti che hanno però saputo fin dal loro avvio contare su risorse economico-finanziarie e organizzative di natura pubblica e privata di altra natura, il che ha costituito la premessa per poter aspirare ad un loro prolungamento nel tempo al di là della scadenza del progetto. In particolare, *La cura è di casa* ha costituito il primo di una serie di progetti che vi si sono innestati completandone obiettivi e scopi (*WelComTech* è uno di questi). *Coabitazioni solidali*, di Auser Firenze ha, dopo un avvio in proprio, potuto contare sul modesto sostegno di attori pubblici. Il caso *Buurtzorg* fa eccezione dato che si tratta di un'organizzazione privata che, pur collocandosi in un quasi-mercato delle cure domiciliari e captando quindi risorse come prestatore di servizi in nome e per conto degli attori pubblici, ha molto rapidamente e positivamente 'contaminato' tale mercato, diventando un modello di *provision* nel settore.

Per quanto riguarda invece le risorse organizzative e di personale, va rilevato che la maggior parte iniziative (tranne *Buurtzorg* e *Pony della Solidarietà*) si fondano sulla compresenza di lavoro professionale e volontario, trainata da una forte dimensione di *community building*. I volontari, spesso anche anziani ancora attivi o attivati dai progetti, sono formati e valorizzati entro quadri di intervento ampi. Il *Pony della Solidarietà*, invece, si avvale solo di volontari, giovani il cui ingaggio presso le abitazioni degli anziani costituisce il pilastro del progetto stesso, teso a costruire relazioni intergenerazionali. Sul fronte del lavoro professionale, emerge come buona parte dei progetti abbia previsto la creazione di nuove figure professionali o l'organizzazione di collettivi inediti per la fornitura di servizi, in grado di portare a sintesi interventi di colleghi che operano nella rete: il custode sociale (*Un quartiere…in Comune*), il visitatore itinerante (*Veniamo a trovarvi*), il *case planner* (*La cura è di casa*), l'operatrice di comunità (*La vecchiaia che vorrei*), la

squadra di infermieri di comunità (*Buurtzorg*), l'insieme di operatori dedicati ad un territorio e non più il singolo professionista (Invecchiando si impara).

Le dimensioni innovative

Le dimensioni innovative che accomunano i casi riguardano almeno cinque aspetti. Il primo rimanda alla creazione di figure professionali dedicate nei singoli progetti. Come illustrato sopra, le progettualità messe in campo hanno anche dato luogo ad un ripensamento del lavoro professionale richiesto per implementarne la filosofia e l'approccio di fondo, non sempre presente nei contesti in cui tali progettualità sono state sviluppate.

Il secondo riguarda il fondamentale ribaltamento della logica con cui operano i servizi: non più risposte fornite a domande esplicite da parte delle persone anziane o dalle loro famiglie, ma forme di sostegno scaturite da iniziative di setacciamento del territorio e di intercettazione di bisogni non espressi eppure presenti. Molti dei progetti si collocano infatti nella tradizione di ciò che viene chiamato '*welfare* d'aggancio' e 'medicina di iniziativa'. Gli anziani vengono infatti agganciati dai servizi mentre prima non erano presi in carico perché 'invisibili' (*La vecchiaia che vorrei*), non eleggibili (*La cura è di casa*) o anche solo isolati nelle proprie abitazioni (*Un quartiere…in Comune*, *Veniamo a trovarvi*). Anche altre progettualità – riportate in altre sezioni di questo volume – esprimono questa forma di 'richiamo alla vita' e di accompagnamento di persone che, con qualche servizio o anche solo qualche contatto in più (anche solo telefonico ma a cadenze regolari, con certezza per l'anziano), sono in grado di vivere meglio stando a casa propria (per esempio *Mais proximidade melhor vida*, *MONALISA*, *Viva gli anziani!*, *Community Navigators*).

Questo approccio si combina spesso con il rafforzamento della logica della prevenzione della perdita di autonomia e dello scivolamento in situazioni di rischio da parte degli anziani, fatto che apre al terzo aspetto di innovazione, quello dell'adozione di una logica di comunità, con lo sviluppo di iniziative di buon vicinato e/o il coinvolgimento, la formazione e l'accompagnamento di 'figure sentinella'. Queste ultime, persone comuni quali commercianti, farmacisti, edicolanti, sono in grado di cogliere i piccoli segnali che possono essere indizi di una qualche difficoltà sopravvenuta tra gli anziani con cui vengono a contatto e di segnalarli a chi può essere di aiuto (il medico di base, l'assistente sociale o altri soggetti preposti ad avviare momenti di diagnosi veri e propri e verso cui possono essere instradati gli anziani). Le sentinelle sono volontari, vengono chiamati in modi diversi e sono spesso figure riconosciute e riconoscibili (come per esempio le 'sentinelle di comunità' in *Veniamo a trovarvi*).

Il quarto elemento di innovazione riguarda il fatto che l'impianto dei progetti ha previsto non solo servizi resi a domicilio ma anche la creazione/apertura/rivitalizzazione di spazi fisici comunitari (RSA del territorio, Casa del Quartiere, Centro salute con servizi sanitari, Biblioteca, Alzheimer Café, a seconda del progetto) e di eventi con una chiara e riconoscibile dimensione spaziale (pranzi a cadenza regolare, azioni di farmacisti negli spazi condominiali), a completamento dell'attività di supporto alla persona nel suo ambiente di vita.

Da ultimo, è stato l'uso delle piattaforme informatiche ad essere innovativo in molti progetti. Come è noto, non sempre queste tecnologie sono ben accettate dalle persone anziane e dalle loro famiglie. In *La cura è di casa* e *Buurtzorg*, vi è una particolare attenzione a smontare i meccanismi di diffidenza verso le tecnologie adoperate.

Punti di forza/fattori di successo e punti di debolezza/fattori di rischio

I punti di forza dei progetti qui inclusi sono riconducibili innanzitutto al fatto che raramente questi propongono servizi scollegati dalla rete dei servizi esistenti. Essi hanno, piuttosto, completato e/o integrato la filiera dei servizi domiciliari, arricchendo così l'offerta o rendendola più accessibile (perché più riconoscibile o perché ha ampliato la platea dei beneficiari). Essi hanno inoltre cercato di pluralizzare gli interventi all'interno dei singoli progetti in modo da dare risposta a bisogni – come quelli dell'anzianità difficile o fragile – che cangiano anche molto rapidamente. Laddove

invece la proposta è molto innovativa nei contenuti, come *Coabitazioni solidali*, il fattore di successo risiede nel comunicare molto bene la progettualità al territorio. In ogni caso, operare in ecosistemi di welfare già consolidati ha costituito per tutte le iniziative un punto di forza non indifferente.

Sul fronte della governance, emerge come punto di forza la creazione di partenariati estesi – fin dalle fasi di progettazione – che vedono il coinvolgimento di buona parte degli operatori, pubblici e privati, che agiscono e hanno competenze sul tema *dell'ageing in place* a livello locale, con l'inclusione dei servizi sociali, attori sanitari e/o sociosanitari (ASL, RSA, Ospedali), fondazioni di comunità, associazioni e cooperative. Sebbene talvolta 'faticosi da gestire', si tratta di collettivi che hanno avuto e che hanno una relativa la capacità di *learning by doing*, eventualmente riorientando il proprio operato, anche grazie a margini di flessibilità dati dall'operare entro schemi disegnati da e con attori privati e al fatto di dotarsi di strumenti e momenti di pensiero critico. Una buona capacità riflessiva emerge anche da progetti più semplici sul piano della governance (come *Coabitazioni solidali*).

Se da un lato l'ampiezza della rete degli attori costituisce un elemento di forza, dall'altro può costituire un elemento di debolezza perché spesso il tempo dedicato alla gestione dei processi di lavoro congiunto ha sovrastato quelli dedicati all'avvio e svolgimento dei processi stessi. Non sono mancati processi conflittuali difficili da sanare strada facendo e defezioni da parte di soggetti inizialmente coinvolti.

Un ulteriore elemento di debolezza caratterizza le iniziative basate su forme di *people raising*, vale a dire, l'aver cooptato – perlopiù come volontari – persone già molto avanti con gli anni e quindi disponibili 'a tempo' o con molte limitazioni (di tempo, di energie) nella loro capacità di intervento.

Gli otto casi studio

1. Veniamo a trovarvi, *Antonella Sarlo*
2. Pony della Solidarietà, *Antonella Sarlo*
3. Un quartiere…in Comune, *Sabrina Quattrini*
4. Buurtzorg, *Giuliana Costa*
5. La vecchiaia che vorrei, *Giuliana Costa*
6. Coabitazioni solidali, *Giuliana Costa*
7. Invecchiando si impara (a vivere), *Luigi Nava*
8. La cura è di casa, *Giuliana Costa*

IN-AGE - INclusive AGEing in place
Laboratorio Politiche Sociali, Politecnico di Milano
Dipartimento Architettura e Territorio, Università Mediterranea di Reggio Calabria
Centro Ricerche Economico-Sociali per l'Invecchiamento, INRCA-IRCCS, Ancona

1 VENIAMO A TROVARVI
Sostegno alla domiciliarità per anziani in Provincia di Cuneo

di Antonella Sarlo
Dipartimento Architettura e Territorio, Università Mediterranea di Reggio Calabria

1 Breve descrizione dell'iniziativa

Il Progetto *Veniamo a trovarvi*, avviato nel 2009 a Bernezzo con un contributo della Fondazione Cassa di Risparmio di Cuneo, ha la finalità di sperimentare un'offerta di servizi facendo perno su una casa di riposo (la 'Casa Don Dalmasso'). L'iniziativa promuove azioni che favoriscono la domiciliarità, la mobilità e la socializzazione delle persone anziane, sperimentando l'apertura al territorio di una struttura residenziale per anziani in una logica bidirezionale che opera dalla struttura verso l'abitazione dell'anziano (erogazione servizi domiciliari) e, viceversa, dall'abitazione verso la struttura (accoglienza per servizi diurni e organizzazione attività di socializzazione). Figura chiave del progetto è il 'Visitatore itinerante' (OSS) che svolge un'azione di ascolto degli anziani del territorio per comprendere i bisogni e verificare le possibili modalità di presa in carico.

2 Luogo

ITALIA, Piemonte, Provincia di Cuneo, **Comune di Bernezzo.**

3 Contesto territoriale

▪ ***Tipologia di area***

Comune interno montano della Valle Grana (Provincia di Cuneo). Parte della Comunità Montana Valli Grana e Maira e dell'Unione Montana Valle Grana.

Alcuni dati (2016):

- Popolazione residente: 4.133 abitanti, con una dinamica di crescita positiva (+37,4% tra il 2001 e il 2016).
- Comune con l'età media più bassa (39,5) della Regione Piemonte (2016).
- Popolazione con più di 65 anni di età:15,5%.
- Indice di vecchiaia: 82,4%.
- Percentuale di stranieri residenti sul totale della popolazione: 4,9%.
- Reddito medio annuo: 14.777 euro.

▪ ***Scala di azione***

Scala comunale. L'iniziativa promuove azioni che favoriscono l'*ageing in place* per le persone anziane, di età uguale o superiore ai 70 anni, residenti nel territorio del comune cercando di includere anche coloro che vivono in case sparse.

4 Tipologia dell'iniziativa e approccio

▪ ***Tipologia***

Progetto finanziato da *ente privato*: Fondazione Cassa di Risparmio di Cuneo (CRC).

▪ ***Soggetti attuatori***

- Fondazione CRC.

- 'Casa Don Dalmasso': struttura privata (che fa capo alla Parrocchia S.S. Pietro e Paolo del comune) aperta nel 1997, autorizzata in regime definitivo nel 2001 con la seguente strutturazione: n. 20 posti letto RAA (Residenza Assistenziale Alberghiera); n. 20 posti letto RA (Residenza Assistenziale per persone autosufficienti); n. 12 posti letto RSA (Residenza Sanitaria Assistenziale per non autosufficienti) in convenzione con l'ASL CN1. Nel 2013 è stato inoltre autorizzato un Centro Diurno di n. 20 posti per persone autosufficienti.
- 'La bottega del possibile': associazione di promozione sociale per la cultura della domiciliarità fondata nel 1994 (iscritta nel registro regionale – sezione Provincia di Torino), con sede a Torre Pellice (TO). Nel 2012 il Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali ha riconosciuto, con proprio decreto, «l'evidente funzione sociale» svolta dall'associazione nel Paese. È riconosciuta quale Agenzia Formativa dal Consiglio Nazionale dell'Ordine Assistenti Sociali. Svolge attività di formazione, di ricerca e di sperimentazione nel campo dei servizi sociali e sanitari.

▪ ***Altri soggetti coinvolti (rete mobilitata dal progetto)***

- Comune di Bernezzo;
- Consorzio per i servizi socio-assistenziali delle Valli Grana e Maira;
- Distretto ASL;
- medici di medicina generale;
- associazioni locali;
- volontariato;
- parrocchie.

▪ ***Fonti di finanziamento***

Progetto inizialmente finanziato da Fondazione CRC per due anni, con contributo decrescente:

- primo anno: 116.260 euro;
- secondo anno: 50.000 euro;
- terzo anno (e successivi): nessun finanziamento; costi a totale carico degli individui e/o delle famiglie che usufruiscono del servizio.

▪ ***Approccio***

Approccio di tipo caritatevole nello start-up (legato alle funzioni statutarie della fondazione) ma orientato ad una logica di mercato nel proseguio, laddove prevede l'autosostenibilità progressiva, attraverso il pagamento delle prestazioni.

▪ ***Target e beneficiari***

- *Target:* anziani ultrasettantenni.
- *Beneficiari nel periodo di sperimentazione del progetto (2009-10):*
  - 404 anziani residenti nel territorio vengono censiti;
  - 44 persone sono prese in carico.

Nel complesso, dal 2009 al 2018, 300 persone sono state prese in carico (Pollo and Rao, 2018).

5 L'iniziativa

▪ ***Ambito di intervento***

1. Pratiche innovative che riguardano la vita *in casa* dell'anziano.
1.1. Servizi innovativi a domicilio.
2. Pratiche innovative che riguardano la vita *fuori casa* degli anziani.
2.1 Servizi innovativi per facilitare la socializzazione.

▪ ***Obiettivi***

Obiettivo generale dell'iniziativa è consentire alle persone anziane di restare nella propria abitazione il più a lungo possibile, sperimentando un approccio preventivo su situazioni potenzialmente a rischio di degenerazione e fornendo interventi personalizzati a domicilio.

Gli obiettivi specifici del progetto iniziale erano:

- valutare l'efficacia *dell'apertura delle residenze per anziani al territorio* in termini di *sostegno alla domiciliarità* e di promozione di attività di *socializzazione*;
- sperimentare un *modello* operativo che potesse proseguire nel tempo, divenendo *autosostenibile*;
- *replicare* in altre località della Provincia di Cuneo tale modello.

Sia il progetto, sia l'iniziativa a regime prevedono il potenziamento dei servizi offerti dalla 'Casa Don Dalmasso' di Bernezzo agli anziani che rimangono nelle proprie abitazioni, attraverso l'incremento di servizi sia a domicilio, sia presso la struttura. I destinatari di tali servizi sono segnalati dall'OSS, il cui mandato è di entrare in contatto e visitare periodicamente tutti gli anziani, offrendo un sostegno affettivo e riuscendo a prevenire le situazioni a rischio.

6 Temporalità

- ***Fase sperimentale (dal 2009 al 2011)***

  - **2009** Avvio dell'iniziativa con finanziamento biennale decrescente della Fondazione CRC.
  - **2011** Attività di monitoraggio e valutazione degli esiti del progetto (Fondazione CRC).

- ***Fase successiva in autosufficienza economica (dal 2011 ad oggi)***

  - **2011** Il progetto prosegue (fino ad oggi) autofinanziandosi attraverso i contributi degli utenti e un piccolo contributo del Comune di Bernezzo.
  - **2012** Il progetto diventa un modello e la Fondazione CRC promuove lo start up di analoghe iniziative in altri contesti della Provincia di Cuneo e di Asti.
  - **2013** Nella 'Casa Don Dalmasso' viene autorizzato il funzionamento del Centro Diurno (20 posti).
  - **2013-14** La Fondazione CRC finanzia il Progetto *Veniamo a trovarvi* con 2 bandi biennali 'Domiciliarità' (nel 2013 e nel 2014), in 3 nuove strutture (nel 2013) e in 5 nuove strutture nel 2014 (45.000 euro a progetto per 2 anni).
  - **2015-16** L'iniziativa viene inserita all'interno dei 2 bandi 'Cantiere Nuovo Welfare' 2015 e 2016 della Fondazione CRC ed esteso a tutte le case di riposo della Provincia di Cuneo.
  - **2016** Il Progetto *Veniamo a trovarvi* viene finanziato dalla Fondazione CRC anche nella città di Cuneo.
  - **2017** Il modello *Veniamo a trovarvi* viene inserito nell'ambito delle azioni previste dalla 'Strategia Nazionale Aree interne Valle Maira e Grana'.
  - **2019** Il progetto originario a Bernezzo è ancora attivo.

7 Origine, radici, principali tappe del progetto

- ***Le origini e le radici***

Il progetto, avviato nel 2009, prende le mosse in ragione di alcuni fattori propulsivi che, in un processo virtuoso, si relazionano positivamente tra di loro e con un numero crescente di attori. In particolare, il processo nasce in conseguenza ai risultati di una ricerca sui servizi socio-assistenziali nell'area di Cuneo-Mondovì-Alba/Brà promossa dalla Fondazione CRC (Quaderno CRC n.3/2008), che evidenzia:

- un progressivo aumento degli anziani soli e la loro crescente difficoltà di supporto da parte delle famiglie;
- una crescente difficoltà delle ASL e dei comuni sia a sostenere l'integrazione delle rette nelle convenzioni con le RSA che a fornire servizi domiciliari;
- una crescente difficoltà delle famiglie a pagare le rette delle strutture residenziali;
- una crescente richiesta da parte degli utenti anziani e delle famiglie di poter fruire di servizi più flessibili ed economicamente sostenibili.

Tali risultati determinano un cambiamento della politica sociale della Fondazione CRC che orienta la sua programmazione triennale 2008-10 al sostegno di *azioni volte a finanziare l'innovazione sui*

servizi piuttosto che interventi infrastrutturali, ponendo una particolare attenzione alle azioni volte al sostegno della domiciliarità per gli anziani. Nell'ambito della nuova programmazione si avvia così, a partire dal 2008, la collaborazione tra la Fondazione CRC e l'Associazione 'La bottega del possibile' per predisporre un progetto sperimentale che, basandosi sull'esperienza del 'visitatore domiciliare itinerante' svolto da più di vent'anni dalla suddetta associazione e dal Servizio Sociale della Comunità Montana Val Pellice, tende a rilanciare e adeguare tale esperienza ai nuovi bisogni emersi nel contesto cuneese. In particolare, due le finalità individuate: a) avviare azioni volte a mantenere il più possibile l'anziano nel proprio domicilio; b) prevenire la solitudine e i possibili incidenti domestici o peggioramenti dello stato di salute (cadute, cattiva alimentazione, ecc.).

Poste queste finalità, sempre nello stesso anno, si avvia un confronto con la 'Casa Don Dalmasso', localizzata a Bernezzo, struttura disponibile a sperimentare un'apertura al territorio. Nel gennaio del 2009 viene avviato il Progetto *Veniamo a trovarvi* con la finalità di sperimentare un'offerta di servizi erogati facendo perno sulla Casa e funzionali a consentire agli anziani che lo desiderano di rimanere a casa propria. Il progetto sviluppa due linee di azione:

a) La prima è finalizzata alla *mappatura e all'emersione dei bisogni assistenziali nel territorio locale*, è attuata attraverso il 'Visitatore itinerante domiciliare' (OSS), che ha il compito di visitare con regolarità le persone anziane, sole o in coppia, per attivare un ascolto dei problemi e delle esigenze e costruire un quadro dei bisogni.
b) La seconda è finalizzata all'*attivazione ed erogazione personalizzata di servizi assistenziali specifici* che permettano alla persona anziana di rimanere a casa propria il più a lungo possibile, mettendo a disposizione *sia servizi presso la struttura residenziale locale* ('Casa Don Dalmasso'), sia interventi personalizzati *a domicilio*, individuati secondo le necessità.

Due sono le principali tipologie di servizio erogate:

i) Servizi *a domicilio erogati da personale della struttura*: alzata mattutina e messa a letto serale; bagno assistito; consegna dei pasti e dei farmaci; interventi di igiene personale e cura della casa; accompagnamento per effettuare visite mediche.

ii) Servizi *erogati presso la struttura*: attività di socializzazione e relazione; segretariato sociale; uscite sul territorio e giornate di sollievo.

Figura chiave per l'attuazione del progetto è il 'Visitatore itinerante' che svolge un'azione di ascolto di tutti gli *anziani maggiori di 70 anni* (anche di quelli che abitano in case sparse) per comprendere i bisogni e le possibili modalità di presa in carico. Laddove il visitatore itinerante riscontra situazioni di particolare fragilità segnala a una Commissione integrata (ASL, Casa di Riposo e Consorzio socio-assistenziale) i bisogni intercettati e l'esigenza di interventi medici o di altri servizi dedicati. La Commissione sceglie le modalità e le forme più idonee di assistenza da attivare per ciascun anziano segnalato.

▪ ***Principali tappe attuative del progetto finanziato (dal 2008 al 2010)***

Lo sviluppo del progetto, nei tre anni di sperimentazione (i primi due con finanziamento decrescente della Fondazione CRC e il terzo senza finanziamento), si può articolare nelle fasi che seguono.

La *prima fase* è dedicata a definire e avviare l'insieme delle azioni necessarie a creare i presupposti fondamentali per la riuscita del progetto. Il lavoro viene orientato su tre azioni, avviate contemporaneamente:

a) La *costruzione della rete, del tavolo di regia e dell'équipe operativa*. Una rete a geometrie variabili caratterizza il progetto: un primo livello della rete è di natura istituzionale ed è costituito oltre che dai tre attori che promuovono il progetto (Fondazione CRC, Associazione 'La bottega del possibile' e 'Casa Don Dalmasso') da altri due soggetti istituzionali indispensabili per l'attuazione, il Comune di Bernezzo e il Consorzio per i servizi socio-assistenziali delle Valli Grana e Maira. Un secondo livello della rete, più ampio e fondamentale per la riuscita dell'iniziativa, coinvolge il distretto ASL, i medici di medicina generale, le associazioni locali, il volontariato, le parrocchie e la cittadinanza. Il primo passo per l'attuazione del progetto è stata la costituzione del tavolo di regia al quale partecipa il primo

livello della rete con l'integrazione del visitatore itinerante e di un operatore della Casa. Questa cabina di regia ha il compito di avviare e monitorare le azioni sul campo.

b) La seconda azione riguarda la *formazione degli operatori* che viene curata dall'Associazione 'La bottega del possibile' che trasferisce così il *know-how* della sua trentennale esperienza in un progetto più ampio. La formazione viene dedicata non solo all'operatore itinerante, ma anche agli operatori della Casa che sono coinvolti nel progetto e che prestano servizi specialistici a domicilio.

c) La terza azione riguarda la costituzione dell'equipe operativa a cui partecipano: il 'Visitatore itinerante', gli operatori OSS coinvolti, il direttore della struttura, l'assistente sociale del territorio, un operatore della struttura e un educatore professionale.

d) La quarta azione è la strutturazione di un sistema di informazione/sensibilizzazione degli attori e della comunità locale. Questa azione, che trasversalmente interessa l'intero progetto, risulta fondamentale per la costruzione delle reti, per ampliare la platea dei partecipanti (i volontari, le parrocchie, le associazioni, i medici di famiglia, ecc.) e per il coinvolgimento degli utenti. Al fine di superare possibili diffidenze e timori nell'accogliere l'operatore in casa, viene attivata una specifica azione di sensibilizzazione, attraverso una lettera a firma del Sindaco di Bernezzo che invita le persone anziane e le loro famiglie a fidarsi dell'operatore che andrà presso i loro domicili. È sempre la stessa amministrazione comunale a fornire l'elenco di tutte le persone di età superiore a 70 anni che abitano nel territorio comunale, compresi coloro che vivono fuori dal centro abitato, e quindi, a maggior rischio di isolamento.

La *seconda fase del progetto*, relativa all'azione sul campo, si avvia nel gennaio 2009 e si articola nelle seguenti azioni:

a) *Il rilievo dei bisogni***.** Nel periodo compreso tra gennaio 2009 e giugno 2010 (periodo oggetto di valutazione da parte della Fondazione), la 'Visitatrice itinerante' visita 404 anziani ultrasettantenni residenti nel Comune di Bernezzo per un totale di oltre 1.600 incontri. In base alle valutazioni della visitatrice vengono prese in carico dal progetto 44 persone residenti sul territorio. «Nello specifico si tratta di 17 uomini (39.5%) e 26 donne (60.5%). Quasi la metà di queste persone sono celibi/nubili o hanno perso il coniuge (rispettivamente il 5% e 40%), mentre la restante parte può ancora contare sulla presenza di un coniuge o convivente (rispettivamente 42.5% e 12.5%)» (Fondazione CRC, 2012:98).

b) *L'erogazione di servizi personalizzati.* Per ogni persona presa in carico dal progetto, viene redatto un *Piano Assistenziale Individualizzato* finalizzato a valutare i bisogni e le risorse dell'anziano e ad individuare gli interventi e le figure professionali da attivare. Il Piano assistenziale viene condiviso con i parenti, con l'anziano e con i servizi sociali. Gli utenti presi in carico dal progetto, pur con diversi livelli di intensità, presentano condizioni di fragilità caratterizzate dall'interazione di fattori socio-economici e condizioni sanitarie. La durata media delle prese in carico nel periodo considerato (1 gennaio 2009-30 giugno 2010) è di circa 17 mesi, con un range che va da un minimo di 4 a un massimo di 22 mesi di assistenza personalizzata. Sotto il profilo dell'impegno orario, la presa in carico media ha richiesto 97.5 ore di servizi (min 5 ore max 645,5 ore per i casi più complicati)» (Fondazione CRC, 2012: 70). I servizi erogati coprono un range ampio che comprende:

- l'aiuto per le attività di natura quotidiana (consegna pasti, spesa e farmaci a domicilio; lavanderia, aiuto nell'igiene personale, nell'alzata mattutina, ecc.);
- il supporto per l'espletamento di pratiche (segretariato sociale)
- il supporto di accompagnamento sia per visite mediche, ma anche per attività di socializzazione (le 'Giornate del sollievo' organizzate all'interno della 'Casa Don Dalmasso');
- il supporto e l'accompagnamento per attività di relazione, socializzazione e animazione e uscite sul territorio.

La *terza fase*, conclusasi nel 2012, è stata dedicata ad una *valutazione,* condotta dalla Fondazione CRC, degli *esiti del progetto*, al fine di verificare i fattori positivi della sperimentazione e l'opportunità di una esportazione di tale modello in altri contesti della Provincia di Cuneo.

Dal rapporto di valutazione (Fondazione CRC, 2012) emergono, per il periodo compreso tra l'1 gennaio 2009 e il 30 giugno 2010, i seguenti aspetti rilevanti:

- i servizi attivati dal progetto hanno favorito nel 62% dei casi la *stabilizzazione delle criticità* rilevate alla data della presa in carico; nel 28,2% dei casi si è ottenuto anche un *miglioramento* delle condizioni di salute, mentre nel 9,8% dei casi si è registrato un *peggioramento* delle condizioni.
- Per quanto riguarda la *spesa sanitaria* e la *spesa sociale*, i dati di valutazione evidenziano che mentre per la prima non si registrano diminuzioni, per la seconda invece si evidenziano diminuzioni sia nel numero di ore erogate agli anziani, sia nel numero di beneficiari in carico al Consorzio socio-assistenziale. Da precisare però che tali diminuzioni corrispondono ad un effetto di sostituzione: «i servizi non erogati dal Consorzio sono erogati dal Progetto, così come gli utenti anziani non più in carico al Consorzio sono stati presi in carico dal Progetto» (Fondazione CRC, 2012: 97).
- Per quanto riguarda la riduzione dell'istituzionalizzazione in strutture residenziali, i risultati del progetto evidenziano che sui cinque casi che alla data della presa in carico presentavano un'elevata probabilità di istituzionalizzazione, due hanno potuto evitare il ricovero in struttura grazie ai servizi erogati a domicilio dal progetto.

▪ ***Dopo il 2011: la sostenibilità economica***

La fase più impegnativa del progetto è quella che si apre dopo il 2011, momento nel quale cessa il contributo finanziario della Fondazione CRC. Nel corso della prima annualità, i servizi resi a domicilio o presso la struttura erano stati erogati gratuitamente con copertura totale dei costi da parte della Fondazione CRC (116.260 euro); nel secondo anno, il contributo della Fondazione CRC era diminuito e i beneficiari avevano contribuito con una quota pari al 50% dei costi del servizio erogato (50.000 euro); dal terzo anno in poi, in assenza di contributo, gli utenti pagano interamente i servizi di cui beneficiano, mentre rimane gratuita la sola visita domiciliare orientata alla prevenzione. L'esperienza del progetto ha evidenziato che, la gradualità attraverso cui si è introdotto il contributo individuale unitamente al progressivo apprezzamento dei servizi erogati e delle attività del visitatore itinerante (riferimento per la comunità), hanno consentito il proseguimento dell'iniziativa senza una riduzione degli utenti iniziali. La ragione fondamentale è anche da ascriversi al consistente minore costo che comunque gli anziani o le loro famiglie sostengono per i servizi domiciliari erogati rispetto alle rette medie di una RSA o casa di riposo, o di un aiuto privato, oltreché ad una qualità della vita significativamente migliore nella propria residenza.

Resta problematica invece la copertura dei costi legati alle attività di *prevenzione e animazione sociale* prestate dal *visitatore itinerante* che sono difficilmente addebitabili agli utenti, poiché non corrispondono a servizi concreti. Il progetto è riuscito a mantenere tale figura attraverso due azioni:

- piccolo contributo annuale alla struttura da parte del Comune di Bernezzo;
- coinvolgimento in questa attività di prevenzione e supporto alla socializzazione che non richiede personale specializzato, di personale volontario (Gruppo volontariato diocesano) formato e coordinato da un operatore professionista (OSS o assistente sociale).

Al 2018 si registra un aumento dei servizi resi a domicilio e nella struttura, oltre che l'istituzionalizzazione del 'Centro Diurno' (2013). Le forme e le modalità di erogazione sono specificate nel Regolamento Interno della Casa del 2019 che all'art. 7 recita «La casa offre anche un progetto di domiciliarità denominato "Veniamo a trovarvi". Gli interventi di tale progetto vanno concordati con l'Operatore Itinerante della struttura che verificherà, insieme alla direzione, la modalità degli interventi richiesti. In riferimento a tale progetto, la casa è autorizzata per un Centro Diurno di 20 persone autosufficienti. Per aiutare le famiglie che desiderino usufruire del servizio, gli inserimenti vengono concordati e personalizzati in riferimento alle singole richieste. Il trasporto può essere fatto dai familiari o, nei casi di necessità, dagli operatori della casa. La casa offre anche la possibilità di usufruire dei soli pasti (in struttura o a domicilio) e di partecipare a progetti di animazione» (Casa Don Dalmasso, Regolamento interno, 2019: 3). I servizi offerti sono evidenziati nella Figura 1.

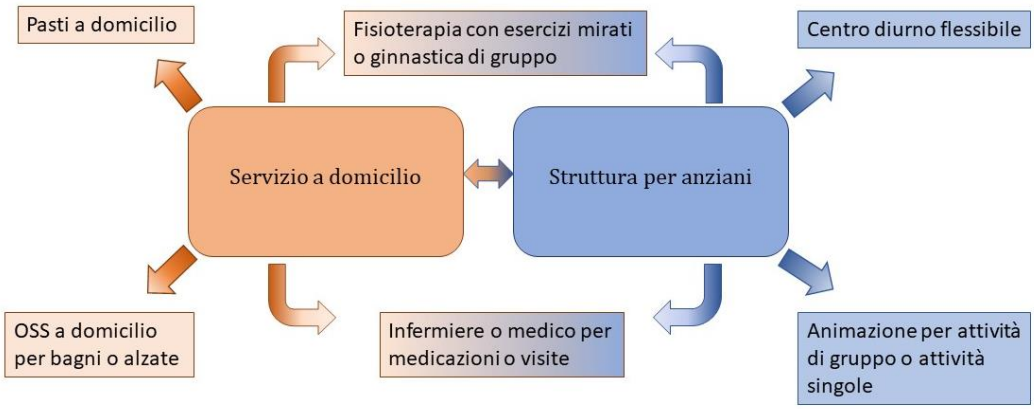


Figura 1. I servizi offerti dalla Casa Don Dalmasso a Bernezzo per favorire la domiciliarità. Fonte: Ns. elaborazione su Garrone, 2019: 4.

8 Agency e relazioni con il sistema

▪ ***Principali attori ed eventuale leadership***

Benché si sviluppi a partire dalla collaborazione di tre attori iniziali (Fondazione CRC, Associazione 'La bottega del possibile' e 'Casa Don Dalmasso') il progetto coinvolge una rete di attori molto più ampia: il comune, il consorzio socio-assistenziale, l'ASL, i medici di famiglia, la parrocchia, le associazioni di volontariato.

▪ ***Relazioni con il sistema***

L'iniziativa parte come iniziative sperimentale autonoma rispetto al contesto legislativo e programmatico, ma coinvolge gli attori istituzionali locali e diventa parte del sistema, benché interamente (o parzialmente) a carico degli utenti. È proprio la costruzione di una rete ampia, che coinvolge il sistema pubblico e da questo è validata, che ha consentito l'attuazione del progetto e, soprattutto, la sua prosecuzione fino ad oggi.

▪ ***Cosa è rimasto del progetto***

Il progetto è ancora attivo ed è diventato un modello che è stato replicato in altri contesti della Provincia di Cuneo e nel 2019 è stato avviato nella stessa città di Cuneo, sempre con un iniziale supporto finanziario della Fondazione CRC. La Regione Piemonte cita e replica tale iniziativa.

9 Risorse mobilitate (finanziarie, umane, organizzative, politiche)

▪ ***Risorse finanziarie***

Il progetto iniziale (ma anche le successive repliche in altre località) usufruiscono di un finanziamento iniziale biennale (decrescente) della Fondazione CRC:

- primo anno 116.260 euro;
- secondo anno 50.000 euro, con compartecipazione al 50% del costo dei servizi da parte degli anziani beneficiari;
- dal terzo anno i costi sono a totale carico degli anziani e/o delle famiglie che usufruiscono del servizio, con solo un piccolo contributo da parte del comune per sostenere i costi del visitatore itinerante. Si realizza cioè un rapporto tra privati (la 'Casa Don Dalmasso' e la famiglia), sulla base di un tariffario per le prestazioni fruite. In alcuni casi specifici il servizio pubblico riconosce alle famiglie un *voucher per pagare*, anche solo in parte, il servizio (Garrone, 2019).

▪ ***Risorse umane, organizzative e politiche***

Tre gli aspetti da sottolineare in merito alle *risorse umane*:

- il ruolo chiave del 'Visitatore itinerante' che diventa una 'sentinella del territorio', ma anche un riferimento strutturale per anziani, famiglie, medici di medicina generale, ecc.;
- le economie di scala che si riescono a generare con l'apertura della Casa al territorio, laddove il personale specializzato della struttura viene anche coinvolto nelle attività domiciliari;
- il contributo sostanziale che viene fornito dalle associazioni di volontariato nello svolgere quelle attività di supporto e di socializzazione che non richiedono specifiche competenze, ma che incidono sulla qualità della vita delle persone anziane e sull'isolamento.

Per quanto attiene alle *risorse organizzative e politiche*, è evidente che i soggetti attuatori sono stati in grado di costruire una rete per l'attuazione del progetto ampia e strutturata, che coinvolge l'attore pubblico. È questa la premessa per l'autosufficienza dell'iniziativa dopo la fase sperimentale. L'attore pubblico non eroga risorse per i servizi forniti, a meno di piccole integrazioni dell'ente locale e di alcuni *voucher* concessi in specifiche situazioni, ma accoglie il servizio nel sistema (attraverso la collaborazione dell'ASL e del Consorzio), integrandolo e validandolo.

10 Dimensioni innovative

▪ ***Soddisfazione di bisogni non coperti dal sistema di cura***

Il progetto consente di erogare servizi a soggetti che per reddito ISEE risulterebbero esclusi dal sistema pubblico e sarebbero quindi *lasciati* a sé stessi. Probabilmente, la spesa che è necessario sostenere presume che gli utenti abbiano redditi medio-alti, ma di converso garantisce una qualità migliore di quella che si potrebbe ottenere con un'organizzazione individuale degli stessi servizi (badante, ecc.).

▪ ***Modifica delle relazioni sociali/istituzionali tra anziani e altri attori***

Il progetto contribuisce a modificare le relazioni tra gli attori del sistema locale e tra questi e gli anziani, creando un'interazione virtuosa tra i diversi soggetti.

▪ ***Empowerment/aumento della capacità di esprimersi e incidere***

L'erogazione di servizi personalizzati potenzia la capacità di esprimersi e di incidere da parte degli utenti (anziani e famiglie).

11 Principali risultati dell'iniziativa

- Diminuzione della istituzionalizzazione in RSA e mantenimento della domiciliarità anche per persone e famiglie che inizialmente avevano richiesto il ricovero permanente nella struttura.
- Forte ampliamento della platea dei soggetti assistiti.
- Incremento di benessere sia per gli anziani direttamente coinvolti sia per i loro familiari, spesso lontani ma rassicurati da una rete di presidio presente in modo capillare e continuo all'interno del territorio.

12 Punti di forza e fattori di successo

▪ ***Punti di forza***

- Costruzione di un sistema di governance allargata (la rete del progetto), che in questo caso è efficace ed efficiente. Sono coinvolti tutti i soggetti, pubblici e privati, che agiscono e hanno competenze sul tema.
- Qualificazione di nuove figure professionali (il 'Visitatore itinerante').
- Rilievo dei bisogni e monitoraggio continuo attraverso il lavoro del 'Visitatore itinerante' e la costruzione di risposte personalizzate.
- Elevata flessibilità delle soluzioni assistenziali, capaci di offrire ad anziani e famiglie un ampio spettro di servizi intermedi tra 'tutto-domicilio' e 'tutto-casa di riposo'.

- Sperimentazione e sviluppo di servizi diversificati rivolti a tutti gli anziani, indipendentemente dal reddito, nella misura in cui viene previsto il pagamento delle prestazioni per coloro che non usufruiscono del contributo pubblico.
- Stretta collaborazione con i medici di medicina generale (che segnalano alle famiglie l'esistenza di questi servizi e alla struttura lo stato di bisogno della famiglia).
- Collaborazione strutturata con i Servizi Sociali comunali, a cui l'OSS itinerante, d'intesa con gli operatori di 'Casa Don Dalmasso', fa riferimento in caso di situazioni particolarmente problematiche.
- Ampio coinvolgimento del volontariato
- Azioni orientate alla prevenzione e all'accompagnamento piuttosto che all'emergenza

▪ ***Fattori di successo***

- Forte capacità progettuale e di iniziativa imprenditoriale da parte degli attori privati iniziali, l'associazione 'La bottega del possibile' e la casa di riposo 'Casa Don Dalmasso'. Quando finisce la fase sperimentale (finanziata da CRC), 'La bottega del possibile' esce dall'iniziativa, ma diventa motore della replicabilità, assumendo una funzione di formazione e disseminazione.
- Disponibilità e capacità di operare in rete delle istituzioni pubbliche locali, agevolata da una cultura della collaborazione interistituzionale.
- Contesto socio-economico dinamico (crescita demografica, reddito elevato, indice di vecchiaia relativamente basso) che favorisce la sostenibilità economica dell'iniziativa.

13 Punti di debolezza e fattori di rischio

- L'iniziativa si autosostiene economicamente attraverso il pagamento dei servizi da parte degli utenti. L'offerta si rivolge pertanto ad una platea di utenti a reddito medio, medio-alto. Nel lungo periodo questa autosufficienza potrebbe non essere possibile.
- In stretta relazione con il punto precedente, non è chiaro quanto siano integrati nel sistema di cura messo in piedi i soggetti più deboli (che non possono permettersi di pagare). Si configura così un rischio concreto di esclusione delle fasce sociali a basso reddito.
- Si sono riscontrate difficoltà nel coprire – con contributo pubblico – i costi del 'Visitatore itinerante', che rappresenta una figura chiave dell'iniziativa.
- Difficoltà di rimodulare il lavoro all'interno alla struttura per anziani, nel momento in cui gli operatori sono impegnati o anche nelle attività legate alla domiciliarità.
- Benché l'iniziativa sia ormai ben collaudata e stabilizzata, si potrebbero verificare rischi relativamente alla collaborazione tra sistema pubblico e attori privati.
- Potrebbe inoltre verificarsi una 'deriva' verso il profitto, piuttosto che l'attuale solidarietà.

14 Potenziale in termini di policy: replicabilità e/o *up-scaling*

La sperimentazione positiva del progetto lo ha fatto diventare, in un breve periodo, un modello, che è stato ampliato e replicato secondo tre traiettorie principali.

La prima, promossa sempre dalla Fondazione CRC, è stata indirizzata a sostenere lo start up di analoghe iniziative in altri contesti della Provincia di Cuneo. I positivi risultati riscontrati hanno rafforzato ulteriormente questa linea di intervento e nei bandi *Cantiere Nuovo Welfare* 2015 e 2016, una delle misure di riferimento per la presentazione di progetti era l'avvio di servizi a sostegno della domiciliarità per le persone anziane, secondo il modello sperimentato nel Progetto *Veniamo a trovarvi* (nel 2016 il progetto viene avviato anche nella Città di Cuneo).

La seconda traiettoria, promossa invece dalla 'Casa Don Dalmasso', è stata orientata ad aprire ulteriormente la struttura al territorio in una prospettiva di ampliamento della rete. È stato così creato un *portale* che raggruppa 48 strutture (Associazione cuneese case di riposo - SIRIUS), cui l'utenza può rivolgere domanda di inserimento. La famiglia può, di conseguenza, con una sola domanda, presentare richiesta di accesso ai servizi in tutte le strutture o può operare una selezione in base alle proprie scelte (Garrone, 2019). Nel novembre 2019 è stato inoltre siglato un accordo di gemellaggio con altre due strutture (di Bra e di Andora) che prevede forme di collaborazione e trasferimento di buone prassi per favorire la domiciliarità.

La terza, promossa dalla Regione Piemonte, è stata finalizzata a proporre questo modello nel 'primo pilastro' della strategia regionale per le aree interne 'Rafforzamento dei servizi collettivi essenziali' (servizi socio-sanitari).

In conclusione, il Progetto *Veniamo a trovarvi* ha espresso un forte potenziale in termini di replicabilità e *up-scaling*. La fornitura di servizi domiciliari personalizzati, flessibili, fruibili da tutti gli anziani con reddito medi-alto ad un costo sostenibile, fa parte infatti di un campo di sperimentazione ed esplorazione che vede un capovolgimento del modello classico dell'assistenza residenziale ed estende la sua azione alla domiciliarità.

Su tale sperimentazione altre realtà del privato sociale hanno avviato progetti in grado di fornire soluzioni ed interventi, a carattere privato, volti ad aiutare l'anziano nel proprio contesto domiciliare. Queste esperienze vengono molto spesso intraprese da strutture socio-assistenziali e socio-sanitarie già operanti nell'ambito dei servizi residenziali e semiresidenziali che, insieme ai medici di medicina generale, rappresentano soprattutto nei piccoli comuni, un riferimento per i cittadini. Queste strutture nel momento in cui si aprono al territorio «diventano un vero e proprio *front-office dell'emergenza* e, grazie all'attività di segretariato sociale che svolgono, riescono a fronteggiare diverse situazioni con minor dispendio di tempo e di risorse per la famiglia e per la rete dei servizi» (Garrone, 2019: 3).

15 Fonti

▪ ***Riferimenti bibliografici e sul web***

Cibinel, E., Maino F., Manfredda, F., Porzio, G. (2017) *Indagine propedeutica allo sviluppo di un intervento di sistema sul territorio regionale nell'ambito dell'assistenza familiare* [online]. Regione Piemonte. POR Piemonte FSE 2014/2020. Accessibile su: http://www.regione.piemonte.it/diritti/web/pariopportunita/assistenza-familiare (Consultato: gennaio 2020).

Fondazione Cassa di Risparmio di Cuneo – Centro Studi (2012) *Veniamo a trovarvi. Il contesto, l'esperienza, i risultati e le prospettive* [online]. Fondazione CRC: Cuneo. Accessibile su: https://www.fondazionecrc.it/index.php/analisi-e-ricerche/quaderni/27-quaderno-vat-aprile2012 (Consultato: febbraio 2020).

Garrone, D. (2019) 'Domiciliarità e residenzialità: due mondi in uno', *I luoghi della cura*, 3, pp. 1-7.

Invernelli, S. (2011a) 'Veniamo a trovarvi: il sostegno alla domiciliarità per far star meglio a casa gli anziani soli', in Lazzarini, G., Gamberini, A. e Palumbo, S. (a cura di) *L'home-care nel welfare sussidiario. Reciprocità e ben-essere nelle relazioni di cura.* F. Angeli: Milano, pp. 156-62.

Pollo, D., Rao, S. (2018) 'Il progetto tutti in rete: esperienze di sostegno alla domiciliarità', *I luoghi della cura*, 1, pp.1-8.

Regione Piemonte (2017) *Programmi Fondi Europei 2014-2020. Strategia Nazionale Aree Interne - Approvazione Strategia Area Interna delle Unioni Montane Valli Grana e Maira, in conformità alla DGR 21-1251 del 30.03.2015.* Deliberazione della Giunta Regionale 20 aprile 2017 n. 17, 4898.

Silvestri, A. (2015) 'Il progetto Veniamo a trovarvi. Sostegno alla domiciliarità per anziani in provincia di Cuneo' [online]. Presentazione Fondazione Cassa di risparmio di Cuneo. Accessibile su: https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&cad=rja&uact=8&ved=2ahUKEwj2lryKpfvkAhVN3KQKHdwzDOEQFjAAegQIABAC&url=http%3A%2F%2Fwww.fondazionetriulza.org%2Fdocument%2F3233%2F&usg=AOvVaw0YZZ-IjES97EALu17I8B4G. (Consultato: gennaio 2020).

16 Data chiusura del caso studio

La ricostruzione e l'analisi critica del caso studio si sono concluse nel mese di aprile 2020.

IN-AGE - INclusive AGEing in place
Laboratorio Politiche Sociali, Politecnico di Milano
Dipartimento Architettura e Territorio, Università Mediterranea di Reggio Calabria
Centro Ricerche Economico-Sociali per l'Invecchiamento, INRCA-IRCCS, Ancona

2 PONY DELLA SOLIDARIETÀ

di Antonella Sarlo
Dipartimento Architettura e Territorio, Università Mediterranea di Reggio Calabria

1 Breve descrizione dell'iniziativa

Il progetto, promosso dall'Auser Piemonte e finanziato dalla Compagnia San Paolo, è stato avviato nel 1999 a Torino limitatamente al periodo estivo, si è successivamente ampliato nel tempo (per l'intero anno) e nello spazio (per gran parte del territorio regionale). L'iniziativa ha un duplice scopo: da un lato, fornisce agli anziani una assistenza diversa, un sostegno più familiare e, dall'altro, consente a giovani studenti volontari di conoscere e vivere direttamente i problemi della società che li circonda, arricchendosi delle esperienze e delle testimonianze delle generazioni che li hanno preceduti. L'iniziativa si fonda su un sistema di 'relazioni-azioni' personalizzate in relazione all'utente preso in carico e ai suoi bisogni concreti. Il progetto è riuscito a creare nel tempo una forte rete solidale che coinvolge anche le famiglie degli anziani, le famiglie dei ragazzi e le comunità educative scolastiche.

2 Luogo

ITALIA, **Piemonte, Torino, tutte le province piemontesi.**

3 Contesto territoriale

▪ ***Tipologia di area***

Questa iniziativa è attiva in tutte le province piemontesi.
La Regione Piemonte, nel 2018, è la quarta regione italiana per indice di vecchiaia ed è la terza regione, insieme all'Umbria, per percentuale di popolazione over 65 anni. Tali dinamiche demografiche hanno fatto registrare una notevole accelerazione a partire dal 2010.
Confrontando i dati del 2010 e del 2018 (IRES Piemonte, 2020) possiamo osservare che:

- nel 2018 il 25,5% della popolazione piemontese ha più di 65 anni rispetto ad una media nazionale del 22,8%; tale valore regionale nel 2010 era pari al 22,9%;
- l'indice di vecchiaia nel 2018 è pari 205,9 con valori massimi nella provincia di Biella pari a 267,8 e minimi nella provincia di Novara pari a 183, valori comunque al di sopra della media nazionale pari a 173,1. Nel 2010 l'indice di vecchiaia regionale era pari a 177,7 quindi in otto anni ha fatto registrare un aumento di circa il 28%;
- l'indice di dipendenza degli anziani in Piemonte, sempre nel 2018, è pari a 41,2 rispetto ad una media nazionale del 35,7; nel 2010 questo indice era pari a 35,6, quindi in otto anni è cresciuto di più di cinque punti.

▪ ***Scala di azione***

L'iniziativa promuove azioni che favoriscono la domiciliarità leggera, la mobilità e la socializzazione delle persone anziane nel proprio ambiente di vita, sperimentando un approccio intergenerazionale che si basa sul coinvolgimento di giovani volontari (studenti e universitari tra i 16 e i 29 anni) guidati e formati dai volontari dell'Auser.

4 Tipologia dell'iniziativa e approccio

▪ ***Tipologia***

È questa un'iniziativa volontaristica, di natura informale, promossa dal basso (Auser Provincia Torino) e finanziata dal 2000 ad oggi dalla Fondazione Compagnia San Paolo.

▪ ***Soggetti attuatori***

Auser Piemonte; Auser Alessandria; Auser Asti; Auser Biella; Auser Cuneo; Auser Novara; Auser Torino; Auser Verbano-Cusio-Ossola; Auser Vercelli.

▪ ***Altri soggetti coinvolti (rete mobilitata dal progetto)***

- Scuole del territorio;
- volontari Auser;
- comuni e servizi sociali;
- aziende sanitarie locali;
- case di riposo;
- studenti e famiglie.

▪ ***Fonti di finanziamento***

Il progetto dall'anno 2000 riceve un contributo dalla Compagnia San Paolo che si è progressivamente irrobustito, raggiungendo dal 2009 e fino al 2018 i 300.000 euro all'anno.

Dal 2019 invece la Compagnia San Paolo sta riducendo progressivamente il suo contributo (nel 2019: 200.000 euro; nel 2020: 100.000 euro) prevedendo un azzeramento nel 2021.

▪ ***Approccio***

Il progetto segue un approccio che parte dal basso e si caratterizza per l'autogestione da parte di un'associazione di volontariato e di promozione sociale, la cui missione è **favorire l'invecchiamento attivo degli anziani** e valorizzare il loro ruolo nella società. Su questo progetto si registra un impegno costante dell'intero apparato dirigenziale e volontario dell'Associazione dell'Auser.

▪ ***Target e beneficiari***

- Persone anziane, spesso senza una rete familiare di supporto.
- Nel 2018 sono stati presi in carico complessivamente 1.196 anziani.

5 L'iniziativa

▪ ***Ambito di intervento***

1. Pratiche innovative che riguardano la vita *in casa* dell'anziano.
1.1. Servizi innovativi a domicilio.
2. Pratiche innovative che riguardano la vita *fuori casa* degli anziani.
2.1. Servizi innovativi per facilitare la socializzazione.

▪ ***Obiettivi***

L'obiettivo principale del progetto è il sostegno alla domiciliarità degli anziani attraverso il coinvolgimento di giovani volontari, studenti delle scuole superiori e delle università, di età compresa dai 16 ai 29 anni. Nelle scuole che partecipano al progetto, l'iniziativa fa parte dei percorsi di alternanza scuola/lavoro.

Il progetto nel tempo ha ampliato i servizi anche alle case di riposo, dove i pony offrono una compagnia diversa, basata sulla socializzazione e sull'organizzazione, insieme agli anziani, di piccoli eventi (spettacoli, ecc.). Un'ulteriore gemmazione del progetto ha riguardato l'organizzazione di corsi di informatica e di lingua inglese tenuti dai pony.

6 Temporalità

- **1999** Si avvia sperimentalmente il Progetto *PonyAuser 1999 Estate in città*, promosso dall'Associazione Centro Auser Provinciale di Torino a sostegno dei cittadini anziani che restano in città durante il periodo estivo.
- **2000** Si ripete il progetto *PonyAuser 2000 Estate in città,* sempre nella città di Torino, e la Compagnia San Paolo supporta l'iniziativa con un finanziamento di 40 milioni di lire.
- **2001** Finanziamento di 54 milioni di lire (27.889 euro) da parte della Compagnia San Paolo per supportare la terza edizione del Progetto *PonyAuser 2001 Estate in città.*
- **2002** Il progetto, promosso sempre dall'Associazione Centro Auser Provinciale – Torino, si amplia e diventa *I Pony della solidarietà - I giovani per gli anziani tutto l'anno* e la Compagnia San Paolo concede un finanziamento pari a 61.000 euro.
- **2003** Il finanziamento della Compagnia San Paolo al progetto si irrobustisce e arriva a 70.000 euro.
- **2003** I pony dell'Auser di Torino salvano la vita ad un'anziana presso cui prestavano attività di volontariato.
- **2004-05** Il progetto continua ad essere promosso nel territorio provinciale di Torino e la Compagnia San Paolo concede i seguenti contributi: nel 2004, 100.000 euro; nel 2005, 120.000 euro.
- **2006** Il progetto si amplia alle Province di Asti, Cuneo e Verbano-Cusio-Ossola e il contributo della Compagnia San Paolo arriva a 210.000 euro.
- **2007** Il progetto si amplia anche alle province di Alessandria e Novara con un contributo sempre crescente della Compagnia San Paolo pari a 250.000 euro.
- **2008** Il progetto si amplia anche alla Provincia di Biella (contributo della Compagnia San Paolo pari a 280.000 euro).
- **2009** Il progetto si amplia anche alla Provincia di Vercelli (contributo della Compagnia San Paolo pari a 300.000 euro).
- **2011- 2018** Il Progetto *Pony della solidarietà* viene finanziato per le province piemontesi dalla Compagnia San Paolo con un contributo annuo pari a 300.000 euro.
- **2012** L'Auser Biella promuove il Progetto *Pony dell'informatica* in via sperimentale e con la collaborazione dell'Istituto Superiore del Cossatese e della Valle Strona (primo corso di alfabetizzazione informatica rivolto ad anziani e tenuto da tutors studenti volontari).
- **2014** Il Progetto *Pony della solidarietà* viene finanziato a Taranto nell'ambito del bando 'Puglia Capitale Sociale' promosso dall'Assessorato al Welfare della Regione Puglia e presentato da Auser provinciale di Taranto ed altre associazioni in collaborazione con due istituti scolastici.
- **2015** L'Auser Piemonte presenta ad un simposio formativo di livello Europeo organizzato da *SOLIDAR* (Organizzazione coordinatrice di associazioni di volontariato in Europa) come buona pratica ed eccellenza del volontariato Piemontese il Progetto *Pony della Solidarietà*.
- **2019** L'Auser Piemonte elabora uno studio su 'L'impatto sociale dell'Auser Piemonte tramite il progetto Pony della solidarietà' e lo pubblica sul sito istituzionale.
- **2019** Fondazione San Paolo riduce il contributo al progetto.
- **2019** Finanziamento pari a 93.000 euro, su bando competitivo, della Regione Piemonte al Progetto *Pony della solidarietà.*
- **2020** Fondazione San Paolo riduce ulteriormente il contributo al progetto.

7 Origine, radici, principali tappe del progetto

▪ ***Le origini e le radici***

Il Progetto, avviato sperimentalmente nel 1999 con la denominazione *PonyAuser 1999 Estate in città*, viene promosso dall'Associazione Centro Auser Provinciale di Torino con la finalità di fornire sostegno ai cittadini anziani che restano in città durante il periodo estivo. Elemento propulsivo è stato quello di rispondere al bisogno di domiciliarità leggera nel periodo estivo. Il progetto nell'arco di vent'anni si è ampliato secondo diverse traiettorie:

- di *estensione temporale* passando da un'offerta di servizi stagionale ad un'offerta annuale;
- di *estensione territoriale* con un effetto-replica che ha via via interessato tutte le province piemontesi;
- di *estensione della rete dei soggetti coinvolti* con un progressivo ampliamento di relazioni strutturate con diversi soggetti pubblici e privati del territorio;
- di *estensione dei servizi offerti,* con un ampliamento dell'offerta di servizi di domiciliarità leggera e di iniziative volte alla socializzazione;
- di *estensione della progettualità espressa dall'Auser Piemonte* che per rendere sostenibile l'iniziativa, in vista della riduzione del finanziamento e del suo annullamento, ha presentato e vinto un progetto su bando competitivo regionale.

L'obiettivo principale del Progetto è il sostegno alla domiciliarità leggera degli anziani attraverso il coinvolgimento di giovani volontari, studenti delle scuole superiori e delle università, di età compresa dai 16 ai 29 anni. Obiettivi specifici che il progetto promuove sono (Auser, 2016):

- favorire la permanenza delle persone anziane nel proprio domicilio;
- offrire agli anziani occasioni ludiche, di relazione sociale e di apprendimento;
- rispondere al bisogno di superamento della solitudine;
- sviluppare nei giovani la sensibilità verso il mondo degli anziani e la comprensione del valore della loro esperienza.

I servizi, che i ragazzi coinvolti nel progetto offrono, sono di diversa natura:

- di assistenza leggera presso il domicilio degli anziani (compagnia, letture, giochi di società, passeggiate, momenti di racconto, assistenza nelle commissioni quotidiane);
- di assistenza presso le Case di Riposo con cui le Auser territoriali collaborano. L'attività in casa di riposo può avvenire sia verso un gruppo di anziani, sia verso un unico utente (simile all'assistenza domiciliare);
- di organizzazione di attività ludiche e ricreative presso i centri sociali diurni per anziani gestiti dagli enti comunali con cui Auser collabora;
- di alfabetizzazione informatica di base ed avanzata, delle nuove modalità di comunicazione (WhatsApp, ecc.).

Il modello di *governance* sperimentato dall'Auser Piemonte per la promozione e gestione del progetto prevede ruoli e responsabilità molto chiare, in particolare (Lodi, 2020):

- l'Auser regionale Piemonte svolge funzioni di regia, coordinamento, promozione e assegnazione delle risorse finanziarie; sempre a livello centrale (Auser Piemonte) è attivo un numero verde al quale gli anziani si rivolgono per diverse problematiche e gli operatori, nel rispetto delle normative sulla *privacy*, compilano delle schede utente e realizzano una banca dati. Nel momento in cui le chiamate riguardano problematiche legate alla solitudine si avviano delle verifiche per valutare la possibilità di coinvolgimento dell'anziano nel Progetto *Pony*.
- Le Auser territoriali, con il coordinamento regionale e in relazione con le sedi locali, attivano i contattati con i dirigenti scolastici per verificare l'interesse a partecipare a tale progetto; in caso affermativo, a valle di una convenzione con gli istituti scolastici, viene presentato dall'Auser il progetto nelle scuole e vengono individuati i ragazzi interessati; successivamente i genitori, per i minori, danno l'assenso alla partecipazione al progetto e viene offerto agli studenti un percorso di formazione dai volontari Auser.

Le sedi ALA (Associazioni Affiliate Locali), a livello locale, gestiscono la distribuzione dei ragazzi presso i domicili degli anziani e le case di riposo.

▪ ***Le principali tappe del progetto***

Tre sono le tappe principali che caratterizzano l'attuazione del progetto:

a) *Dal Progetto PonyAuser 1999 Estate in città al Progetto Pony della solidarietà (1999-2001).*

La prima fase di avvio e sperimentazione, su un contesto circoscritto e per un tempo breve (estate), si svolge dal 1999 al 2001 su un'idea dell'Auser di Biella sperimentata dal Centro Auser Provinciale di Torino. In questa fase il Progetto, denominato *PonyAuser 1999 Estate in città* è limitato alla sola Città di Torino ed è attivato unicamente per il periodo estivo. Presenta ancora i tratti caratteristici dell'intervento limitato nel tempo e finalizzato a dare risposte a bisogni emergenti, anche se con modalità innovative che tendono alla promozione di forme di solidarietà intergenerazionale. Nel primo anno il progetto si attua senza finanziamenti esterni ma, a partire dall'anno 2000, la Compagnia San Paolo inizierà a sostenere il progetto con un contributo che progressivamente diventerà più consistente e che ne consentirà l'ampliamento temporale e territoriale.

b) *La nascita del Progetto Pony della solidarietà – I giovani per gli anziani tutto l'anno (2002-2006).*

È nel 2002 che si attua il passaggio dal Progetto *PonyAuser Estate* al più ambizioso *Pony della solidarietà*. Questa fase che possiamo definire di ampliamento e stabilizzazione, prende le mosse nel 2002 promossa sempre dall'Associazione Centro Auser Provinciale di Torino, con un finanziamento della Compagnia San Paolo più generoso rispetto alle annualità precedenti e pari a 61.000 euro. La risposta positiva riscontrata tra i giovani nel periodo di avviamento e di sperimentazione conduce l'Auser Provinciale di Torino ad intraprendere un'azione più duratura nel tempo e più strutturata nella promozione di reti di supporto al progetto che via via vedono l'ingresso delle scuole superiori, degli enti locali e delle aziende sanitarie locali. Nell'anno successivo il progetto viene ampliato anche ad altri comuni della Provincia di Torino e sempre nel 2003 si ha un riscontro molto forte sull'efficacia del Progetto allorquando due giovani *Pony della solidarietà* salvano la vita di un'anziana donna presso cui prestavano la loro attività.

In questi anni il progetto inizia a delinearsi come un'iniziativa sempre più positiva e vengono avviati:

i) la mappatura del bisogno di assistenza degli anziani da parte dei circoli Auser in accordo con i comuni e le aziende sanitarie locali;
ii) i protocolli di collaborazione con le scuole;
iii) i percorsi di formazione tecnico/sociale per gli studenti che aderiscono al progetto, curati da operatori di Auser e da personale esperto, con la finalità di fornire strumenti che facilitino il rapporto con le persone anziane.

Si definiscono inoltre più dettagliatamente i tipi di attività e le modalità attraverso cui saranno impegnati i ragazzi:

- le attività previste contemplano sia momenti relazionali dedicati alla lettura, al gioco delle carte e/o altre attività che possono contribuire a stabilire e consolidare un rapporto di affetto e di amicizia tra persone appartenenti a generazioni molto diverse; sia, se necessario, attività di aiuto e supporto per disbrigare incombenze quotidiane all'esterno dell'alloggio (accompagnamento per la spesa, per visite mediche, ecc.).
- L'impegno richiesto è di almeno un incontro settimanale di due o più ore tra il giovane e l'anziano che gli è stato affidato.

c) *L'ampliamento, la replica e il trasferimento del modello: da Torino alle altre province piemontesi ad altre realtà italiane.*

La terza fase, che si avvia nel 2006 e arriva fino ai giorni nostri, è quella della replica del modello nelle altre province piemontesi e del trasferimento in altre realtà regionali italiane.
È nel 2006 che la Compagnia San Paolo concede un contributo di 210.000 euro sempre all'Associazione Auser Piemonte per promuovere il Progetto *I Pony della solidarietà – I giovani per gli anziani* oltre che nella Provincia di Torino, anche nelle Province di Asti, Cuneo e Verbano-Cusio-

Ossola. Nel 2008 il contributo della Compagnia San Paolo si amplia anche alle Province di Alessandria, Novara e Biella e nel 2010 anche a Vercelli. A Biella nel 2012 viene promosso in via sperimentale e con la collaborazione dell'Istituto Superiore del Cossatese e della Valle Stronacome, il Progetto *Pony dell'informatica* (primo corso di alfabetizzazione informatica rivolto ad anziani e tenuto da *tutors* studenti volontari).

Nel periodo 2015-18 il progetto nei territori della regione Piemonte in cui è attivo ha conseguito i seguenti risultati quantitativi:

Tabella 1. Risorse umane, utenti e ore di volontariato del Progetto *Pony della solidarietà* nelle province del Piemonte: periodo 2015-17.

	2015	2016	2017	2018
Giovani volontari (n. *pony*) che hanno partecipato al progetto	1.327	1.581	1.573	1.422
Utenti (n. anziani) che hanno fruito dei servizi offerti dai *pony*	876	947	938	1.196
Ore di volontariato totali	30.769	34.810	38.570	43.976

Fonte: Ns. elaborazione su dati Auser Piemonte, 2015; 2016; 2017; 2018.

Tabella 2. Riepilogo risorse umane, utenti e ore e per provincia nell'anno 2017.

Sedi (province)	Pony	Utenti	Incontri	Ore
Alessandria	525	210	5.801	13.145
Asti	162	21	1.447	2.876
Biella	107	21	632	1.435
Cuneo	227	192	1.056	2.008
Novara	224	37	3.518	7.036
Torino	175	326	4.019	8.038
Verbano-Cusio-Ossola	104	100	2.259	3.293
Vercelli	49	10	316	739
Totale	**1.573**	**938**	**19.048**	**38.570**

Fonte: Ns. elaborazione su dati Auser Piemonte, 2017.

▪ ***La valutazione dell'impatto sociale del progetto: lo studio dell'AUSER Piemonte***

L'Auser Piemonte ha elaborato, nel 2018 e pubblicato 2019, per quantificare l'efficacia del progetto, una valutazione *dell'impatto sociale* utilizzando il metodo del calcolo del 'Ritorno Sociale dell'Investimento' (SROI), che mira a quantificare il valore sociale creato come cambiamento generato nella vita dei beneficiari e degli altri *stakeholders* coinvolti nel progetto. Per poter attribuire un valore all'impatto sociale, è stato necessario prima quantificarlo attraverso un processo di valorizzazione. La quantificazione dell'impatto è stata effettuata per ciascuna categoria coinvolta nel progetto, identificando una *filiera del beneficio*, che evidenzia le diverse relazioni esistenti con le attività poste in essere, il beneficio generato e il conseguente impatto. Nella Tabella che segue viene riportata una sintesi non esaustiva della *mappatura dell'impatto*, tratta dallo studio dell'Auser (Auser Piemonte, 2019: 21).

A valle della mappatura dell'impatto sociale, lo studio, ha proceduto alla successiva quantificazione in termini economici, comparabili con il valore complessivo degli input immessi nel sistema (Auser Piemonte, 2019: 38). Attraverso l'indice SROI, calcolato come rapporto tra il valore dei benefici sociali generati al netto dei costi di gestione rispetto al valore degli investimenti sostenuti si è ricavato un indice economico (ricavi al netto dei costi operativi di gestione caratteristica, rapportati al capitale investito) che ha reso possibile una precisa valutazione della redditività sociale del progetto. Nel caso specifico il *ritorno sociale dell'investimento*, in termini di *benessere sociale generato*, per ogni euro speso è pari a 12,5 euro. Viene puntualizzato che tale valore è da considerarsi suscettibile di un'oscillazione percentuale di non oltre il 15% a causa

dell'aggregazione delle deduzioni percentuali, del processo di attualizzazione e del tasso di sconto (Auser Piemonte, 2019: 39).

Da tale valutazione emerge come il progetto abbia un ritorno sociale elevato ed un elevato impatto sul benessere sociale.

Tabella 3. Sintesi della mappatura dell'impatto.

Stakeholders	Outcome	Impatto	Valore
Anziani	• Minor isolamento sociale. • Aumento del benessere personale.	Minore uso dei servizi sociali.	Costo orario per un servizio erogato dai servizi sociali.
Pony	Acquisizione skills sociali.	Proattività e coesione sociale.	Valore di acquisizione di competenze.
Volontari Auser	Invecchiamento attivo.	Maggiore disponibilità per attività di volontariato.	Valorizzazione economica del tempo-uomo donato
Famiglie degli utenti	Tempo libero e confronto.	Maggiore serenità in famiglia.	Quantificazione del valore del tempo per sé stessi.
Famiglie dei pony	Valore aggiunto all'educazione del giovane.	Minori conflittualità in famiglia.	Valorizzazione economica del servizio svolto.
Comunità dei pony	Scambio di esperienze e inclusione sociale.	Maggiore coesione sociale.	Valorizzazione economica del tempo dedicato.
Comunità e territorio	Minori attività di promozione e inclusione sociale.	Società più coesa e interattiva.	Risparmio generato a livello territoriale.

Fonte: Auser Piemonte, 2019: 21.

8 Agency e relazioni con il sistema

▪ ***Principali attori ed eventuale leadership***

Il progetto si basa sulla leadership e l'impegno di un'associazione (l'Auser) molto attiva nella promozione sociale e nei progetti rivolti alle persone anziane. L'iniziativa ha nel tempo ampliato i suoi contenuti e la rete di supporto puntando al coinvolgimento e alla sensibilizzazione delle realtà territoriali locali.

▪ ***Relazioni con il sistema***

Parte come iniziativa sperimentale e autonoma rispetto al contesto legislativo e programmatico. Nel tempo mantiene questo suo carattere pur coinvolgendo gli enti locali, le scuole pubbliche e le aziende sanitarie.

▪ ***Cosa è rimasto del progetto***

Il progetto è ancora attivo ed è stato replicato in altri contesti, anche da altre associazioni.

Dal 2021 si aprirà una nuova fase, perché verrà a mancare il contributo finanziario della Compagnia San Paolo; ciò rappresenta una sfida molto impegnativa, che l'Auser Piemonte sta già affrontando esprimendo nuove progettualità attraverso la partecipazione a bandi competitivi.

9 Risorse mobilitate (finanziarie, umane, organizzative, politiche)

▪ ***Risorse finanziarie***

Il progetto è stato attuato anche grazie ad un finanziamento crescente della Compagnia San Paolo (vedi Tabella 4). Nel 2019 il progetto, a fronte di una riduzione pari a 100.000 euro da parte della Compagnia è riuscita ad avere un finanziamento per il progetto, su bando competitivo, dalla Regione Piemonte.

Tabella 4. Quadro dei finanziamenti della Compagnia San Paolo per anno.

Anno	Finanziamento
2000	40 milioni di lire
2001	54 milioni di lire
2002	61.000 euro
2003	70.000 euro
2004	100.000 euro
2005	120.000 euro
2006	210.000 euro
2007	250.000 euro
2008	280.000 euro
2009-18	300.000 euro per anno
2019	200.000 euro (Compagnia San Paolo) 93.000 euro (Regione Piemonte)
2020	100.000 euro (Compagnia San Paolo) + quota finanziata dalla Regione Piemonte

Fonte: Compagnia di San Paolo, anni vari.

▪ ***Risorse umane, organizzative e politiche***

Il progetto si propone ogni anno di mobilitare almeno 1.500 ragazzi. Nel triennio 2015-2018 l'obiettivo, con piccoli scostamenti, è stato sempre raggiunto. Circa il 60% dei ragazzi coinvolti partecipa al progetto per i tre anni previsti (dai 16 alla conclusione del percorso scolastico). Partecipano anche studenti stranieri europei ed extracomunitari.
Oltre ai ragazzi prestano la loro attività i volontari Auser attivi presso le numerose sedi territoriali che svolgono un lavoro di rete determinante al fine di costruire relazioni di partenariato locale, instaurare collaborazioni con le associazioni locali e operare in sinergia con esse.
Molti dei ragazzi che hanno partecipato al progetto nel loro percorso scolastico hanno anche proseguito la loro attività di volontariato negli anni successivi.

10 Dimensioni innovative

▪ ***Soddisfazione di bisogni non coperti dal sistema di cura***

Il progetto, rivolgendosi a persone anziane spesso prive di reti familiari fornisce risposte innovative anche ai bisogni immateriali di socializzazione e di costruzione di nuove relazioni affettive, di compagnia, di coinvolgimento, a cui i sistemi di cura istituzionali non riescono spesso a dare risposta.

Un ulteriore aspetto riguarda il percorso di crescita personale e sociale che il progetto determina nei ragazzi, fornendo un supporto importante in un periodo delicato della loro formazione.

- ***Modifica delle relazioni sociali/istituzionali tra anziani e altri attori***

Il progetto contribuisce a modificare le relazioni tra gli attori del sistema locale, tra questi e gli anziani, e tra gli anziani e i giovani, creando un'interazione virtuosa tra i diversi soggetti.
Di grande rilievo è la dimensione intergenerazionale che evidenzia nei giovani la creazione di relazioni affettive e di complicità con gli anziani e la costruzione di processi di apprendimento testimoniale che supportano anche il percorso scolastico. Anche nell'altra direzione anziani-giovani si determina un rapporto affettivo che colma la solitudine delle giornate.

- ***Empowerment/aumento della capacità di esprimersi e incidere***

Il progetto determina un forte aumento della capacità di esprimersi e di incidere sia negli utenti (gli anziani), sia nei giovani volontari (*pony*), e realizza anche un duplice trasferimento di *know-how* intergenerazionale.

11 Principali risultati dell'iniziativa

- Incremento di benessere sia per gli anziani direttamente coinvolti che per i loro familiari;
- riduzione dell'isolamento e della solitudine;
- ampliamento della platea dei soggetti assistiti;
- creazione di una rete solidale territoriale;
- crescita personale e sociale dei ragazzi;
- miglioramento della convivenza intergenerazionale;
- trasferimento know-how intergenerazionale.

12 Punti di forza e fattori di successo

- ***Punti di forza***

  - Promozione di un sistema di relazioni-azioni personalizzate a seconda dell'utente, dei suoi bisogni e delle sue necessità concrete;
  - sperimentazione di un'assistenza diversa e per certi versi complementare a quella istituzionale;
  - responsabilizzazione dei giovani in prima persona e renderli partecipi dei problemi della società che li circonda;
  - creazione di relazioni affettive giovane-anziano;
  - mantenimento del rapporto giovane-anziano nel tempo;
  - organizzazione di giornate ed eventi aperti alla comunità.

- ***Fattori di successo***

  - Costruzione di un modello di governance per la promozione e la gestione del progetto multiscalare e partecipato;
  - forte capacità progettuale, gestionale e organizzativa da parte dell'Auser Piemonte e delle sedi provinciali e locali;
  - disponibilità e capacità di operare in rete delle istituzioni pubbliche locali, agevolata da una cultura della collaborazione inter-istituzionale;
  - progettualità dell'Auser nel rintracciare altri finanziamenti per rendere sostenibile il progetto.

13 Punti di debolezza e fattori di rischio

L'iniziativa è stata sostenuta finanziariamente dal contributo annuale della Compagnia San Paolo. Nel 2021 cesserà tale finanziamento e ciò costituisce un rischio concreto per la sostenibilità dell'iniziativa, nonostante la progettualità già messa in campo dall'Auser Piemonte.

14 Potenziale in termini di policy: replicabilità e/o *up-scaling*

Il Progetto *Pony della solidarietà* presenta ed ha già in parte espresso un forte potenziale in termini di replicabilità e *up-scaling*. Il progetto infatti è stato replicato in molti altri contesti, anche se con modalità differenti. In particolare si segnalano due, tra le molte iniziative riconducibili a tale progetto:

- La prima, che si avvia già all'inizio degli anni 2000 e quindi contemporaneamente al progetto torinese, si riferisce ai *Tim pony della solidarietà estate*, iniziativa questa che la Tim e Progetto Italia, unitamente agli assessorati dei principali comuni italiani (Milano, Napoli, Roma, Torino, Bologna e Palermo), all'Auser e ad altre associazioni di volontariato hanno avviato per il periodo estivo con volontari delle associazioni. Questa esperienza, anche se rilevante, presenta però un approccio differente poiché si limita al periodo estivo e non si basa sul coinvolgimento delle scuole.
- La seconda invece è una vera replica del modello e si è sviluppata a Taranto nel 2014, allorquando il Progetto *Pony della Solidarietà* presentato dalle associazioni Auser Provinciale Taranto, Movimento Shalom Onlus e ANTEAS Taranto (Associazione Nazionale Terza Età Attiva per la Solidarietà), viene ammesso a finanziamento nell'ambito del 'Bando Puglia Capitale Sociale' promosso dall'Assessorato al Welfare della Regione. Il progetto si basa sulla collaborazione di oltre trenta studenti degli Istituti superiori scolastici di Taranto e prevede le stesse modalità attuative del progetto piemontese.

Da sottolineare però che il progetto nel contesto piemontese ha fatto affidamento per circa 20 anni sul finanziamento della Compagnia San Paolo che ha consentito di irrobustire ed ampliare le azioni previste e i territori di progetto, oltre che di consolidare le reti create. Nei contesti in cui il progetto è stato replicato, in assenza di tali finanziamenti da parte delle fondazioni bancarie, il progetto si è riuscito a sperimentare solo per periodi molto più brevi e in corrispondenza di finanziamenti dedicati.

15 Fonti

▪ ***Riferimenti bibliografici e sul web***

Auser (2019) 'Cambiati in meglio, grazie ai Pony della solidarietà', *AuserInforma*, 6, p. 6.

Auser Piemonte (2019) *L'impatto sociale dell'Auser Piemonte tramite il progetto Pony della solidarietà* [online]. Accessibile su: http://www.auserpiemonte.org/wp-content/uploads/2020/02/VALUTAZIONE-IMPATTO-SOCIALE-PONY-DELLA-SOLIDARIETA.pdf . (Consultato: aprile 2020).

Auser Piemonte (2018) 'Relazione attività 2018' [website]. Accessibile su: http://www.auserpiemonte.org/ (Consultato: aprile 2020).

Auser Piemonte (2017a) 'Relazione attività 2017' [website]. Accessibile su: http://www.auserpiemonte.org/. (Consultato: aprile 2020).

Auser Piemonte (2017b) 'Bilancio sociale sulle attività' [website]. Ufficio di Presidenza Auser Piemonte. Accessibile su: http://www.auserpiemonte.org/. (Consultato: aprile 2020).

Auser Piemonte (2016) 'Relazione attività 2016' [website]. Accessibile su: http://www.auserpiemonte.org/. (Consultato: aprile 2020).

Auser Piemonte (2015) 'Relazione attività 2015' [website]. Accessibile su: http://www.auserpiemonte.org/. (Consultato: aprile 2020).

Compagnia di San Paolo (2019) *Rapporto annuale 2018* [online]. Compagnia di San Paolo: Torino. Accessibile su: https://www.compagniadisanpaolo.it/ita/Documenti/Archivio-rapporti. (Consultato: aprile 2020).

Compagnia di San Paolo (2018) *Rapporto annuale 2017* [online]. Compagnia di San Paolo: Torino. Accessibile su: https://www.compagniadisanpaolo.it/ita/Documenti/Archivio-rapporti. (Consultato: aprile 2020).

Compagnia di San Paolo (2017) *Rapporto annuale 2016* [online]. Compagnia di San Paolo: Torino. Accessibile su: https://www.compagniadisanpaolo.it/ita/Documenti/Archivio-rapporti. (Consultato: aprile 2020).

Compagnia di San Paolo (2016) *Rapporto annuale 2015* [online]. Compagnia di San Paolo: Torino. Accessibile su: https://www.compagniadisanpaolo.it/ita/Documenti/Archivio-rapporti. (Consultato: aprile 2020).

Compagnia di San Paolo (2015) *Rapporto annuale 2014* [online]. Compagnia di San Paolo: Torino. Accessibile su: https://www.compagniadisanpaolo.it/ita/Documenti/Archivio-rapporti. (Consultato: aprile 2020).

Compagnia di San Paolo (2014) *Rapporto annuale 2013* [online]. Compagnia di San Paolo: Torino. Accessibile su: https://www.compagniadisanpaolo.it/ita/Documenti/Archivio-rapporti. (Consultato: aprile 2020).

Compagnia di San Paolo (2013) *Rapporto annuale 2012* [online]. Compagnia di San Paolo: Torino. Accessibile su: https://www.compagniadisanpaolo.it/ita/Documenti/Archivio-rapporti. (Consultato: aprile 2020).

Compagnia di San Paolo (2012) *Rapporto annuale 2011* [online]. Agit Mariogros stampa: Torino. Accessibile su: https://www.compagniadisanpaolo.it/ita/Documenti/Archivio-rapporti. (Consultato: aprile 2020).

Compagnia di San Paolo (2011) *Rapporto annuale 2010* [online]. Agit Mariogros stampa: Torino. Accessibile su: https://www.compagniadisanpaolo.it/ita/Documenti/Archivio-rapporti. (Consultato: aprile 2020).

Compagnia di San Paolo (2010) *Rapporto annuale 2009* [online]. Agit Mariogros stampa: Torino. Accessibile su: https://www.compagniadisanpaolo.it/ita/Documenti/Archivio-rapporti. (Consultato: aprile 2020).

Compagnia di San Paolo (2009) *Rapporto annuale 2008* [online]. Agit Mariogros stampa: Torino. Accessibile su: https://www.compagniadisanpaolo.it/ita/Documenti/Archivio-rapporti. (Consultato: aprile 2020).

Compagnia di San Paolo (2008) *Rapporto annuale 2007* [online]. Stamperia Artistica Nazionale spa: Torino. Accessibile su: https://www.compagniadisanpaolo.it/ita/Documenti/Archivio-rapporti. (Consultato: aprile 2020).

Compagnia di San Paolo (2007) *Rapporto annuale 2006* [online]. Stamperia Artistica Nazionale spa.: Torino. Accessibile su: https://www.compagniadisanpaolo.it/ita/Documenti/Archivio-rapporti. (Consultato: aprile 2020).

Compagnia di San Paolo (2006) *Rapporto annuale 2005* [online]. Stamperia Artistica Nazionale spa: Torino. Accessibile su: https://www.compagniadisanpaolo.it/ita/Documenti/Archivio-rapporti. (Consultato: aprile 2020).

Compagnia di San Paolo (2005) *Rapporto annuale 2004* [online]. Stamperia Artistica Nazionale spa: Torino. Accessibile su: https://www.compagniadisanpaolo.it/ita/Documenti/Archivio-rapporti. (Consultato: aprile 2020).

Compagnia di San Paolo (2004) *Rapporto annuale 2003* [online]. Ages Arti Grafiche: Torino. Accessibile su: https://www.compagniadisanpaolo.it/ita/Documenti/Archivio-rapporti. (Consultato: aprile 2020).

Compagnia di San Paolo (2003) *Rapporto annuale 2002* [online]. Ages Arti Grafiche: Torino. Accessibile su: https://www.compagniadisanpaolo.it/ita/Documenti/Archivio-rapporti. (Consultato: aprile 2020).

Compagnia di San Paolo (2002) *Rapporto annuale 2001*[online]. Ages Arti Grafiche: Torino. Accessibile su: https://www.compagniadisanpaolo.it/ita/Documenti/Archivio-rapporti. (Consultato: aprile 2020).

Compagnia di San Paolo (2001) *Rapporto annuale 2000* [online]. Litostampa ATA Grafiche: Milano. Accessibile su: https://www.compagniadisanpaolo.it/ita/Documenti/Archivio-rapporti. (Consultato: aprile 2020).

Guiducci, M. (a cura di) (2016) *Il saper fare. Viaggio nell'Italia della solidarietà. Le buone pratiche dell'Auser.* Edit Coop: Roma.

IRES Piemonte – Istituto di Ricerche Economico Sociali del Piemonte (2020) 'Osservatorio Demografico Territoriale del Piemonte'. Accessibile su: http://demos.piemonte.it/piemonte/piemonte-popolazione-residente . (Consultato: aprile 2020).

Lodi, E. (2015) 'I Pony della solidarietà sbarcano in Europa', *AuserInforma*, 4, p. 6.

Regione Piemonte (2019) 'D.G.R. n. 37-8818 del 18/4/2019. Approvazione graduatoria dei progetti presentati da Organizzazioni di Volontariato e Associazioni di Promozione Sociale ai sensi dell'art. 72 del D.lgs n. 117/2017', *BU 41,* 10 ottobre 2019.

- ***Interviste a testimoni privilegiati***

Lodi Elio, Auser Piemonte, Torino, Intervista telefonica e per e-mail, maggio 2020.

16 Data chiusura del caso studio

La ricostruzione e l'analisi critica del caso studio si sono concluse nel mese di giugno 2020.

17 Contatti

Referente del progetto:

Elio Lodi, Presidente Regionale Auser Piemonte.

e-mail: elio.lodi@auserpiemonte.org

18 Ringraziamenti

Si ringrazia Elio Lodi, Presidente Regionale dell'Auser Piemonte, per aver partecipato all'intervista telefonica l'11 maggio 2020 e per aver revisionato la scheda sempre nel mese di maggio 2020.

IN-AGE - INclusive AGEing in place
Laboratorio Politiche Sociali, Politecnico di Milano
Dipartimento Architettura e Territorio, Università Mediterranea di Reggio Calabria
Centro Ricerche Economico-Sociali per l'Invecchiamento, INRCA-IRCCS, Ancona

3 Un Quartiere...in Comune

di Sabrina Quattrini
Centro Ricerche Economico-Sociali per l'Invecchiamento, INRCA-IRCCS, Ancona.

1 Breve descrizione dell'iniziativa

Un quartiere...in Comune, promosso e cofinanziato dal Comune di Ancona e da Fondazione Cariverona, è un progetto innovativo che nasce nel 2019 ad Ancona, con lo scopo di proporre nuovi servizi di prevenzione a misura di cittadino, nei 'piccoli luoghi'. Una prima sperimentazione è stata avviata in tre quartieri periferici della città (Ponterosso, Monte Dago e Brecce Bianche) in zone «con elevata densità di popolazione e di problematiche, in cui si intende coordinare e integrare le realtà e i servizi presenti per la diminuzione del disagio e dell'isolamento sociale, per poi, eventualmente, riproporli in altri quartieri» (Comune di Ancona, 2019).

Un Quartiere...in Comune si articola attraverso servizi innovativi come ad esempio il 'Custode Sociale', un operatore sociale che interviene direttamente a casa delle persone che non escono più, in particolare gli anziani, aiutandoli a superare momenti di difficoltà e migliorarne la qualità della vita. Sono previste altresì «azioni preventive e non solo riparative, in relazione alle diverse problematiche di disagio sociale, economico, abitativo, occupazionale, della sicurezza, della vivibilità e della riqualificazione dei quartieri» (Comune di Ancona, 2019).

2 Luogo

ITALIA, Regione Marche, Provincia di Ancona, **Comune di Ancona, Quartieri: Monte Dago, Ponterosso e Brecce Bianche.**

3 Contesto territoriale

▪ ***Tipologia di area***

Il Comune di Ancona è tra i primi in Italia per concentrazione di anziani. Nel 2016 presenta i seguenti dati (Comuni-Italiani.it, 2019):

- la popolazione residente è pari a 100.696 abitanti con una dinamica di crescita zero, tra il 2001 e il 2016;
- l'età media è di 46,4 anni;
- la popolazione con più di 65 anni di età rappresenta il 25,5% del totale e l'indice di vecchiaia è pari al 204,6%;
- è il terzo comune con la più alta percentuale di cittadini stranieri sul totale della popolazione (12,9%) nella Provincia di Ancona;
- è il secondo comune con reddito medio pro capite più alto (16.676 euro) nella Regione Marche.

▪ ***Scala di azione***

Il progetto viene attivato in via sperimentale in tre quartieri periferici della Città di Ancona, in zone con elevata densità di popolazione e di problematiche socio-economiche, in cui si intende coordinare e integrare le realtà con i servizi presenti, al fine di ridurre il disagio e l'isolamento sociale dei residenti, specialmente anziani.

4 Tipologia dell'iniziativa e approccio

▪ ***Tipologia***

Politica pubblica locale finanziata da *ente privato* (Fondazione 'Cariverona') e cofinanziato dal Comune di Ancona.

▪ ***Soggetti attuatori***

- Comune di Ancona;
- ASUR Marche;
- 'Musicamente' e 'Pianeta Alberta', le due Associazioni incaricate di portare avanti nel concreto il progetto.

▪ ***Altri soggetti coinvolti (rete mobilitata dal progetto)***

- Servizi territoriali dei tre quartieri coinvolti;
- Ente Regionale per l'abitazione pubblica delle Marche (ERAP);
- centri di ascolto parrocchiali e le Caritas;
- scuole primarie e secondarie di primo grado presenti nei quartieri.

Tutti i contatti sono stati presi direttamente dal 'Custode Sociale' con incontri conoscitivi in presenza sul territorio, presso le strutture a cui le persone si rivolgono.

▪ ***Fonti di finanziamento***

Fondazione 'Cariverona' con cofinanziamento del Comune di Ancona.

▪ ***Approccio***

Approccio di reciprocità e condivisione, ricerca azione, *welfare di comunità*, nello spirito della creazione di una coscienza attiva che volga all'autogestione.

▪ ***Target e beneficiari***

Target: persone e famiglie in condizioni di difficoltà, isolamento, fragilità e disagio, tra cui gli anziani.

5 L'iniziativa

▪ ***Ambito di intervento***

1. Pratiche innovative che riguardano la vita *in casa* dell'anziano.
1.1. Servizi innovativi a domicilio.
2. Pratiche innovative che riguardano la vita *fuori casa* degli anziani.
2.2. Servizi innovativi per la mobilità e Progetti urbani *age-friendly.*

▪ ***Obiettivi***

L'obiettivo generale dell'iniziativa «è di lavorare nella micro-area, in stretto contatto con il cittadino per meglio individuare le problematiche economiche, sociali e fisiche, che spesso nel concreto appaiono intrecciate le une con le altre. L'approccio adottato è quello dello sviluppo di comunità, che cercando di superare i limiti del *welfare* tradizionale, punta a far incontrare a livello 'micro' la domanda di servizi e le risorse pubbliche e private e impegna i cittadini, con al fianco le istituzioni, a mettersi in gioco diventando loro stessi la risposta ai bisogni da loro stessi evidenziati» (Comune di Ancona, 2019).

Gli obiettivi specifici del progetto sono:

- migliorare la qualità della vita dei cittadini nel quartiere, evitare isolamento sociale e devianza;
- promuovere e sostenere una cittadinanza attiva;
- creare uno spazio aperto e multiculturale di incontro e scambio;
- attivare progetti individualizzati e personalizzati per migliorare e potenziare percorsi di inclusione sociale attiva per persone appartenenti a categorie vulnerabili, tra cui gli anziani.

6 Temporalità

Il progetto ha la durata di tre anni: dal 2019 fino al 2021.

7 Origine, radici, principali tappe del progetto

▪ ***Le origini e le radici***

Il progetto è stato presentato per la prima volta nel 2018 dall'Assessorato alle Politiche Sociali del Comune di Ancona, a valle di alcune sperimentazioni avviate nel triennio precedente e finalizzate a fornire competenze professionali ai cittadini. L'Amministrazione comunale, potendo contare sul supporto di una rete sinergica e attiva di operatori dell'ente pubblico e del privato sociale, ha voluto poi concentrarsi maggiormente sui singoli quartieri, proponendo anche politiche di sostegno al lavoro (e non solo alla formazione) e azioni rivolte al mondo del lavoro, con un *Welfare di Comunità* innovativo, sempre più vicino al cittadino. È nato così *Un Quartiere…in Comune*, un progetto di welfare che nasce dall'idea di proporre nuovi servizi di prevenzione a misura di cittadino e che prevede un lavoro sperimentale nella Regione Marche (Comune di Ancona, 2018).

«I servizi al centro di questo progetto sono pensati per intercettare le problematiche di persone e famiglie in condizioni di difficoltà e di isolamento, rilevando i bisogni espressi ed inespressi, le situazioni di fragilità e disagio, attivando direttamente o indirettamente le risposte e gli interventi necessari» (Marinangeli, 2019). Tutto ciò nell'ottica della «promozione del lavoro di rete, inteso come valorizzazione delle già presenti reti naturali di persone e famiglie nel territorio attraverso risorse formali e informali puntando allo sviluppo di ulteriori sinergie che includano anche parrocchie, negozianti, vicini, ecc.» (Redazione Centro Pagina, 2019).

▪ ***Principali tappe del progetto***

Il Progetto *Un quartiere…in Comune* viene avviato il 5 aprile 2019 dal Sindaco Valeria Mancinelli, insieme all'assessore alle Politiche Sociali e Sanità, Emma Capogrossi, al Direttore Generale dell'ASUR, Alessandro Marini, al rappresentante della Fondazione 'Cariverona' e ai referenti di 'Musicamente' e 'Pianeta Alberta'» (Comune di Ancona, Assessorato Politiche sociali, 2019), le due associazioni che portano avanti nel concreto il progetto.

Nei mesi successivi il progetto ha messo in campo le azioni previste che, complementari tra loro, hanno l'obiettivo di «intercettare i problemi delle persone direttamente nei luoghi ai margini della città, in quartieri periferici, al domicilio» (Comune di Ancona, Assessorato Politiche sociali, 2019). In particolare:

- Viene attivato il 'Custode Sociale', prima esperienza a livello regionale. Si tratta di un operatore sociale, una figura professionale specializzata al servizio del cittadino, che interviene a casa di quelle persone che non escono più, specialmente anziani, e offre, in relazione alle necessità individuali, aiuto per raggiungere una migliore qualità della vita. Il Custode sociale si configura come una sorta di 'antenna nel territorio-quartiere' in grado «di attivare azioni individuali e domiciliari di mediazione, orientamento e informazione nei confronti di soggetti isolati e fragili, tra cui gli anziani, garantendo una presenza capillare nel territorio, casa per casa, facilitando e migliorando la coesione tra i residenti, orientando e agevolando, ove necessario, l'accesso ai servizi pubblici e privati in genere e già presenti nel quartiere» (Redazione Centro Pagina, 2019).
- Viene realizzata la 'Casa del Quartiere', organizzata presso l'ex Centro Ricreativo 'L'albero delle Idee', situato a Ponterosso. «Si tratta di un luogo fisico aperto ai cittadini e alle associazioni, che si pone come spazio multiculturale e trans-generazionale dove l'incontro diventa uno strumento per far rinascere nelle persone la voglia di stare insieme e di ritrovarsi, per creare momenti di socializzazione e contatto con i propri vicini e conoscenti. Luogo inoltre dove poter fare e pensare insieme ad altre persone, che funge quindi da motore di sviluppo locale, e che potrà anche ospitare un laboratorio permanente per la progettazione e la realizzazione di attività sociali e culturali che coinvolgano cittadini, operatori, associazioni, ecc. La Casa, così articolata, può favorire la tessitura di legami sociali attivando azioni di promozione, prevenzione e informazione, coinvolgendo tutte le fasce generazionali raggiunte con la metodologia dell'*outreach* (l'intercettazione nel quartiere, in spazi pubblici e privati).

Nella Casa del Quartiere si può anche pranzare in compagnia, e condividere un momento importante della giornata. È gestita assieme ad animatori esperti che riproducono con i residenti l'atmosfera e il calore della vecchia piazza di quartiere, dunque, un luogo d'aggregazione che risponde ai bisogni formativi e culturali dei cittadini» (Comune di Ancona, 2019).

- Vengono avviati i 'Servizi di inclusione attiva' attraverso cui sviluppare servizi di sostegno individualizzato per le persone appartenenti alle categorie vulnerabili (persone isolate, soggetti in carico ai servizi, con disagio socio economico e difficilmente reinseribili nel mercato del lavoro, persone fuori dal mercato del lavoro, ecc.).

Infine, grazie alla collaborazione con l'ASUR, viene siglata una convenzione per avviare un servizio sperimentale di 'Infermiere di Comunità'. «Questa figura professionale mantiene uno stretto contatto con le persone della comunità in cui opera ed assicura l'assistenza generale infermieristica effettuando prelievi ematici, medicazioni, terapia iniettiva, rilevazione parametri vitali, educazione terapeutica e altro ancora. In aggiunta, questo professionista promuove interventi di educazione ed informazione sanitaria dei cittadini, comprese le modalità di accesso ai servizi forniti dall'Azienda Sanitaria, e contribuisce così al miglioramento dell'integrazione socio-sanitaria. Infine, collabora alla realizzazione di progetti aventi come obiettivo la promozione e gestione della salute. L'infermiere – disponibile sia in ambulatorio, sia a domicilio – opera in collaborazione con i medici di base, l'assistente sociale, il fisioterapista, i medici specialisti, le associazioni di volontariato e con altri operatori sanitari e sociali presenti in ospedale e sul territorio» (Comune di Ancona, Assessorato Politiche sociali, 2019).

8 Agency e relazioni con il sistema

▪ ***Principali attori ed eventuale leadership***

L'attore principale del progetto è il Comune di Ancona, coadiuvato dall'ASUR Marche.

▪ ***Relazioni con il sistema***

Iniziativa inserita in contesto legislativo/di *policy*/programmatico.

▪ ***Cosa è rimasto del progetto***

Il progetto è in corso di svolgimento. Durante il periodo dell'emergenza dovuta alla prima ondata di Coronavirus (9 marzo – 17 maggio 2020) tutti i servizi sono stati offerti da remoto, attraverso videochiamate e contatti telefonici.

9 Risorse mobilitate (finanziarie, umane, organizzative, politiche)

▪ ***Risorse finanziarie***

Il finanziamento principale del progetto, che ammonta a 700.000 euro, proviene da Fondazione 'Cariverona', concesso a seguito della partecipazione del Comune di Ancona al bando 'Welfare e Famiglia' (Fondazione Cariverona, 2018a; 2018b). Cofinanzia lo stesso Comune di Ancona.

▪ ***Risorse umane, organizzative e politiche***

- Referente del progetto presso il Comune di Ancona.
- 'Custode Sociale' di quartiere, un assistente sociale del Comune di Ancona.
- Infermiere di Comunità, dell'ASUR, in convenzione con il Comune di Ancona, dedicato al progetto che opera in collaborazione con i medici di base, l'assistente sociale, il fisioterapista, i medici specialisti, le associazioni di volontariato e con altri operatori sanitari e sociali presenti in ospedale e sul territorio, collabora alla realizzazione di progetti aventi come obiettivo la promozione e gestione della salute, promuove interventi di educazione ed informazione sanitaria dei cittadini, comprese le modalità di accesso ai servizi forniti dall'Azienda Sanitaria.
- Personale delle associazioni 'Musicamente' e 'Pianeta Alberta', incaricato di attuare il progetto.
- Servizi territoriali dei tre quartieri coinvolti.

- Ente Regionale per l'abitazione pubblica delle Marche (ERAP).
- Centri di ascolto Parrocchiali e le Caritas.
- Scuole primarie e secondarie di primo grado presenti nei quartieri.

10 Dimensioni innovative

▪ ***Soddisfazione di bisogni non coperti dal sistema di cura***

Tramite l'attivazione di servizi di prossimità si può andare alla ricerca dei bisogni direttamente presso i quartieri, casa per casa, al servizio del cittadino.

▪ ***Modifica delle relazioni sociali/istituzionali tra anziani e altri attori***

Il progetto rappresenta un servizio intergenerazionale, in cui si attivano le risorse del territorio per creare azioni di buon vicinato e/o sostegno reciproco, quindi per sua natura modifica le relazioni tra anziani ed altri attori.

▪ ***Empowerment/aumento della capacità di esprimersi e incidere***

Attivare i luoghi del quartiere e le risorse personali dei cittadini nei propri ambienti facilita l'empatia e l'*empowerment* dei cittadini stessi.

11 Principali risultati dell'iniziativa

I risultati non sono stati ancora valutati, in quanto il progetto sperimentale è tuttora in corso.

12 Punti di forza e fattori di successo

▪ ***Punti di forza e fattori di successo***

- Promozione del lavoro di rete e valorizzazione delle reti naturali già presenti nel territorio
- Sviluppo di sinergie di vicinato (parrocchie, negozianti, ecc.)
- Sperimentazione di un approccio che tende a superare il *welfare* tradizionale, facilitando l'incontro tra domanda e offerta, tra pubblico e privato.

13 Punti di debolezza e fattori di rischio

- Difficoltà nel funzionamento della rete del progetto e tensioni con uno dei partner, che ha lasciato il progetto.
- Limitazione delle attività progettuali a tre quartieri, con relativi benefici attesi riguardanti solo gli abitanti di questi luoghi.

14 Potenziale in termini di policy: replicabilità e/o *up-scaling*

Il progetto ha alte potenzialità per poter essere replicato, sia nella città di Ancona in altri quartieri che in altri contesti. La sua replicabilità dipende sia dal successo della fase sperimentale che dai finanziamenti che saranno stanziati, dopo quello iniziale erogato della Fondazione 'Cariverona'.

15 Fonti

▪ ***Riferimenti bibliografici e sul web***

Comune di Ancona (2019) 'Avviato il progetto "Un quartiere...in Comune", apre a Ponterosso la Casa del Quartiere' [online], *Vivere Ancona – Il quotidiano della città e del territorio,* 10 aprile 2019. Accessibile su: https://www.vivereancona.it/2019/04/10/avviato-il-progetto-un-quartiere-in-comune-apre-a-ponterosso-la-casa-del-quartiere/725603/. (Consultato: maggio 2020).

Comune di Ancona (2018) 'Importante contributo di Cariverona al Comune di Ancona per il progetto Un Quartiere in Comune' [online], Comunicato Stampa: Ufficio Stampa. Accessibile su: https://www.comune.ancona.gov.it/ankonline/importante-contributo-di-cariverona-al-comune-di-ancona-per-il-progetto-un-quartiere-in-comune/. (Consultato: maggio 2020).

Comune di Ancona, Assessorato Politiche sociali (2019) '"Un quartiere in Comune": nuovi servizi per l'inclusione sociale' [online], Primo Piano, *ANKONMAGAZINE – Giornale online dell'Amministrazione comunale di Ancona,* 11 aprile 2019. Accessibile su: https://www.comune.ancona.gov.it/ankonline/ankonmagazine/2019/04/11/un-quartiere-in-comune-nuovi-servizi-per-linclusione-sociale/. (Consultato: maggio 2020).

Comuni-Italiani.it (2019) 'Comune di Ancona'. Accessibile su: http://www.comuni-italiani.it/042/002/. (Consultato: maggio 2020).

Marinangeli, M. (2019) 'Welfare, a Ponterosso arriva la prima Casa di Quartiere della regione'[online]. *Cronacheancona.it – La provincia in rete*. 5 aprile 2019. Accessibile su: https://www.cronacheancona.it/2019/04/05/welfare-a-ponterosso-arriva-la-prima-casa-di-quartiere-della-regione/157933/. (Consultato: maggio 2020).

Fondazione Cariverona (2018a) 'Cariverona e Welfare & Famiglia: deliberati contributi per 4,5 milioni di euro ai 12 progetti presentati sul palco di Welfare on Stage2' [online], Comunicato Stampa, 29 maggio 2018. Accessibile su: https://www.fondazionecariverona.org/wp-content/uploads/2018/05/Com_stampa_Contrib_Bando_Welfare_e_Fam_gruppo2_29_05_2018.pdf. (Consultato: maggio 2020).

Fondazione Cariverona (2018b) 'Welfare on Stage2' [website]. Accessibile su: http://www.fondazionecariverona.org/Nostri-progetti/welfare-on-stage-2/. (Consultato: maggio 2020).

Redazione Centro Pagina (2019) 'Ad Ancona arriva il "custode sociale" per l'inclusione. È il primo nelle Marche'[online], *Centro Pagina. Cronanca e Attualità,* 10 aprile 2019. Accessibile su: https://www.centropagina.it/ancona/custode-sociale-inclusione-sociale-tre-quartieri/. (Consultato: maggio 2020).

- ***Interviste a testimoni privilegiati***

Giovagnoni Simona e Strologo Laura, Direzione Politiche Sociali, Servizi Scolastici ed Educativi, Comune di Ancona, Ancona (AN), intervista per e-mail, nel mese di maggio 2020.

16 Data chiusura del caso studio

La ricostruzione e l'analisi critica del caso studio si sono concluse nel mese di giugno 2020.

17 Contatti

Referenti del progetto:

Simona Giovagnoni, Assistente Sociale, Direzione Politiche Sociali, Servizi Scolastici ed Educativi Responsabile U.O. Inclusione Sociale e U.O. UPS (Uffici di Promozione Sociale), Comune di Ancona, Viale della Vittoria, 37 – 60123, Ancona.

e-mail: simona.giovagnoni@comune.ancona.it

18 Ringraziamenti

Si ringraziano Simona Giovagnoni, Responsabile del progetto, e Laura Strologo, Custode Sociale, Direzione Politiche Sociali, Servizi Scolastici ed Educativi, Comune di Ancona, per aver revisionato la scheda via e-mail, nel mese di maggio 2020.

IN-AGE - INclusive AGEing in place
Laboratorio Politiche Sociali, Politecnico di Milano
Dipartimento Architettura e Territorio, Università Mediterranea di Reggio Calabria
Centro Ricerche Economico-Sociali per l'Invecchiamento, INRCA-IRCCS, Ancona

4 BUURTZORG

di Giuliana Costa
Dipartimento di Architettura e Studi Urbani, Politecnico di Milano

1 Breve descrizione dell'iniziativa

Buurtzorg è un'organizzazione neerlandese privata che presta cure domiciliari con un approccio relativamente nuovo, quello del *reablement*. Il suo motto è 'Humanity above Bureaucracy'. Il modello organizzativo si basa sul lavoro di squadre autonome e autogestite di 12 infermieri domiciliari che forniscono assistenza completa ai loro pazienti, tenendo conto delle loro esigenze fisiche, emotive e psicosociali per sviluppare soluzioni efficaci e sostenerli nel mantenere il controllo sulla propria vita. Da circa due anni le squadre stanno incorporando anche fisioterapisti e terapisti occupazionali, adottando il modello *Buurtzorg +*. L'assistenza è organizzata intorno alla vita quotidiana delle persone e gli infermieri lavorano a stretto contatto con l'individuo e la sua famiglia (dove presente) nell'individuare bisogni, desideri relativi alla propria cura e risposte possibili.

2 Luogo

PAESI BASSI, tutto il Paese, sia in ambito urbano che rurale.

3 Contesto territoriale

- ***Tipologia di area***

Buurtzorg è un'organizzazione che opera in tutta l'Olanda, sia nelle città che nelle aree rurali. Ogni squadra prende in carico le persone anziane di un territorio circoscritto.

- ***Scala di azione***

Gli operatori *Buurtzorg* erogano cure a domicilio e aiutano l'anziano anche nello svolgimento di pratiche al di fuori di tale domicilio a scala locale.

Contesto di welfare

In Olanda le cure domiciliari a favore di anziani sono rese nell'ambito di due normative di riferimento, il 'Long-Term Care Act' e il 'Social Support Act'. La prima delinea il quadro di cure di lunga durata con contenuti sanitari, la seconda quella degli aiuti domiciliari sociali (che include l'aiuto domestico). La prima è implementata dal 'Centrum Indicatiestelling Zorg' (in inglese traducibile come *Care Assessment Agency*) che fa la valutazione dei bisogni sulla base di uno strumento di valutazione comune a livello nazionale e poi da uffici regionali. Gli utenti possono ricevere assistenza a casa, in una casa di cura o in una struttura simile. Possono avere diritto a servizi organizzati a livello locale o a un *personal budget*. Il *long-term care* è finanziato da premi provenienti da un'assicurazione sanitaria obbligatoria.

L'aiuto domestico è di competenza dei comuni e può essere reso in due modi: su base contrattuale, ovvero dove il supporto è reso disponibile dal comune, oppure, in alternativa, nell'ambito del *personal healthcare budget* di cui sopra, gestito direttamente dall'utente. Il sistema delle cure e dei supporti è formato da fornitori privati (assicurazioni e organizzazioni) in un mercato fortemente regolato dal pubblico.

4 Tipologia dell'iniziativa e approccio

▪ ***Tipologia***

Buurtzorg è un'impresa privata *for-profit*.

▪ ***Soggetti attuatori***

Buurtzorg

▪ ***Altri soggetti coinvolti (rete mobilitata dal progetto)***

Nel sistema di welfare

Medici di medicina generale, organizzazioni di comunità, organizzazioni di volontariato, specialisti, finanziatori (assicurazioni, agenzie regionali).

A livello aziendale

I partner tecnologici di *Buurtzorg* sono l'Università di Twente, la Health Technology and Services research (HTSR) e Apple, di cui usano *tablet* e sulle cui piattaforme sviluppano app.

Dal sito di *Buutzorg* si evince che l'organizzazione ha una serie di legami con una pluralità di centri universitari:

c) Università con cui hanno accordi di ricerca, di svolgimento tesi e tirocini: Universitair Medisch Centrum Groningen (UMCG); UCO (Universitair Centrum Ouderengeneeskunde), Vrije Universiteit (VUmc), EMGO+ Instituut, Afdeling huisartsgeneeskunde en ouderengeneeskunde; Radboud Universitair Medisch Centrum afdeling Geriatrie / Radboud Alzheimer Centrum; Catholic University Leuven (Belgio), Centre for Health Services and Nursing Research; University of Copenhagen- Faculty of Health and Medical Sciences; Department of Public Health, Center for Healthy Ageing, University of Minnesota – Center for Spirituality & Healing/ School of Nursing/ Insitute for Health Informatics.

d) Università di 'Scienze Applicate' *(*in olandese: *HBO-instellingen):* Christelijke Hogeschool Ede, Netherlands- Opleidingseenheid Gezondheidszorg, Hogeschool Utrecht – Instituut Verpleegkundige Studies e Kenniscentrum Innovatie van Zorgverlening.

Le altre organizzazioni con cui collaborano sono: l'Institute of Health Care improvement (IHI), Boston; l'European Health Management Association, (EHMA); l'European Centre for Social Welfare Policy and Research, Vienna; la KPMG Plexus Consulting, Netherlands; Price Waterhouse Coopers (PwC), il Central Cluster Healthcare, consulting; GUPTA Strategists, Netherlands, consulting e Public World, UK, azienda di consulenza.

▪ ***Fonti di finanziamento***

Buurtzorg si finanzia attraverso contratti con i comuni e l'utilizzo dei *personal budgets* da parte degli assistiti. Il fatturato annuo di *Buurtzorg* si aggira attorno ai 500 milioni di euro.

▪ ***Approccio***

Buurtzorg è un'iniziativa di mercato. Opera però nell'alveo di un mercato pubblico regolato di cure domiciliari.

▪ ***Target e beneficiari***

- Anziani fragili a domicilio che necessitano di interventi di *reablement;*
- persone con patologie psichiatriche;
- adulti disabili.

Buurtzorg serve oltre 80.000 persone l'anno.

5 L'iniziativa

▪ ***Ambito di intervento***

1. Pratiche innovative che riguardano la vita *in casa* dell'anziano.
1.1. Servizi innovativi a domicilio.
2. Pratiche innovative che riguardano la vita *fuori casa* degli anziani.
2.1 Servizi innovativi per facilitare la socializzazione.

▪ ***Obiettivi***

L'obiettivo generale del modello *Buurtzorg* è quello di umanizzare le cure, ridurre i costi dell'assistenza domiciliare e applicare un approccio di *reablement*. Basato su un modello bio-psico-sociale, il *reablement* supporta e incoraggia le persone a ottenere o a ripristinare l'autonomia nel proprio spazio di vita, aiutandole a vivere bene nella propria comunità, con un obiettivo a lungo termine di ridurre il bisogno di ulteriori cure. L'obiettivo del *reablement* è di consentire alle persone di essere e fare ciò che hanno motivo di apprezzare (Mishra and Barratt, 2016). Con Buurtzorg, i fondatori volevano semplificare il sistema sanitario, aumentare il benessere delle persone assistite e dimostrare che è possibile ridurre le ore di lavoro erogate dai servizi allorquando si incoraggiano le persone a valorizzare la propria autonomia.

Il modello di lavoro di *Buurtzorg* si ispira ad una 'cipolla' (vedi Figura 1). Si parte dall'assistito e dall'identificazione delle sue risorse residue e di quelle presenti nella sua rete informale di cura. Successivamente si cerca di allargare il bacino di sostegni verso l'esterno, fino ad agganciare eventualmente i servizi formali esistenti sul territorio per assemblare così soluzioni che portano indipendenza e migliore qualità della vita. Il modello a cipolla assembla ciò che chiamano 'mattoni per l'indipendenza' sulla base di valori umani universali assumendo che le persone vogliono mantenere il controllo della propria vita il più a lungo possibile, che si sforzano di mantenere o migliorare la propria qualità di vita, che desiderano e cercano l'interazione sociale e che prediligono relazioni 'calde' con gli altri. Gli operatori si recano a casa delle persone anziana, ne comprendono il contesto di vita, ne mappano le reti informali e formali ed elaborano un intervento con la partecipazione del paziente. Il cuore del modello organizzativo è incentrato sugli infermieri che lavorano in *teams* autogestiti di 12 persone per quartiere, occupandosi delle persone che necessitano di supporto. Il *team* si auto-organizza, decide come organizzare il proprio lavoro, condividendo le responsabilità e prendendo decisioni congiunte. L'organizzazione è 'piatta' dato che i componenti del *team* non hanno un *manager*.

6 Temporalità

Da quanto è stata fondata nel 2007, *Buurtzorg* è cresciuta in maniera esponenziale. Nel 2010 operava con oltre 250 *teams* distribuiti in tutto il Paese, a fine 2013, aveva 630 *teams* che impiegavano 7200 infermieri, servendo 55.000 persone. Attualmente impiega circa 15.000 professionisti, perlopiù infermieri, riuniti in 1300 squadre in città e villaggi in tutta l'Olanda. *Buurtzorg* ha, negli ultimi anni, ingegnerizzato organizzazioni concorrenti nel mercato delle cure domiciliari, aiutandole a riconvertirsi nell'adottare il modello *Buurtzorg*.

7 Origine, radici, principali tappe del progetto

▪ ***Le origini e le radici***

Buurtzorg è stata fondata nel 2007 da un infermiere di comunità (laureato precedentemente in economia), Jos de Blok, e da un piccolo *team* di colleghi infermieri che, insofferenti per quanto e in che direzione gli 'anni di riforma' (nel sistema di cure domiciliari) avevano minato e compromesso le loro relazioni con i pazienti, hanno dato vita ad un nuovo modo di lavorare. Così, hanno creato *Buurtzorg* per prendersi cura delle persone a casa, in un modo che soddisfacesse sia loro –operatori – che i loro utenti. Il modello organizzativo si basa sul lavoro di squadre autonome e autogestite di 12 infermieri domiciliari che forniscono assistenza completa ai loro pazienti sulla base di piani specifici e personalizzati che hanno anche lo scopo di prevenire l'utilizzo di misure di assistenza non necessarie. La struttura dell'autogestione e dell'assistenza olistica è combinata con un'infrastruttura tecnologica innovativa che si traduce in una maggiore produttività,

soddisfazione dei dipendenti e dei pazienti e costi inferiori rispetto ad altre organizzazioni sanitarie a domicilio (Monsen and de Blok, 2013). Infatti, i fondatori volevano semplificare il sistema sanitario e dimostrare che un modo di lavorare incentrato sul paziente avrebbe non solo dato migliori risposte agli utenti valorizzando la loro autonomia residua, ma avrebbe altresì ridotto le ore di cura necessarie per ogni paziente, adottando e implementando l'idea di fondo 'Humanity above Bureaucracy', non a caso motto dell'organizzazione.

- ***Principali tappe del progetto***

L'evoluzione del modello, Buurtzorg +

Un passaggio molto significativo nello sviluppo organizzativo di *Buurtzorg* è stato l'adozione di un modello di intervento diverso chiamato *Buurtzorg +*, dove il '+' sta per l'aggiunta di figure professionali ai *teams* di infermieri. Benché abbiano fin dall'inizio lavorato con fisioterapisti e terapisti occupazionali, professionisti presenti nella rete dei servizi cui le persone hanno accesso, ora sono stati integrati in forma stabile nei *teams*. L'idea di *Buurtzorg +* è nata da una fisioterapista che si è unita a *Buurtzorg* dopo aver lavorato nel Regno Unito per alcuni anni. Colpita da come in alcuni contesti da lei osservati lavoravano insieme infermieri, fisioterapisti terapisti occupazionali nell'attività di *reablement* insieme gli utenti, ha proposto a *Buurtzorg* di adottare questa nuova formula. É stato concordato così di fare un'esperienza pilota in due squadre a Zorggroep Almere. I terapisti, invece di intervenire su segnalazione di altri professionisti e sulla base della posizione degli anziani nelle liste d'attesa, hanno dato risposta direttamente e immediatamente a casa delle persone, a valle dell'indicazione dei colleghi di squadra, identificando anche gli interventi precoci opportuni, facendo dunque della prevenzione. Gli infermieri e i terapisti hanno creato piani coordinati e chiari accordi di lavoro per garantire assistenza e supporti ottimali, lavorando anche in *teams* direttamente presso le case degli utenti. Il pilota ha funzionato e i *teams* hanno ritenuto che il modello di collaborazione fosse semplice, utile e molto efficace. I *teams* hanno rilevato che le capacità di autogestione degli utenti fossero migliorate e che le cure rese fossero più efficienti grazie alla buona comunicazione tra i professionisti. I *teams* hanno riscontrato vantaggi anche per il loro carico di lavoro man mano che gli utenti diventano più capaci nella gestione della loro vita quotidiana e più mobili. In questo modello gli infermieri mantengono un ruolo di *leadership* clinica e mantengono la loro responsabilità nei confronti dell'utente. Altri *teams* hanno voluto provare questo approccio. È stato approntato un corso di formazione multidisciplinare online che consente alle figure professionali implicate di attuare questa forma di collaborazione nel proprio *team*. Ora oltre la metà di tutti i *teams Buurtzorg* ha scelto di adottare il nuovo modello, diventando *teams Buurtzorg +*.

Un ulteriore allargamento delle aree di intervento ha dato vita ad altri due servizi: *Buurtzorg T* e *Buurtzorg Jong*.

Altri modelli e target

a) Buurtzorg T

Buurtzorg ha ampliato il proprio campo di intervento con *Buurtzorg T* dedicato ad utenti con problemi psichiatrici. Nel 2012 sono stati lanciati 12 *teams* pilota per testare e perfezionare il modello. L'interesse di *Buurtzorg* per l'assistenza psichiatrica è emerso dalla crescente prevalenza di demenza e in particolare di clienti con quadri diagnostici e sintomatologici complessi tali come confusione o depressione. *Buurtzorg T* offre un intervento incentrato sul recupero delle persone (in inglese si usa il termine *recovery*) e sul ripristino dei loro contatti, lavorando con l'utente per sviluppare strategie che consentano loro di recuperare e riprendere il controllo della loro vita. Le squadre di *Buurtzorg T* sono composte da uno psichiatra e sei infermieri psichiatrici a tempo pieno. Insieme, il *team* offre un modello di assistenza orientato all'azione, concentrandosi su ciò che il cliente desidera, su soluzioni concrete. Un'importante regola di base per i *teams* di *Buurtzorg T* è che quando si parla di un paziente, questo deve essere presente. Il modello si avvale di un uso innovativo della tecnologia di *Buurtzorg* e di strumenti *e-health* che si combinano per condividere e promuovere l'autoapprendimento e la condivisione delle conoscenze, sia da parte degli operatori, che da quella degli utenti. Questi ultimi seguono corsi di *e-learning* e imparano ad aiutare sé stessi e gli altri: dato che sono così aiutati a sviluppare la loro conoscenza della propria condizione, assumere decisioni sulla propria cartella clinica e

scegliere con chi condividerla, compresi famigliari, amici e professionisti, talvolta co-creando soluzioni con il *team* di *Buurtzorg T*. Molti pazienti, una volta recuperata la propria stabilità, diventano volontari di *Buurtzorg T*, aiutando altri e, a loro volta, beneficiando delle relazioni stesse che così si vengono a creare. Le squadre infermieristiche di *Buurtzorg T* e *Buurtzorg* lavorano a stretto contatto per impedire che i pazienti debbano appoggiare su squadre diverse e perdere una continuità di rapporto. Vengono visitati congiuntamente e poi *Buurtzorg T* fornisce consulenza o cure psichiatriche. *Buurtzorg T* inoltre istruisce o svolge un ruolo attivo nelle squadre infermieristiche di *Buurtzorg* in modo che possano gestire meglio le condizioni psichiatriche degli assistiti. Questo funziona anche al contrario, con gli infermieri di *Buurtzorg* che forniscono *coaching* o si uniscono ai *teams* di *Buurtzorg T*. Lo *scaling-up* del modello è iniziato nel 2015.

b) Buurtzorg Jong

Buurtzorg Jong lavora con i bambini e ragazzi da una settimana di vita a 23 anni, le loro famiglie ed eventuali tutori. *Buurtzorg Jong* sostiene la genitorialità sana e sicura e previene il collocamento dei giovani al di fuori dalla famiglia. Questo modello è stato lanciato nel 2012 con due squadre pilota. *Buurtzorg Jong* ora fornisce squadre a quattro comuni olandesi.

c) Buurtdiensten (Neighbourhood Services)

Sono piccoli *teams* che forniscono tutti i tipi di assistenza domestica a casa, inclusi acquisti, pulizie e preparazione dei pasti, ma non l'assistenza personale *hands-on*. Nei Paesi Bassi gli anziani hanno diritto a un'ora e mezza a settimana di cure domestiche. Ad ogni utente viene assegnato un assistente che interviene a seconda di ciò che è necessario, di come l'utente gestisce sé stesso e il proprio ambiente domestico e sociale. Insieme a lui o lei, il *caregiver* progetta soluzioni che supportano il 'modello a cipolla' di *Buurtzorg*. I piccoli *teams* auto-organizzati di *Buurtdiensten* (fino a 12 membri) sono supportati da manager regionali. I *teams* non hanno un ufficio ma si incontrano regolarmente nelle case degli uni o degli altri assistiti per pianificare e discutere i problemi. Esiste una stretta comunicazione tra i *teams* infermieristici *Buurtdiensten* e *Buurtzorg* in merito alle esigenze dei singoli utenti.

A questo servizio sarà aggregato *Buurtzorg Familiehulp*, focalizzato sull'aiuto domestico, all'inizio del 2020 ancora 'incubato' dentro *Buurtzorg* perché nato dal salvataggio da parte di *Buurtzorg* di una grande azienda di prestazione di aiuto domestico in crisi, la TNS.

d) Buurtzorgweb

Un'ulteriore filone di *business* per *Buurtorg* è *Buurtzorgweb*, una piattaforma software basata sul web costruita appositamente per supportare il modo di lavorare di *Buurtzorg* e così ridurre la burocrazia, aumentare la produttività e migliorare la qualità delle cure. La soluzione è stata costruita (e da allora continuamente estesa, modificata e innovata) per *Buurtzorg* nei Paesi Bassi e quindi aperta ad altri fornitori di assistenza domiciliare/ infermieristica. *Buurtzorgweb* è attualmente utilizzato da oltre 30 organizzazioni che hanno adottato il modello *Buurtzorg* e hanno deciso di utilizzarne il *software*. *Buurtzorg* web supporta i *teams* nelle loro cure, nel lavoro di squadra e nella comunicazione. Unisce tutte le squadre e fornisce l'accesso a una comunità *Buurtzorg*. Tutte le informazioni sul web *Buurztorg* relative a prestazioni, interventi e risultati sono trasparenti e ogni squadra può confrontare le proprie prestazioni con altre squadre. *Buurtzorgweb* fornisce agli infermieri la possibilità di consultare gli appunti presi sul paziente da colleghi, prima di recarsi nella casa di quest'ultimo. Permette altresì di consultare documenti su iPad in tempo reale e per tutto il giorno. La piattaforma ha molte altre risorse, procedure per attività tecniche, informazioni di farmacologia, di *budget* e di prestazioni del *team*. Ciò fornisce ai *teams* un *feedback* diretto, necessario loro per adattare la propria programmazione e comunicarla ai *teams* di produzione. I *couch* regionali e la sede centrale possono visualizzare i dati e agire di conseguenza. È stata predisposta una scheda di assistenza domiciliare in cBoards, basata sul sistema Omaha, collegando dati relativi alla storia medica di un paziente e il 'modello a cipolla' di *Buurtzorg*. Le funzionalità di collaborazione di cBoards assicurano che i *teams* raggiungano il loro pieno potenziale in termini di assistenza multidisciplinare. Il sistema Omaha consiste in una tassonomia elettronica standardizzata usata per pianificare, documentare e analizzare le attività di cura. Include un sistema di classificazione dei problemi (42 problemi ambientali, psicosociali, fisiologici e comportamentali legati alla salute), uno schema di intervento che copre diversi servizi

e una scala di valutazione dei risultati. Viene usato da *Buurtzorg* non solo per pianificare e documentare la cura, ma anche per la fatturazione e l'analisi dei modelli dei servizi erogati (Gray, 2015).

Riconoscimenti

Il modello *Buurtzorg* ha ottenuto una miriade di riconoscimenti per la sua innovatività tra cui la prestigiosa 'RSA Albert Medal' per l'innovazione sociale[1] e l''Ideas Into Practice Award'.

8 Agency e relazioni con il sistema

▪ ***Principali attori ed eventuale leadership***

Buurtzorg e le amministrazioni municipali, acquirenti dei loro servizi.

▪ ***Relazioni con il sistema***

L'operato di *Buurtzorg*, attore privato, si colloca nel mercato regolato delle cure per persone anziane olandese. *Buurtzorg* è un programma istituzionalizzato che sta ispirando altri attori sul tale mercato.

▪ ***Cosa è rimasto del progetto***

A 13 anni dalla sua affermazione quale organizzazione sanitaria all'avanguardia, *Buurtzorg* è riconosciuto come un modello di assistenza olistica guidato da infermieri, che ha rivoluzionato la *community care* nei Paesi Bassi. *Buurtzorg* è cresciuto molto rapidamente nell'intero territorio dei Paesi Bassi da 1 a 850 *teams*, in soli 10 anni. Durante questo periodo *Buurtzorg* è cresciuto in altre aree di cura come la salute mentale, i bambini e le famiglie e ha anche sostenuto altre organizzazioni internazionali di assistenza olandesi per adottare il modello di cura di *Buurtzorg* (Buurtzorg, 2020).

Buurtzorg è attualmente attivo in 25 Paesi in tutto il mondo, tra cui spiccano: Cina, Olanda, Svezia, Regno Unito, Stati Uniti d'America, Giappone, Germania, India, Taiwan, Austria, Russia.

Come affermare lo stesso fondatore di *Buurtzorg,* Jos de Blok, «noi abbiamo iniziato a lavorare con diversi paesi e abbiamo scoperto che i problemi sono gli stessi. Il messaggio ogni volta è di iniziare nuovamente dalla prospettiva del paziente e semplificare i sistemi» (Buurtzorg, 2020; si veda anche de Blok, 2016; 2015a; 2015b; 2014).

9 Risorse mobilitate (finanziarie, umane, organizzative, politiche)

▪ ***Risorse finanziarie***

Non vi sono dati disponibili on line sugli aspetti legati alle risorse finanziarie messe in campo da *Buurtzorg*. L'unico riferimento rintracciato è che, impiegando meno ore di assistenza e ottenendo un *reablement* più veloce dei propri assistiti nonché minori costi generali e amministrativi di *back-office*, *Buurtzorg* offre risparmi finanziari rispetto ai modelli tradizionali (fino al 50%) e ha registrato entrate per oltre 200 milioni di euro nel 2013 (Kreitzer et al., 2015; Monsen and de Blok, 2013). Il fatturato attuale di *Buurtzorg* si aggira attorno ai 500 milioni di euro.

▪ ***Risorse umane, organizzative e politiche***

Buurtzorg impiega attualmente circa 15.000 professionisti, nella maggior parte infermieri, organizzati in 1300 *teams*. Circa 50 persone sono impiegate in attività di *back-office* nella sede centrale di Almelo.

Il modello *Buurtzorg* è entrato a pieno titolo nel modo di operare delle politiche di assistenza domiciliare olandesi.

10 Dimensioni innovative

▪ ***Soddisfazione di bisogni non coperti dal sistema di cura***

Buurtzorg è stata disegnata e poi sviluppata a partire dal desiderio di umanizzare le cure, sottraendole all'alta mole di lavoro burocratico che ad esse si accompagnava nei modelli organizzativi precedenti. In particolare, questo ha significato cercare di far sì che l'anziano non debba relazionarsi con fornitori diversi ma che possa avere la tranquillità di essere seguito sempre dalle stesse persone, che possa avere un accesso rapido ai professionisti e che non debba attivarsi presso organizzazioni diverse per avere prestazioni di cui necessita.

▪ ***Modifica delle relazioni sociali/istituzionali tra anziani e altri attori***

Il *modello Buurtzorg* (in tutte le sue varianti) si propone di valorizzare le risorse esistenti nell'intorno dell'utente, svolgendo delle azioni anche molto piccole di ricucitura della rete informale e di comunità, alimentando così anche l'operato dei supporti formali. Le squadre *Buurtzorg* si occupano di attivare servizi per conto dell'utente, prestandole in modo integrato (nel modello *Buurtzorg+*) o segnalando le necessità ad altri attori della rete formale.

▪ ***Empowerment/aumento della capacità di esprimersi e incidere***

L'erogazione di servizi personalizzati potenzia la capacità di esprimersi e di incidere da parte degli utenti (anziani e famiglie). L'*empowerment* degli utenti è al cuore delle iniziative di *reablement.* Sono loro ad indicare quello di cui hanno bisogno, ciò che per loro è importante. Inoltre, l'intervento mira a potenziare la rete informale esistente con un approccio 'a cipolla' (vedi Figura 1), partendo appunto dalle risorse degli anziani, risorse esistenti e talvolta non valorizzate.

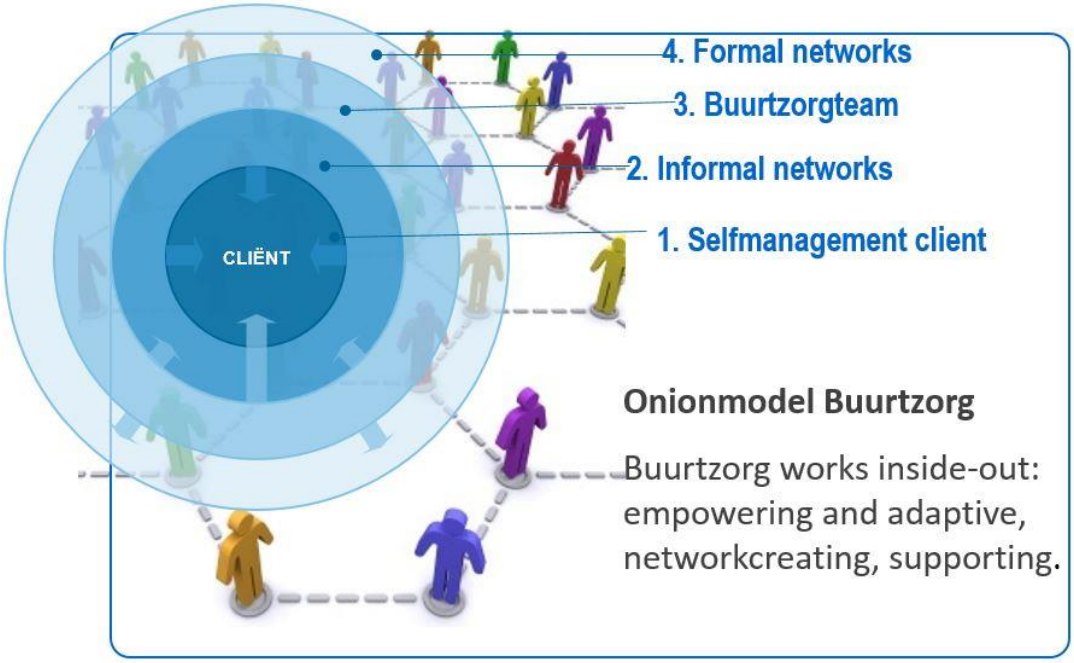


Figura 1. Il 'modello a cipolla' di Buurtzorg.
Fonte: Riprodotto da Buurtzorg, 2020.

La dimensione dell'empowerment riguarda anche la forza lavoro. Le squadre di infermieri si auto-gestiscono, prendono decisioni autonome sul da farsi e danno conto dei propri risultati (si veda il punto 12 dove si spiega meglio questo punto, considerato essere un fattore di successo).

11 Principali risultati dell'iniziativa

Secondo uno studio della KPMG del 2015[2] (in olandese ma ripreso da diverse pubblicazioni e siti) i principali risultati di *Buurtzorg* si possono riassumere in:

- Incrementi di produttività;
- accresciuta soddisfazione, motivazione sul lavoro e remunerazione del personale. Il fattore della soddisfazione dei lavoratori *Buurtzorg* è cruciale. Da uno studio qualitativo recente sul lavoro degli infermieri in *Buurtzorg* (White, 2016) emerge che lavorare in piccoli *teams* e l'autonomia decisionale generano spazi creativi: molti infermieri hanno affermato che il *team* sente di gestire il proprio business all'interno dell'organizzazione poiché sono autogestiti e quasi completamente autosufficienti. Gli infermieri sono messi nelle condizioni di pensare in modo critico se l'organizzazione e i membri del *team* si fidano di loro. Con questa fiducia, gli infermieri hanno più potere e confidano maggiormente nelle proprie capacità;
- aumento della qualità dei servizi erogati;
- diminuzione dei costi e risorse impegnate per paziente: rispetto alla media del settore, l'approccio *Buurtzorg* utilizza meno ore di assistenza autorizzate/prescritte e ha erogato meno ore di assistenza domiciliare per utente del servizio (una media di 108 ore rispetto al settore media di 168 ore) (Gray et al., 2015; Laloux, 2014), abbinata ad un alto livello di soddisfazione degli utenti;
- diminuzione della necessità di cure non pianificate (che esulano dunque dai pacchetti di cura);
- diminuzione della durata dei cicli di intervento;
- diminuzione del turnover del personale e delle assenze per malattia;
- diminuzione della istituzionalizzazione in RSA e maggiore capacità di mantenere le persone a domicilio;
- incremento di benessere sia per gli anziani direttamente coinvolti sia per i loro familiari (suffragato da più survey nel corso degli anni).

12 Punti di forza e fattori di successo

▪ ***Punti di forza e fattori di successo***

- *Empowerment* di una figura cardine del sistema di cure per gli anziani, gli infermieri di comunità;
- rafforzamento di *partnership* interprofessionali;
- coinvolgimento di personale infermieristico altamente formato; *Buurtzorg* utilizza infermieri con credenziali educative elevate in maggiore proporzione rispetto ad altre organizzazioni di *home care*;
- *back-office* efficiente e attività amministrativa snella con conseguente riduzione dei costi di operatività;
- la struttura organizzativa piatta genera meno costi generali, il che permette di avere più fondi per assumere infermieri più istruiti;
- azioni orientate alla prevenzione e all'accompagnamento piuttosto che all'emergenza;
- forte capacità progettuale e di iniziativa imprenditoriale da parte degli attori iniziali;
- contesto di *policy* molto favorevole allo sviluppo di iniziative imprenditoriali;
- 'Il tempo con' viene considerato un intervento terapeutico essenziale. I *teams* di *Buurtzorg* programmano e pianificano le loro visite ai pazienti, il che significa che gli infermieri possono impiegare il tempo necessario per valutare i pazienti in modo olistico e costruire buone relazioni. *Buurtzorg* consente agli infermieri di dedicare spazio e tempo in modo professionale, non 'basandosi sui minuti' (su uno stretto minutaggio che invece caratterizza buona parte degli altri servizi domiciliari);
- gli infermieri di *Buurtzorg* coltivano l'*empowerment* e la fiducia in sé stessi. Costruiscono relazioni professionali e di fiducia con i pazienti, che consentono loro di proporre delle azioni che talvolta neanche la famiglia del paziente potrebbe avanzare. Tale fiducia porta non solo a produrre un *ageing in place* di qualità ma anche un *dying in place* che segue i desideri delle persone assistite. Le cure palliative e di fine vita sono, infatti, le aree principali di collaborazione tra infermieri, pazienti e famiglie. *Buurtzorg* ha il più alto tasso di pazienti a fine vita che muoiono a casa tra le organizzazioni di assistenza domiciliare nei Paesi Bassi. La

capacità degli infermieri di *Buurtzorg* di gestire l'assistenza a fine vita a casa deriva dai loro alti livelli di istruzione e di competenza, dalla loro intraprendenza e pensiero critico;
- lavorare in squadre agili e *empowered* promuove l'equilibrio tra lavoro e vita privata, permette al personale di aiutarsi a vicenda e fare affidamento sulla collaborazione tra colleghi per mantenere la propria qualità di vita.

13 Punti di debolezza e fattori di rischio

I punti di debolezza del modello del *reablement* sono di carattere culturale/organizzativo. Dal rapporto 'Reablement and Older People' (Mishra and Barratt, 2016) si evince che:

- mancano studi appropriati che ne dimostrino l'efficacia. Nel 2016 il gap di conoscenza sul tema era ancora ampio;
- alcune persone anziane non sono a loro agio con questo approccio; piuttosto che essere supportate per diventare più indipendenti, preferiscono essere accudite in modo tradizionale;
- per chi presta cure potrebbe essere più dispendioso in termini di tempo implementare un modello di *reablement* piuttosto che semplicemente 'fare per' la persona anziana. Aspettarsi che il personale lavori in modi molto diversi senza un supporto sufficiente per riflettere sulle pratiche precedenti può essere contro produttivo.

Buurtzorg, essendo incentrato sul lavoro infermieristico, in qualche modo *bypassa* quest'ultimo problema o punto di debolezza.

Per *Buurtzorg* nello specifico si possono indicare i seguenti punti di debolezza e fattori di rischio[3]:

- La rapida crescita di *Buurtzorg* è stata accompagnata da critiche da più parti, soprattutto dai suoi concorrenti. Dalle interviste svolte da Gray et al. (2015) è emerso che i detrattori del modello hanno affermato che i pazienti di *Buurtzorg* che necessitavano di cure non pianificate a volte dovevano cercare aiuto da altre organizzazioni di assistenza domiciliare o dipartimenti di emergenza ospedalieri;
- secondo altri critici, i *teams* di *Buurtzorg* hanno selezionato pazienti complessi con molteplici esigenze, il che significa più ore fatturabili per visite a casa e meno tempo trascorso in viaggio, che non viene rimborsato dal sistema olandese;
- ancora, è stato affermato che i costi relativamente più bassi di *Buurtzorg* potrebbero essere dovuti alla selezione di pazienti con esigenze di cure leggere. Gray et al. (2015) però scrivono che non hanno trovato evidenze solide che avvallino tali critiche. Danno conto delle risposte date da de Blok a tali critiche: il minutaggio per paziente di *Buurtzorg* equivale in media a quello di altre organizzazioni; raramente i pazienti devono attivare altri fornitori mentre molto più spesso è *Buurtzorg* a supplire il lavoro di altri concorrenti; il mix di pazienti è il risultato del processo di inoltro dei medici di famiglia.

14 Potenziale in termini di policy: replicabilità e/o *up-scaling*

Il modello *Buurtzorg* è già stato esportato in 24 Paesi con norme, risorse e modelli regolativi del *care* molto diversi (tra cui India e Cina). In un articolo redazionale del marzo 2019 intitolato 'Less rules, more care' (Dif Media Foundation, 2019), si legge la seguente spiegazione da parte di de Blok circa il fatto che *Buurgtzorg* si possa adattare alla regolazione vigente nei diversi Paesi: «ci avviciniamo a ciascun Paese in modo diverso per vedere cosa possiamo fare all'interno della cultura e della regolamentazione locali. In Cina solo il 25% delle persone è assicurato. Se non hai l'assicurazione e finisci in ospedale, sarai di nuovo fuori in pochissimo tempo. In Cina abbiamo iniziato con persone che avevano bisogno di cure a lungo termine. Stiamo provando a spostare l'assistenza istituzionale (da ospedali e case di cura) all'assistenza domiciliare, questo è il nostro obiettivo iniziale»[...]«In India stiamo collaborando con una società che si concentra sull'istruzione. Prendiamo ragazze dai villaggi che formiamo come assistenti o infermiere. In questo modo generiamo un impatto sociale per le donne e le loro famiglie. In quei villaggi ci sono pochissime infermiere addestrate e quelle che lo sono lavorano negli ospedali»[...]«In Inghilterra abbiamo integrato l'attuale sistema del Servizio Sanitario Nazionale (assistenza gratuita per tutti), nel modello *Buurtzorg*. E questo sta iniziando a prendere piede. In un congresso di ottobre, il segretario di Stato inglese per la salute e l'assistenza sociale, Matt Hancock, ha dichiarato di essere

rimasto incantato dal modello *Buurtzorg*. Ha affermato che è giunto il momento di prendere il modello sanitario olandese e integrarlo a livello nazionale» (Dif Media Foundation, 2019).

Sono stati realizzati molti studi circa la replicabilità del modello *Buurtzorg* in altri Paesi, con sistemi di welfare diversi rispetto a quello neerlandese. Il modello è stato testato per esempio in Inghilterra e in Scozia. Un rapporto della King's Foundation del 2018 (Bennett et al., 2018), pur riconoscendo la validità e l'innovatività di *Buurtzorg*, mette in evidenza quali sarebbero le difficoltà nell'implementarlo nel Regno Unito:

- la carenza di infermieri, figura professionale cardine nel modello;
- il diverso sistema di accreditamento delle prestazioni. In UK si richiede che a tal fine che sia registrato un manager, mentre in *Buurtzorg* l'organizzazione è piatta;
- il sistema dei servizi è tarato sul minutaggio e gli slot sono di 15 o 30 minuti.

L'adozione dell'approccio *Buurtzorg* richiederebbe di modificare tutto il sistema delle cure domiciliari. Dalle poche informazioni reperite sulle sperimentazioni in corso nel Regno Unito emerge che il modello dovrebbe essere introdotto in ogni caso in modo incrementale.

L'interesse nei confronti del modello *Buurtzorg* ha portato l'azienda a creare un ufficio specifico per gestire i rapporti internazionali. I Paesi in cui è stato esportato il modello sono citati in articoli e blog diversi (l'informazione è molto disseminata): Francia, UK, Belgio, Corea del Sud, India, Giappone, Taiwan[4], Cina. In Italia de Blok ha presentato *Buutzorg* nel settembre 2015, nell'ambito del Salone Europeo per la Ricerca Scientifica 'Trieste Next'.

Lo *scaling-up* interno al Paese è in atto da qualche anno. Il modello *Buurtzorg* è stato adottato da diverse organizzazioni nei Paesi Bassi. *Buurtzorg Nederlands* è impegnata nel fornire formazione e consulenza ad altre organizzazioni. Lo fa dal modo più semplice, organizzando – a pagamento- giornate di formazione sul loro modello, a quello più complesso, re-ingegnerizzando intere organizzazioni.

Il modello ha ispirato anche altri modi di lavorare come per esempio quello di 'Wellbeing Teams' in UK (Bennett et al., 2018).

15 Fonti

▪ *Riferimenti bibliografici e sul web*

Bennett, L., Honeyman, M., Bottery, S. (2018) *New Models of Home Care* [online], The King's Fund – Ideas that change health care. Dicembre 2018. Accessibile su: https://www.kingsfund.org.uk/sites/default/files/2018-12/New-models-of-home-care.pdf. (Consultato: marzo 2020).

Buurtzorg (2020) 'Welcome to Buurtzorg – Humanity over bureaucracy' [website]. Accessibile su: www.buurtzorg.com. (Consultato: marzo 2020).

de Blok, J. (2016) *Buurtzorg: could it work in England?* [You Tube video]. The King's Fund – Ideas that change health care. 12 agosto 2016. Accessibile su: https://www.youtube.com/watch?v=CBWtAgm8QlI. (Consultato: marzo 2020).

de Blok, J. (2015a) *Healthcare: humanity above bureaucracy* [You Tube video]. TEDx (x = Indipendently Organized TED event) Conference. Ginevra (Svizzera), 2015. Accessibile su: https://www.tedxgeneva.net/talks/jos-de-blok-healthcare-humanity-above-bureaucracy/. (Consultato: marzo 2020).

de Blok, J. (2015b) *Organisation without Management. Buurtzorg: Humanity above bureaucracy by integrating simplification in a teal organisation* [You Tube video]. Meaning Conference. Brighton (UK), 2015. Accessibile su: https://www.youtube.com/watch?v=EE8t6FUfeVk. (Consultato: marzo 2020).

de Blok, J. (2014) *Buurtzorg: Humanity Above Bureaucracy. Organizational Structure* [You Tube video]. RSA Spotlight. 17 novembre 2014. Accessibile su: https://www.youtube.com/watch?v=BeOrNjwHw58. (Consultato: marzo 2020).

Dif Media Foundation (2019) 'Less Rules, More Care' [online], Difweb, Bright ideas – Health&Body, Availability. 28 marzo 2019. Accessibile su: https://difweb.org/buurtzorg/. (Consultato: marzo 2020).

Gray, B., Sarnak, D.O., Burgers, J. (2015) *Home Care by Self-Governing Nursing Teams: The Netherlands' Buurtzorg Model* [online], The Commonwealth Fund publ., 1818(14), Case Study, maggio 2015. Accessibile su: https://www.commonwealthfund.org/sites/default/files/documents/___media_files_publications_case_study_2015_may_1818_gray_home_care_nursing_teams_buurtzorg_model_case_study.pdf. (Consultato: marzo 2020).

Kreitzer, M.J., Monsen, K., Nandram, S., de Blok, J. (2015) 'Buurtzorg Nederland: A Global Model of Social Innovation, Change, and Whole-Systems Healing', *Global Advances in Health and Medicine Journal*, January, 4(1), pp. 40-4. doi: 10.7453/gahmj.2014.030. (Consultato: marzo 2020).

Laloux, F. (2014) *Reinventing organisations: a guide to creating organisations inspired by the next stage of human consciousness,* Nelson Parker, Brussels.

Mishra, V., Barratt, J. (2016) *Reablement and Older People,* Final Report [online], IFA Copenhagen 2016 Summit, Copenhagen (Danimarca), 2016. Accessibile su: http://www.reablement.it/sites/default/files/pdf/Copenhagen-Summit-Final-Report.pdf. (Consultato: marzo 2020).

Monsen, K., de Blok, J. (2013) 'Buurtzorg Nederland: A Nurse-Led Model of Care has Revolutionized Home Care in the Netherlands', *American Journal of Nursing*, 113(8), pp. 55-9.

Nandram, S.S. (2014) *Organizational Innovation by Integrating Simplification: Learning from Buurtzorg Nederland,* Springer: Cham (Switzerland).

White, C. (2016) 'The Defining Characteristics of the Buurtzorg Nederland Model of Home Care from the Perspective of Buurtzorg Nurses' [online], *Inquiry Journal (online undergraduate journal of the University of Hampshire)*, University of New Hampshire: New Hampshire (US), Spring 4(1), 2016. Accessibile su: https://www.unh.edu/inquiryjournal/spring-2016/defining-characteristics-buurtzorg-nederland-model-home-care-perspective-buurtzorg. (Consultato: marzo 2020).

16 Data chiusura del caso studio

La ricostruzione e l'analisi critica del caso studio si sono concluse nel mese di aprile 2020.

17 Contatti

Referenti del progetto:

Jos de Blok, Fondatore e CEO di *Buurtzorg*

Account twitter: https://twitter.com/josdeblok

Inge Plaggenmars, Staff *Buurztzorg*

e-mail: i.plaggenmars@buurtzorg.org

18 Note

[*] Jos de Blok è stato insignito di questa medaglia per il suo ruolo pioneristico come fondatore e CEO di *Buurtzorg*. Si tratta di un riconoscimento di gran valore. Basti pensare che ne sono stati titolati personaggi quali Michael Faraday, Carl Wilhelm Siemens, Louis Pasteur, Thomas Edison, Alexander Graham Bell, Sir Andrew Noble, Marie Curie, Franklin D. Roosevelt, Winston Churchill, la Regina Elisabetta, Yehudi Menuhin o Stephen Hawking.

[2] Lo studio è stato commissionato dal Ministero olandese della sanità, del benessere e dello sport con l'intento di mettere a confronto *Buurtzorg* con altri fornitori di assistenza domiciliare, controllando le differenze relative alle caratteristiche dei pazienti assistiti. La crescita rapida dell'organizzazione e il suo successo avevano ingenerato sospetti circa il fatto che questo successo fosse dovuto, almeno in parte, a

strategie di *cream-skimming*, vale a dire, di selezione dei pazienti più redditizi (perché meno complessi di trattare).

[3] data l'impossibilità di svolgere un'intervista nel 2020, è stato molto difficile capire quali sono i punti di debolezza dell'organizzazione.

[4] Nel novembre 2018 hanno firmato un accordo di collaborazione con Taiwan Home Nursing (THN) che con 80 dipendenti ha subito iniziato a prendersi cura di 600 utenti. (http://www.ntdtv.com.tw/b5/20181106/video/233457.html).

IN-AGE - INclusive AGEing in place
Laboratorio Politiche Sociali, Politecnico di Milano
Dipartimento Architettura e Territorio, Università Mediterranea di Reggio Calabria
Centro Ricerche Economico-Sociali per l'Invecchiamento, INRCA-IRCCS, Ancona

5 LA VECCHIAIA CHE VORREI

di Giuliana Costa
Dipartimento di Architettura e Studi Urbani, Politecnico di Milano

1 Breve descrizione dell'iniziativa

Il Progetto *La Vecchiaia che Vorrei* avviato nel 2016 grazie al finanziamento della Fondazione Caritro, si propone di intercettare anziani 'invisibili', cioè soggetti che sebbene godano ancora di una buona autonomia psicofisica e di una sufficiente sicurezza economica, sono a rischio isolamento per via di legami sociali deboli o inesistenti attraverso l'allestimento di luoghi incubatori di comunità (ambulatori, spazi tra le abitazioni nei condomini e nel quartiere) e servizi di prossimità (ginnastica dolce, auto-mutuo-aiuto, ginnastica cognitiva, incontri di promozione della salute) al fine di creare relazioni, nuovi legami e di rafforzare le reti di vicinato.

2 Luogo

ITALIA, Trentino, Provincia di Trento, **Comune di Trento**.

3 Contesto territoriale

▪ ***Tipologia di area***

Il progetto si realizza nel Comune di Trento, nelle Circoscrizioni Oltrefersina e S. Giuseppe e S. Chiara e in particolare nei quartieri di Madonna Bianca – Villazzano Tre e San Pio X. Si tratta di quartieri con una percentuale di anziani più alta rispetto alla media cittadina e con una forte presenza di caseggiati di edilizia residenziale pubblica. Nella Circoscrizione di Oltrefersina si trova uno dei quartieri più popolari di Trento, con palazzi di 12 piani e 24 appartamenti cada uno. Viene visto come un quartiere dove il disagio è dato soprattutto dalla difficile convivenza tra trentini e immigrati. Si tratta di un quartiere molto bello dal punto di vista dell'urbanizzato, con molto verde e una buona qualità architettonica. Qui gli anziani vivono ancora in grandi appartamenti, anche di 200 mq. Ciò che 'fa problema' nel quartiere è che il commercio locale è ormai assente e vi sono problemi di convivenza tra italiani e stranieri (per via della gestione dei rifiuti, rumori molesti, mancanza di legami con il vicinato). La Circoscrizione S. Giuseppe e S. Chiara non ha invece questa nomea, è composta da palazzi dei primi del 900 di grande bellezza, sorti a ridosso della ferrovia.

Alcuni dati sull'intero Comune di Trento (Comuni-Italiani.it, 2018):

- la popolazione residente è pari a 117.417 abitanti con una dinamica di crescita che fa registrare, tra il 2001 e il 2016, un incremento pari a +11,8%;
- al 2017 la popolazione con più di 65 anni di età rappresentava il 22,3% del totale e l'indice di vecchiaia era pari al 160,3%; l'età media era 44,2 anni;
- La percentuale di stranieri residenti sul totale della popolazione nel 2017 era pari al 10,9% (valore quasi duplicato dal 2005);
- Il reddito medio annuo è pari a 18.638 euro (2016).

▪ ***Scala di azione***

Scala comunale. L'iniziativa promuove azioni che favoriscono la mobilità e la socializzazione delle persone anziane, sperimentando attività che si svolgono perlopiù fuori casa ma con alcuni interventi fatti anche a domicilio (si veda oltre).

4 Tipologia dell'iniziativa e approccio

▪ ***Tipologia***

Il progetto è finanziato da *ente privato:* Fondazione Caritro. È accompagnato dal punto scientifico dalla Fondazione Franco Demarchi e sostenuto dalla Provincia Autonoma di Trento e del Consiglio delle Autonomie Locali della Provincia di Trento.

▪ ***Soggetti attuatori***

- *UISP* (Unione Italiana Sport per tutti) – Comitato del Trentino, *capofila del progetto*: ente di promozione sportiva e associazione di promozione sociale che ha l'obiettivo di estendere il diritto allo sport a tutti i cittadini. Nel progetto ha il compito di coordinare la rete di attori e svolgere le azioni trasversali quali la comunicazione e il coordinamento e di svolgere attività di ginnastica motoria dolce (negli spazi del progetto e a domicilio) con operatori laureati in scienze motorie e specializzati per attività adattata per anziani.
- *Azienda Provinciale per i Servizi Sanitari di Trento:* ha il compito di proporre e coordinare, incontri di promozione della salute gestiti da professionisti esperti al fine di aumentare il livello di consapevolezza sull'importanza dell'invecchiamento attivo e dei corretti stili di vita, riducendo allo stesso tempo gli effetti negativi sullo stato di salute degli anziani legati alla mancanza di relazioni.
- *Comune di Trento*: ha una funzione centrale di indirizzo e accompagnamento, partecipando alla realizzazione di incontri di supervisione e monitoraggio, nonché mettendo a disposizione del progetto spazi e facilitare le connessioni con i diversi soggetti presenti sui territori interessati dal progetto.
- *Cooperativa sociale Fai*: Cooperativa sociale di tipo A che, dal 1983, offre sul territorio del Comune di Trento diversi servizi di cura e di assistenza alla persona rivolti ad adulti ed anziani, anche non del tutto autosufficienti e a rischio di emarginazione. Mette a disposizione l'operatrice di comunità (educatrice con master in sviluppo di comunità, si veda oltre) che ha il compito di stilare i profili delle persone sole, mettersi in contatto con loro, farle incontrare e organizzare degli eventi affinché ciò accada (per esempio provando a mettere insieme le condomine per svolgere attività di ginnastica motoria).
- *Associazione AMA*: associazione di volontariato senza fini di lucro, nata a Trento nel giugno del 1995 su iniziativa di alcuni operatori dell'ambito sanitario e del privato sociale e di persone frequentanti gruppi già attivi, sorti spontaneamente o all'interno di realtà associative presenti sul territorio. La sua finalità principale è la promozione della salute attraverso l'attivazione di gruppi di auto mutuo aiuto e di altre iniziative di mutualità quali le coabitazioni solidali. Nel progetto si occupa dei gruppi di auto-mutuo-aiuto, della formazione al progetto, di promuovere la coabitazione.
- *Associazione Auser* di Trento: si occupa di promuovere il progetto e le sue attività tra volontari e utenti; ha messo anche a disposizione la propria sede per lo svolgimento di gruppi di ginnastica;
- *Associazione SalutEducazione*: si occupa di educazione alla salute e ai media, aiutano bambini, ragazzi e adulti a liberarsi dai condizionamenti del mercato e della pubblicità per trovare nuovi riferimenti. Per il progetto mettono a disposizione un farmacista che fa vari interventi tra cui: «far passare dei messaggi seri in modo informale» (da intervista a Roberta Lochi, si veda oltre), come ad esempio sulle caratteristiche dei vari farmaci, sul rischio di abuso di farmaci tra anziani e sui rischi di una loro sovrapposizione.
- *Azienda Provinciale per i Servizi* di Trento: l'Azienda Sanitaria di Trento per il progetto attiva una pluralità di risorse tra cui la messa in rete dei propri servizi con quelli del progetto.
- *Cooperativa Neuroimpronta*: cooperativa di tipo A fondata nel 2014, si occupa di delineare interventi terapeutici specifici che possono contrastare il manifestarsi e il progredire delle difficoltà cognitive e la conseguente perdita di autosufficienza. Per il progetto svolge le attività di ginnastica cognitiva.
- *Associazione Noi Quartieri* Trento Sud: associazione senza fini di lucro che promuove e sostiene la crescita socioculturale delle comunità e dei quartieri situati a Trento Sud. Gestisce il Punto di Prestito di Madonna Bianca e fa parte del Distretto dell'Educazione del Comune di Trento. Il Punto di Prestito è uno spazio in cui era sita una biblioteca che il Comune voleva

chiudere ma che è stato preso in carico da cittadini con un patto di collaborazione con il Comune di Trento per tenerlo aperto come punto prestito libri, luogo per lo svolgimento di attività di doposcuola e della ginnastica prevista dal progetto.

- *Itea* – Istituto Trentino per l'Edilizia Abitativa: è una società di capitali soggetta alla direzione e coordinamento della Provincia Autonoma di Trento. Esercita il servizio pubblico di edilizia abitativa conservando e incrementando la disponibilità degli alloggi destinati alla locazione su tutto il territorio provinciale. Per il progetto ha messo a disposizione uno spazio di comunità (a Villazzano Tre) a prezzo agevolato dove si fa ginnastica motoria, si svolgono i laboratori di sartoria e interviene il farmacista (si veda oltre).
- *Comune di Trento*: svolge compiti di coordinamento tra gli attori.

Il progetto ha una cabina di regia composta da UISP, Fai APSS, Ama, Comune di Trento, Neuroimpronta che a cadenza mensile (ma anche al bisogno) si incontra.

La Fondazione Franco Demarchi ha un ruolo di accompagnamento scientifico del progetto. Nasce nel 2013, in evoluzione e sviluppo dell'Istituto Regionale di Studi e Ricerca Sociale, come ente strumentale *non-profit* della Provincia Autonoma di Trento che offre servizi costruiti in ottica di innovazione sociale a cittadini/e, professionisti/e, privato sociale, istituzioni e organizzazioni. A partire dall'identificazione e dall'analisi di alcuni bisogni sociali emergenti (di natura individuale, professionale o territoriale) la Fondazione si pone l'obiettivo di sviluppare, sperimentare ed implementare soluzioni innovative attraverso processi di ricerca, progettazione e formazione. Storicamente opera nell'ambito della formazione e dell'educazione degli adulti. Negli ultimi anni i suoi interventi riguardano anche la programmazione e valutazione di politiche sociali, la progettazione e valutazione di soluzioni per l'innovazione dei servizi e del *welfare*, il riconoscimento e sviluppo delle competenze e le attività di promozione culturale.

▪ ***Altri soggetti coinvolti (rete mobilitata dal progetto)***

Nella prima annualità sono state coinvolte le seguenti realtà al di fuori della rete originale di progetto:

Associazione Villazzano Tre – Appm-Kaleiodoscopio- Caritas – Parrocchie dei due territori – Comitato Associazioni Oltre Fersina – Comitato Condominio Solidale – Trentino Solidale – Associazione Alzheimer – Circoscrizione OltreFersina – San Giuseppe – Circolo Anziani San Pio X – Circolo Anziani Madonna Bianca- Trentino Solidale.

L'Associazione Alzheimer ha assunto un ruolo centrale nel progetto perché «lavorano con i familiari che sono spesso le persone più fragili» (da intervista a Roberta Lochi, si veda oltre). Cerca di coinvolgerli, consiglia loro di fare le attività insieme dato che «quando le persone si conoscono, mettono poi a disposizione competenze e vissuti». Collaborano anche nell'organizzazione degli eventi.

Trentino Solidale raccoglie il cibo in prossimità di scadenza per la realizzazione dei pranzi mentre altre associazioni collaborano per 'arrivare alle persone più fragili'.

▪ ***Fonti di finanziamento***

Il progetto è stato finanziato da Fondazione Caritro, Cassa di Risparmio di Trento e Rovereto. Il costo complessivo del progetto è di 196.237 euro, la richiesta di contributo alla Fondazione è stata di 73.378 euro.

L'obiettivo iniziale è che il progetto fosse sostenibile dal punto di vista economico. Alcune attività lo erano fin dall'inizio (ginnastica motoria e ginnastica cognitiva), dato che si chiedono contributi agli utenti, anche se molto modesti.

▪ ***Approccio***

L'approccio del progetto è misto. Nello start-up ha una logica caritatevole ma è fin dagli esordi orientato ad una doppia logica, quella di mercato – dato che il progetto prevede l'auto-sostenibilità progressiva (a cominciare dal pagamento di alcune prestazioni a compartecipazione economica) – e quella della co-produzione, dato che i beneficiari sono supportati nel generare risposte ai propri problemi connessi alla solitudine.

▪ ***Target e beneficiari***

Il progetto si proponeva di intercettare due diversi target: 1) *persone che vivono da sole nelle proprie abitazioni* e che non conducono una vita sociale attiva e 2) 'anziani attivi', vale a dire persone del territorio che presentano una buona rete relazionale e che dedicano la maggior parte del loro tempo alla loro famiglia (cura del marito, cura dei nipoti, cura della casa, etc.) ma che hanno scelto di investire anche il loro tempo nello svolgimento di attività di volontariato (distribuzione pacchi viveri, compagnia presso RSA, etc.). Nell'indagine Passi d'Argento del 2012 il numero degli anziani a rischio di isolamento è stato quantificato a livello provinciale intorno alle 15.600 unità, il 17% della popolazione anziana complessiva. Sebbene non avessero dati precisi per quanto attiene il comune di Trento, hanno individuato due territori target: le *Circoscrizioni Oltrefersina e S. Giuseppe*, dove risiedono la maggior parte di nuclei monoparentali over65 (al 31/12/2015 rispettivamente 573 e 584) e over75 (al 31 dicembre 2015 rispettivamente 1022 e 1185).
Da progetto iniziale si aveva l'intenzione di raggiungere 400 anziani vulnerabili.

5 L'iniziativa

▪ ***Ambito di intervento***

1. Pratiche innovative che riguardano la vita *in casa* dell'anziano.
1.1. Servizi innovativi a domicilio.
2. Pratiche innovative che riguardano la vita *fuori casa* degli anziani.
2.1 Servizi innovativi per facilitare la socializzazione.

▪ ***Obiettivi***

L'obiettivo generale del progetto è quello di intercettare gli anziani 'invisibili', cioè soggetti che sebbene godano ancora di una buona autonomia psicofisica e di una sufficiente sicurezza economica (abitando spesso nello stesso alloggio di cui sono proprietari da tanto tempo), sono a rischio isolamento perché hanno perso i legami sociali più forti, con i propri famigliari, sia quelli più deboli, con il vicinato. Si tratta di anziani che, al sopraggiungere dell'invecchiamento e della perdita di autonomia, si «vergognano di chiedere aiuto e si isolano progressivamente nel proprio domicilio». Quest'ultimo, «da fattore di sicurezza si trasforma in una trappola» (da intervista a Roberta Lochi, si veda oltre). Dato che spesso l'attività delle numerose organizzazioni pubbliche e private *non-profit* che si occupano di partecipazione alla vita sociale, cura della salute psico-fisica e sicurezza socioeconomica degli anziani spesso non riesce a produrre azioni sistematiche e coordinate e in grado di produrre soluzioni efficaci nel fronteggiare le difficoltà dell'invecchiamento, il progetto ha anche l'obiettivo di integrare le soluzioni e le risorse esistenti.

Il progetto riguarda la promozione dell'invecchiamento attivo dell'anziano presso il proprio domicilio attraverso:

- la nascita di nuovi spazi tra le abitazioni nei condomini e nel quartiere capaci di promuovere l'interazione sociale tra gli anziani nel contesto in cui abitano e che diventino un punto di riferimento per la loro vita;
- l'allenamento del corpo e della mente e il mantenimento attivo del sistema di relazioni sociali durante tutto il processo di invecchiamento. Senza un'adeguata rete di supporto, infatti, il proprio domicilio diventa una possibile prigione e gli spazi di socializzazione di cui sopra risulterebbero vuoti;
- la promozione e l'accompagnamento di una serie di attività in cui l'anziano è parte attiva e centrale per la felice riuscita delle attività stesse (es. organizzazione attività sportive e ricreative di vicinato, realizzare momenti di fruizione culturale, recupero della memoria storica ecc.).

Gli *obiettivi specifici* del progetto sono di tre tipi:

- di prodotto: offrire opportunità di socializzazione e di attivazione agli anziani soli, a rischio di emarginazione sociale e vulnerabili, mediante la promozione di spazi e servizi innovativi all'insegna della condivisione e del fare comunità;

- di processo: formare e costruire reti di prossimità dedicate alla *community care*, in cui gli anziani abbiano un ruolo attivo nella promozione della salute; costituzione e coordinamento di una rete istituzionale pubblico-privato di sostegno all'invecchiamento attivo, che abbia una sua riconoscibilità a livello provinciale, in grado di intercettare gli anziani vulnerabili; replicare il progetto in almeno un contesto al fuori dell'area target a Povo;
- di sistema: ribaltare il ruolo dell'anziano stesso che, da soggetto portatore di un bisogno di cura, diventi agente promotore dell'invecchiamento attivo.

La Vecchiaia che vorrei si compone di quattro azioni principali che fanno leva sull'opportunità di allestire luoghi incubatori di comunità (ambulatori, spazi tra le abitazioni nei condomini e nel quartiere) e servizi di prossimità (ginnastica dolce, auto mutuo aiuto, ginnastica cognitiva, rafforzamento delle relazioni), promuovendo la salute attiva degli anziani vulnerabili. Nel dettaglio esse sono:

- *Azione 1*: allestimento di 'spazi di comunità' e spazi condominiali condivisi.
- *Azione 2*: servizi di prossimità:

  2.1: sperimentazione di un operatore 'condiviso' per favorire le relazioni con il contesto e i vicini;
  2.2: realizzazione di attività di ginnastica dolce a livello di quartiere e di ginnastica domiciliare;
  2.3: promozione dell'auto-mutuo-aiuto attraverso l'accompagnamento alla coabitazione e alla formazione di gruppi di sostegno
  2.4: corsi di stimolazione cognitiva;
  2.5: incontri di promozione della salute che vedono coinvolti professionisti esperti dell'Azienda per i Servizi Sanitari di Trento.
- *Azione 3*: promozione della salute attiva:

  3.1: ciclo di seminari su osteoporosi, alimentazione sana, attività fisica e prevenzione delle cadute;
  3.2: laboratori salutari urbani: controllo degli armadi dei medicinali, autoproduzione di amari, recupero di antichi rimedi medici, attività di ballo per prevenire l'osteoporosi;
  3.3: corso di formazione all'auto mutuo aiuto;
  3.4: attività teatrali e di espressione artistica.
- *Azione 4*: azioni trasversali di comunicazione, valutazione, coordinamento, segreteria.

6 Temporalità

Il progetto è stato avviato l'1 giugno 2017 e si sviluppa su tre anni nel territorio del Comune di Trento. In particolare, è stato implementato in due territori: la zona della Torri di Madonna Bianca – Villazzano Tre e la zona di S. Pio X – S. Giuseppe. Il progetto avrebbe dovuto chiudersi entro il 31 dicembre 2020 ma, per via dell'emergenza Covid-19, la Fondazione Caritro lo ha prorogato di sei mesi.

7 Origine, radici, principali tappe del progetto

▪ *Le origini e le radici*

Il Progetto *La Vecchiaia che Vorrei* è stato sviluppato nell'ambito del Programma *Welfare km zero* di Fondazione Caritro. Nell'intento di promuovere percorsi di innovazione sociale, la Fondazione Caritro, con l'iniziativa *Welfare km zero*, intende incentivare e rafforzare la cultura e la pratica del welfare comunitario e generativo espresso dal territorio trentino. In particolare, ha l'obiettivo di mobilitare l'intera comunità, incentivare e accompagnare innovazioni e facilitare lo sviluppo di progettualità. *Welfare km zero* comprende azioni per il territorio, attualmente riconducibili a due principali filoni di intervento: il *bando per progetti di welfare generativo* e il percorso *accompagnami.* Il progetto è stato co-prodotto dalle realtà *partner*, chiamate a partecipare fin dall'inizio del percorso di co-progettazione avviato nel 2016 per arrivare alla definizione di una proposta comune. Si sono aggregate attorno al Tavolo 'Anziani' tutte le realtà locali che si occupano, in diversi modi, della popolazione anziana a livello locale.

A gennaio 2017 è stato quindi pubblicato il primo bando per progetti di welfare generativo, realizzato in collaborazione con la Provincia autonoma di Trento, il Consiglio delle Autonomie Locali e la Fondazione Demarchi, che ha messo a disposizione un budget complessivo di 750.000 euro. Nel bando sono stati presentati 25 progetti sperimentali da realizzare in rete coinvolgendo anche realtà esterne al sistema di *welfare* sociale. A seguito del percorso di valutazione sono stati individuati otto progetti vincitori, sostenuti con il totale del *budget* a disposizione, tra cui *La Vecchiaia che Vorrei*. Ai lavori ha partecipato la Fondazione Demarchi che ha collaborato fin dall'inizio al percorso di ascolto del territorio, durante la fase laboratoriale e nel tutoraggio dei progetti approvati.

- ***La prima annualità del progetto***

Nel primo anno, il Progetto *La Vecchiaia che Vorrei* si è sviluppato secondo sei azioni principali:

1. *Azioni di coordinamento trasversale*: definizione delle modalità organizzative e nomina dei soggetti componenti la cabina di regia con funzioni decisionali e operative. Si è deciso che le riunioni di *équipe*, che vedono coinvolte UISP e Fai, si svolgessero a cadenza settimanale e che le riunioni della cabina di regia, che vedono coinvolti i *Partner* UISP-Fai APSS-Ama-Comune di Trento – Neuroimpronta –, si svolgessero con cadenza mensile, ma anche sulla base delle decisioni da condividere e discutere. Agli incontri sono stati invitati gli altri *partner*.

   Durante il primo anno sono state svolte decine di incontri sul progetto, in tanti luoghi e occasioni. Quest'attività è stata realizzata «in modo un po' caotico, sull'onda dell'entusiasmo, con un dispendio di energie enorme e spesso con una comunicazione non ottimale tra i partner» (da intervista a Roberta Lochi, si veda oltre).

2. *Ginnastica dolce*: attività motoria adattata, di carattere continuativo: i corsi sono stati tenuti da tre operatori sportivi UISP, laureati in scienze motorie e specializzati in ginnastica motoria adattata. Erano attivi sei corsi di ginnastica motoria con ognuno otto incontri al mese. Gli anziani pagano 20 euro al mese.

3. *Ginnastica mentale*: attività di stimolazione cognitiva, di carattere continuativo. Erano attivi quattro gruppi di ginnastica mentale che si svolgevano in spazi comuni. Ogni ciclo prevedeva 10 incontri e costava 25 euro. L'attività è stata tenuta dalle psicologhe della Cooperativa Neuroimpronta.

4. *Controllo farmaci*: attività di promozione dell'uso consapevole dei farmaci. L'azione è stata gestita dal *Partner* Saluteducazione. Sono stati svolti diversi incontro negli androni dei palazzi di Madonna Bianca in cui hanno chiesto agli anziani di portare i propri farmaci aiutandoli a riordinarli. Hanno altresì messo a disposizione un farmacista a disposizione degli anziani per fare prevenzione nell'utilizzo dei farmaci duranti gli incontri di ginnastica.

5. *Attività di auto mutuo aiuto*: 'Stare bene con te', attività proposta da AMA. Ai gruppi tradizionali si sono aggiunti i gruppi *WhatsApp* supportati da una psicologa (infittiti nel 2020, con l'avvento del Covid-19), gruppi di lettura e tante altre piccole iniziative del genere.

6. *Attività di animazione*: a) cineforum: attività di proiezione di documentari e film (cessata nella seconda annualità), b) pranzi di comunità: iniziative organizzata in collaborazione con i poli sociali di riferimento dei due territori. I pranzi «hanno preso piede» (da intervista a Roberta Lochi, si veda oltre), se ne fanno attualmente due al mese, uno per territorio di riferimento, grazie alla collaborazione delle organizzazioni *partner* e degli anziani stessi. Vi partecipano anche cuochi volontari in possesso del patentino HCCP che abilita a cucinare in sicurezza. Secondo la referente del progetto, questi sono i momenti più preziosi di socializzazione.

Dalla valutazione della *prima annualità* del progetto emerge che:

- sono state coinvolte 596 persone, di cui 245 anziani marginali, di cui 144 vulnerabili. Sono stati attivati 19 anziani vulnerabili e 27 marginali nella cogestione delle attività e due nel coordinamento delle attività;
- sono stati attivati 117 anziani ancora autosufficienti da un punto di vista psico-fisico ed economico, che difficilmente partecipano ad attività di natura sociale e hanno deboli legami,

sono difficili da individuare, ma che, grazie agli interventi di quartiere e agli interventi condominiali, il progetto è riuscito ad attivare.

▪ ***La seconda annualità del progetto***

Le attività svolte a partire della seconda annualità sono più o meno le stesse della prima ma ci si è «liberati di alcune iniziative per concentrarsi sul nocciolo del progetto» (da intervista a Roberta Lochi, si veda oltre). Si è, per esempio, deciso di non svolgere più attività non continuative o *spot* per agganciare tutti. Così non si è più realizzato il cineforum e gli eventi conoscitivi del progetto *una tantum*, investendo piuttosto nel far sì che chi è già stato agganciato dal progetto fungesse da passaparola per altri. Nel secondo, il progetto ha beneficiato della presenza di professionisti sanitari esperti negli spazi di comunità in cui si sono realizzati gli incontri di promozione della salute. Un punto di difficoltà è stato lo svolgimento della ginnastica a domicilio perché si è fatta molta fatica ad ingaggiare anziane che volessero accogliere l'operatore e altre tre persone nella propria casa e farla così in gruppo. Sono attivi due soli gruppi di questo tipo. Nella seconda annualità sono invece cresciuti in frequenza i pranzi conviviali.

Figura 1 Locandina del Progetto
Fonte: UISP – Comitato Territoriale Trentino, 2018.

Uno degli aspetti più riusciti del progetto è quello di aver reperito degli spazi dove svolgere le proprie attività. Accanto alla Sala di comunità di Villazzano, sale della Circoscrizione, Centri per Anziani e spazi parrocchiali, si sono aggiunti quelli dell'ex Biblioteca a Madonna Bianca e una piccola Palestra a San Giuseppe, tutti spazi ben riconoscibili per chi li usa sia per fare ginnastica che per occasioni di ritrovo.

Nel secondo anno, le diverse persone coinvolte hanno continuato a fare riferimento al progetto. Sono state agganciate persone fragili dal punto di vista fisico, cognitivo e relazionale. Per molti di loro, isolati dal punto di vista sociale, la partecipazione alle attività del progetto rappresenta l'unico momento di socialità. Sono state inoltre, agganciate persone autosufficienti ma a rischio isolamento sociale; nello specifico si tratta di persone che vivono da sole, con una rete sociale molto debole, single o vedove e che, in caso di bisogno, non hanno alcuna rete di prossimità in grado di assisterli. Infine, sono state intercettate diverse persone attive socialmente su entrambi i territori.
Dalla valutazione della *seconda annualità* del progetto emerge che:

- sono state agganciate 392 persone vulnerabili (*target* di progetto) e di queste ne sono state attivate 115;
- nel secondo anno, hanno partecipato alle attività proposte dal progetto 908 persone, di queste ne sono state attivate 329.

▪ ***Emergenza Covid-19***

Per fronteggiare l'emergenza Covid-19, la rete partner ha ricercato soluzioni diverse ed innovative per arricchire le proposte già sperimentate, avvalendosi dell'utilizzo di strumenti di comunicazione innovativi ed accessibili alla maggior parte degli anziani, quali la Tv e piattaforme online. Nello specifico è stata realizzata una proposta televisiva quotidiana (La palestra è la nostra casa, La palestra della Mente e Le pillole della salute). Durante l'emergenza sanitaria gli anziani coinvolti nelle diverse iniziative sono stati raggiunti telefonicamente dai cittadini attivi per aiutarli a far fronte alla situazione e a ridurre il rischio di isolamento sociale legato alle restrizioni.

8 Agency e relazioni con il sistema

▪ ***Principali attori ed eventuale leadership***

Il progetto è stato implementato da quasi tutti i *partners* iniziali, ognuno con uno specifico ruolo. Non si riconoscono *leadership* dato che il progetto si basa su un percorso di continuo confronto/scontro, non solamente sui servizi più innovativi, ma anche su quelli più tradizionali.

▪ ***Relazioni con il sistema***

Il progetto si colloca nella più ampia progettazione territoriale delle organizzazioni pubbliche, in particolare del Comune di Trento e dell'Azienda Sanitaria. Il progetto è coerente con le attività che sono state avviate nel Comune di Trento. In particolare, esso è in linea con gli interventi che lavorano sull'ottimizzazione delle risorse presenti sul territorio, sul loro coordinamento e sull'attivazione di risorse e competenze latenti basate sulla prossimità (es. Pronto PIA, Filo d'argento, Casa Solidale ecc.) e che non fanno della riqualificazione fisica e spaziale il loro campo privilegiato di azione (es. costruzione di nuovi alloggi in coabitazione o in *cohousing*).

▪ ***Cosa è rimasto del progetto***

Il progetto è ancora attivo ed è presto per capire che cosa resterà effettivamente nel più lungo periodo. L'aspetto però rilevante è che la rete dei partner ne sta già progettando la fase finale che, giocoforza, prevede un 'ritiro' delle organizzazioni coinvolte dal campo assicurando però che alcune delle attività svolte possano avere continuità in autonomia. La cabina di regia è stata supportata da un'organizzazione esterna alla rete (Studio Tangram) per ragionare sul 'futuro possibile' delle iniziative e per identificare alcune indicazioni utili rispetto al ritiro graduale in questi ultimi mesi di operatività. In sintesi, è emerso che alcune delle iniziative riescono a proseguire autonomamente, vale a dire:

- la ginnastica dolce, un'attività che si autofinanzia e che UISP Trentino continua a portare avanti in maniera autonoma;

- gli incontri sulla prevenzione delle cadute nell'anziano sono stati inseriti negli obiettivi assegnati dalla PAT (Provincia Autonoma di Trento) all'Azienda Sanitaria in materia di promozione di stili di vita sani e si prevede, quindi, possa essere portato avanti anche in futuro;
- i gruppi di auto-mutuo aiuto e la promozione del programma di coabitazione di AMA;
- la ginnastica mentale, che verrà portata avanti da Neuroimpronta.

Hanno poi individuato iniziative per le quali sarà necessario continuare a fornire forme leggere di sostegno: attività estive in un parco cittadino (il Langher), l'orto comunitario, il cineforum. Ancora, sono state identificate le iniziative che si sono rivelate particolarmente importanti e di valore ma che hanno bisogno di essere riviste alla luce della chiusura del progetto:

- I *pranzi/merende di comunità*: possono essere organizzati nella parte operativa in autonomia ma hanno bisogno di qualcuno che li accompagni (chiamare le persone, attivare gli organizzatori, etc.). C'è molta attenzione a questa attività perché la si ritiene di particolare valore: riesce a mettere in collegamento persone e mondi diversi, è informale e permette di socializzare, costituisce un appuntamento fisso dove potenzialmente l'apporto delle realtà partner può essere molto ridotto. È di fondamentale importanza mantenere in vita questa iniziativa, anche una volta concluso il progetto, sui principi che finora l'hanno guidata. Magari potrà essere l'attività con la quale mantenere in essere il coordinamento e la rete del gruppo di regia; viene definita «un contenitore da sviluppare» (da intervista a Roberta Lochi, si veda oltre).
- La *formazione La Vecchiaia che Vorrei*: si ritiene che debba essere sviluppata ad hoc per le figure chiave del territorio, come i presidenti delle associazioni e dei circoli anziani, etc.
- Gli *incontri del gruppo di regia* e quelli *di condivisione tra i vari progetti attivi:* sono stati particolarmente utili, per questo si propone di istituire un Tavolo territoriale con degli incontri cadenzati, così da mantenere attiva la rete, magari con le altre realtà che operano sul territorio. Da questo punto di vista l'ente pubblico potrebbe essere disponibile a farsi promotore.

Una delle riflessioni più interessanti emerse dalle interviste rispetto a 'cosa resterà' del progetto riguarda la visione secondo cui esso «rimarrà in piedi quando gli operatori non si occuperanno di una sola specifica cosa dato che ognuno deve essere in grado di avere una visione ampia del progetto» (da intervista a Roberta Lochi, si veda oltre).

9 Risorse mobilitate (finanziarie, umane, organizzative, politiche)

▪ ***Risorse finanziarie***

Il progetto gode di risorse finanziarie piuttosto modeste. Il costo complessivo del progetto è di 196.237 euro, la richiesta di contributo alla Fondazione è stata di 73.378 euro.

▪ ***Risorse umane, organizzative e politiche***

Il progetto è stato implementato da tutte le realtà *partners* con la messa a disposizione di ore di lavoro da parte di ciascuna di esse.

Le principali *risorse organizzative e politiche* sono date dal fatto che i soggetti attuatori sono stati e continuano ad essere in grado di alimentare la rete per l'attuazione del progetto. Tale rete è ampia e strutturata e coinvolge anche attori pubblici. È questa la premessa per la continuità delle attività del progetto dopo la sua conclusione.

10 Dimensioni innovative

▪ ***Soddisfazione di bisogni non coperti dal sistema di cura***

Ingaggio di anziani soli e non partecipi della vita sociale in modo attivo e incremento delle occasioni di socialità. *La Vecchiaia che Vorrei* ha una dimensione fortemente generativa avendo come caratteristica di essere addirittura 'multi-generativa' perché è in grado di mobilitare anziani non 'agganciati' alla rete dei servizi e di riconnetterli al territorio e ha come filosofia di fondo quella di mettere in rete tutti gli attori che si occupano della condizione anziana così come di orientare in questa direzione attori che per *mission* non se ne occupano.

▪ ***Modifica delle relazioni sociali/istituzionali tra anziani e altri attori***

Connessione di tutte le realtà che in qualche modo si occupano di anziani a livello locale.

▪ ***Empowerment/aumento della capacità di esprimersi e incidere***

Il progetto si è proposto di attivare risorse e capacità latenti o sottoutilizzate che gli anziani pensano di aver perso e 'su cui non contano più' e di sviluppare competenze per promuovere l'impegno attivo dell'anziano nei confronti della cura della propria salute.

11 Principali risultati dell'iniziativa

Il progetto è stato in grado di:

- attivare relazioni sociali sufficientemente robuste tra anziani soli e contesto abitativo di riferimento;
- aprire alla popolazione anziana luoghi che possano accogliere le nuove forme di socialità innescate dal progetto e fare da punto di orientamento in caso di bisogno;
- incrementare il numero di possibilità di incontro e di scambio tra anziani soli e contesto locale;
- promuovere l'impegno attivo dell'anziano nei confronti della cura della propria salute;
- consentire un risparmio economico sia per l'anziano che per l'ente pubblico per quanto attiene l'uso di farmaci e l'attivazione di servizi di cura domiciliare;
- 'fare rete' tra soggetti istituzionali differenti sia pubblici che privati (*non-profit* e *for-profit*), favorendo un coordinamento degli stessi ed una maggiore incisività e capacità di programmazione dell'ente pubblico nella trattazione del problema.

12 Punti di forza e fattori di successo

▪ ***Punti di forza***

- La presenza di tre organizzazioni 'forti' che hanno sostenuto e sostengono il progetto in modo integrato: Fondazione de Marchi, Fondazione Caritro e Provincia di Trento;
- l'incubazione del progetto entro un percorso di co-progettazione lungo e partecipato;
- il coinvolgimento di undici partner inziali e poi altri ancora strada facendo e l'acquisizione, grazie a continui confronti ('ma anche scontri'), di un 'linguaggio comune';
- l'aver potuto contare con un'educatrice del polo sociale del Comune, ritenuta «bravissima perché aiuta a creare le connessione con le risorse del territorio che lei conosce benissimo»[…]«che è concreta e ha più idee per il futuro, su ciò che è fattibile» (da intervista a Roberta Lochi, si veda oltre);
- l'aver intercettato anziani che vivono da soli e sono molto soli senza che siano mai essere stati raggiunti dai servizi esistenti, di averli agganciati e aiutati ad uscire di casa, un passo che per molti è stato molto importante;
- la costruzione di un sistema di *governance* allargata ma con una cabina di regia coesa;
- la cura della dimensione comunicativa del progetto e l'aver proceduto all'affinamento della propria strategia comunicativa attraverso la partecipazione ad un laboratorio di comunicazione;
- l'aver fatto riconoscere a livello locale (ad altre agenzie) l'importanza di avere operatori sportivi particolarmente formati per avere a che fare con persone anziane;
- la creazione di una nuova figura professionale, l''Operatrice di Comunità';
- l'ampio coinvolgimento del volontariato;
- le azioni sono orientate alla prevenzione e all'accompagnamento piuttosto che all'emergenza;
- la capacità di imparare dai fallimenti, come dimostra la forte dimensione riflessiva messa in atto nel ragionare su come avviarsi verso la fine del progetto;
- consolidamento del modello d'intervento di comunità sperimentato nei due quartieri della città.

▪ ***Fattori di successo***

- 'aver imparato competenze nuove grazie al progetto di co-progettazione' e di averle consolidate grazie al percorso di accompagnamento al progetto;

- capacità di operare in rete delle istituzioni pubbliche locali, agevolata da una cultura della collaborazione inter-istituzionale che è propria del contesto trentino;
- esistenza di un ecosistema di volontariato molto ricco;
- aver coinvolto persone molto capaci e in grado di decidere;
- il fatto che molte attività del progetto continueranno ad essere svolte in autonomia dai singoli *partners* e, in alcuni casi, anche ulteriormente qualificate;
- capacità di coinvolgere organizzazioni inizialmente non facenti parte del progetto e che hanno assunto un ruolo anche molto importante (come l'Associazione Alzheimer);
- essere stati in grado di sviluppare 'un nuovo linguaggio comune';
- essere stati in grado, anche se con qualche inciampo, di 'rinnovare l'entusiasmo negli operatori e volontari' attorno al progetto;
- essere stati in grado, tutti i *partners*, di riuscire a ridefinire il proprio ruolo strada facendo, imparando ad ascoltare e ad adattare le proprie azioni;
- capacità di imparare dai fallimenti (es. l'impossibilità di fare l'ambulatorio di comunità);
- essere riusciti a costruire una solida rete di *partners* che possono attivarsi per altre occasioni di progetto e lavoro in comune (compreso *application* a bandi).

13 Punti di debolezza e fattori di rischio

▪ ***Punti di debolezza***

- Alcuna attività non hanno funzionato come ci si aspettava, per esempio le attività di aggancio e di presentazione del progetto;
- l'inesperienza di alcuni operatori;
- a tratti scarse capacità di comunicare tra i partner, una debolezza però migliorata nella seconda annualità;
- talvolta le istituzioni pubbliche hanno fatto fatica a 'ripensarsi' in un progetto come questo.

▪ ***Fattori di rischio***

- In progetti come questi 'le persone fanno la differenza', l'entusiasmo inziale può indebolirsi;
- «pensare di avere le soluzioni in mano in formato standard» (da intervista a Roberta Lochi, si veda oltre);
- complessità difficile da gestire se non si ha una cabina di regia molto forte;
- la preparazione degli operatori: in un progetto siffatto gli operatori devono avere delle sensibilità e delle competenze che esulano dal proprio ruolo, devono essere in grado di essere resilienti (e l'esempio tratto da questo progetto è quello dell'operatore della ginnastica che non voleva farla fare in un corridoio o con anziani che non avevano una tuta) e devono essere in grado di avere una visione sistemica sia del sistema di *welfare* locale che del progetto.

14 Potenziale in termini di policy: replicabilità e/o *up-scaling*

Il Progetto *La Vecchiaia che Vorrei* è nel secondo anno di attuazione nei territori identificati inizialmente e prevede per il futuro una sperimentazione in altri quartieri della città di Trento e in un quartiere della Città di Rovereto.

Il progetto, almeno in linea teorica, ha un alto potenziale di replicabilità e di *up-scaling* dato che si basa su finanziamenti iniziali modesti e su un impianto organizzativo relativamente semplice. Ciò che appare di non facile riproduzione è la qualità e la densità l'ecosistema di welfare proprio della Provincia di Trento.

15 Fonti

▪ ***Riferimenti bibliografici e sul web***

Comuni-Italiani.it (2018) 'Comune di Trento'. Accessibile su: http://www.comuni-italiani.it/022/index.html. (Consultato: marzo 2020).

Fondazione Caritro (2017) Scheda del progetto a valere sul 'Bando per progetti di welfare generativo programmati e realizzati con logiche di comunità' [materiale interno].

UISP – Comitato Territoriale Trentino (2018) *La vecchiaia che vorrei* [locandina online]. 7 maggio 2018. Accessibile su: http://www.uisp.it/trento/pagina/la-vecchiaia-che-vorrei (Consultato: aprile 2020).

- ***Interviste a testimoni privilegiati***

Lochi Roberta, UISP Trento, (TN), interviste telefoniche, aprile-maggio 2020.

Velame Zilma Lucia, AMA, Trento (TN), intervista telefonica, aprile 2020.

16 Data chiusura del caso studio

La ricostruzione e l'analisi critica del caso studio si sono conclusi nel maggio 2020.

17 Contatti

Referente del progetto:

Roberta Lochi, UISP Trento

e-mail: r.lochi.trento@uisp.it

18 Ringraziamenti

Ringrazio Roberta Lochi per avermi dedicato tanto del suo tempo durante un momento tanto difficile della vita collettiva e di essere pazientemente stata a mia disposizione per i chiarimenti che di volta in volta si sono resi necessari per l'analisi del Progetto *La Vecchiaia che Vorrei* e la stesura dello studio di caso. Ringrazio anche Zilma Lucia Velame che mi ha indicato questo progetto come di centrale interesse per chi si occupa di quanto si possano sfidare le logiche esistenti di supporto a chi invecchia in solitudine.

IN-AGE - INclusive AGEing in place
Laboratorio Politiche Sociali, Politecnico di Milano
Dipartimento Architettura e Territorio, Università Mediterranea di Reggio Calabria
Centro Ricerche Economico-Sociali per l'Invecchiamento, INRCA-IRCCS, Ancona

6 ABITARE SOLIDALE – COABITAZIONI SOLIDALI

di Giuliana Costa
Dipartimento di Architettura e Studi Urbani, Politecnico di Milano

1 Breve descrizione dell'iniziativa

Il Programma *Coabitazioni Solidali* di Auser *Abitare Solidale* consiste nel *matching* tra due soggetti affinché possano convivere sotto lo stesso tetto e rispondere così ai propri bisogni: da un lato quello di alleviare la solitudine e aver aiuti nello svolgimento delle normali attività della vita quotidiana *qualificando l'ageing in place* (Costa, 2020), dall'altro il bisogno di poter alloggiarsi a costi molto bassi o addirittura nulli, in un momento di particolare fragilità. I coabitanti vengono seguiti e accompagnati nell'esperienza di coabitazione. Gli ospitanti sono perlopiù donne anziane autosufficienti. L'ospitalità avviene a titolo gratuito.

2 Luogo

ITALIA, Toscana, **Firenze**, Prato, Lucca, **33 comuni dell'area metropolitana** + *spin-off* in altre regioni.

3 Contesto territoriale

▪ ***Tipologia di area***

Il Progetto *Abitare Solidale* è nato a Firenze per poi essere esteso all'area metropolitana e a altre province toscane e altre regioni italiane.
Alcuni dati sul Comune di Firenze (Comuni-Italiani.it, 2017):

- La popolazione residente è pari a 382.258 abitanti, con una dinamica di crescita positiva (+7,6% tra il 2001 e il 2016);
- indice di vecchiaia: 214,8% (2017);
- Percentuale di stranieri residenti sul totale: 15,6%;
- È il comune più densamente popolato nella Regione Toscana;
- Reddito medio è 18.786 euro.

L'area metropolitana si Firenze riunisce 41 comuni e conta con circa 1.000.000 di abitanti.

▪ ***Scala di azione***

Il progetto relativo alle coabitazioni solidali si svolge a scala prevalentemente comunale perché è inserito nella filiera dei servizi sociali a favore delle persone anziane e di persone portatrici di bisogni connessi alla casa e di risorse per la condivisione abitativa. *Le coabitazioni solidali* vengono monitorate e accompagnate negli ambienti domestici, nei singoli alloggi in cui vengono attivate.

4 Tipologia dell'iniziativa e approccio

▪ ***Tipologia***

Progetto attuato da ente privato (Auser Volontariato *Abitare Solidale*), finanziato con fondi propri, fondi pubblici e fondi di altri attori privati di carattere locale.

▪ ***Soggetti attuatori***

I soggetti attuatori variano da territorio a territorio; in genere sono almeno l'Associazione Auser Volontariato *Abitare Solidale* e il comune.

Nel caso di *Firenze* sono:

- Auser Volontariato *Abitare Solidale*;
- Comune di Firenze;

Comune di Campo Bisenzio.

▪ ***Altri soggetti coinvolti (rete mobilitata dal progetto)***

- Fondazioni bancarie;
- medici di medicina generale;
- associazioni locali;
- volontariato,
- parrocchie;
- servizi di vario genere (per es. i centri antiviolenza).

Il progetto attivo a Firenze e in altri 33 comuni della Città Metropolitana di Firenze ed in altre amministrazioni toscane, tra cui Lucca e Prato. In base alle dimensioni, alle caratteristiche sociodemografiche e alla distanza logistica della sede centrale (Firenze), l'associazione ha condiviso con ogni singola amministrazione strumenti di collaborazione e modalità operative che contemplano:

- Protocolli di intesa gratuiti per i comuni al di sotto dei 15.000 abitanti o appartenenti alla prima cintura fiorentine, in base ai quali Auser *Abitare Solidale* fornisce i propri servizi a titolo non oneroso, dietro riconoscimento di un rimborso spese simbolico (500 euro/anno di media).
- Convenzioni onerose per i comuni più grandi (es. Lucca e Prato) con reperimento risorse in parte da bilancio ordinario delle amministrazioni interessate, in parte attraverso bandi e finanziamenti pubblico/privati.

Per i territori più distanti dalla sede operativa vengono inoltre attivate specifiche equipe locali con personale volontario appositamente selezionato e formato.

▪ ***Fonti di finanziamento***

Abitare Solidale fonda la propria attività su risorse economiche provenienti da contributi e convenzioni con enti pubblici (comuni e Regione Toscana) così come da una pluralità di occasioni di intercettazione di fondi privati. L'associazione partecipa infatti annualmente a *call*/bandi di enti privati.

▪ ***Approccio***

Le *coabitazioni solidali* sono l'esito di processi di coproduzione da parte di più soggetti che partecipano alla loro definizione, gestione e accompagnamento nei singoli territori. Attorno ad ogni coabitante si costruiscono piani di autonomia individualizzati che vedono il coinvolgimento di una pletora di soggetti che operano nella rete dei servizi locale. Ogni coabitazione è seguita anche da un operatore dei servizi sociali territoriali dato che la presa in carico dei coabitanti avviene in maniera congiunta tra servizi sociali e Auser Volontariato *Abitare Solidale*.

▪ ***Target e beneficiari***

Target

Abitare Solidale ha un *dual target* visto che si propone di avviare e gestire coabitazioni, tra chi ospita e chi è ospitato. I *target* sono:

a) per gli *ospitanti*: *anziani autosufficienti* o *parzialmente autosufficienti* residenti in case sovradimensionate per le loro esigenze di vita e per le loro possibilità economiche e gestionali; famiglie bisognose di aiuto per armonizzare tempo del lavoro e tempo degli affetti; soggetti

con disabilità, proprietari o affittuari, che vogliano intraprendere un percorso di autonomia e di vita indipendente;

b) per gli *ospiti*: singoli e nuclei monogenitoriali con fragilità temporanee socioeconomiche e povertà abitativa.

Vi sono una serie di *criteri di esclusione* alla partecipazione al programma:

a) per l'*ospitante* essi sono:

- assenza di soluzione alloggiativa adeguata alle normative di sicurezza vigenti, alla dignità e alla *privacy* dell'ospitata/o;
- non autosufficienza, ricerca badanti o collaboratrici/ori domestici;
- richiesta di subaffitto.

b) per l'*ospitato/a* sono:

- condizione di multiproblematicità (disagio mentale; patologie psichiatriche);
- numero elevato di componenti il nucleo famigliare;
- persistenza di una condizione emergenziale (dipendenze, tratta, violenze).

Nel caso di anziani *parzialmente autosufficienti* che, nel corso della coabitazione, abbiano perso le proprie capacità residue e quindi richiedano un tipo di sostegno diverso dal semplice mutualismo, stante la disponibilità e la competenza dell'ospite, l'associazione garantisce anche l'integrazione tra il rapporto di condivisione abitativa (sempre normato dal Patto e dal Comodato d'uso) e l'attività lavorativa con regolare contratto di lavoro a tempo parziale per collaboratore/trice domestico/a.

Beneficiari

Dal 2014 ad oggi (febbraio 2020) sono state gestite 373 coabitazioni e coinvolti 787 utenti.

I dati che seguono si riferiscono alle statistiche relative al 2020 e si basano su un totale di 302 coabitazioni in essere:

- Delle 373 coabitazioni, il 65% sono state attivate nel Comune di Firenze, il 29% nel territorio della Città Metropolitana e il restante 6% tra le Province di Pistoia, Pisa e Livorno.
- Dal 2008 al 2018 sono pervenute oltre 2526 segnalazioni di cui 823 messe in attesa perché non si sono verificati i presupposti per un abbinamento o perché considerate situazioni di offerta non urgenti che l'associazione si riserva come soluzione *jolly* in caso di eventuali emergenze, quale la conclusione di una coabitazione in caso di morte dell'ospitante.
- Coloro che si sono rivolti al programma per candidarsi come ospitanti sono per un 20% anziani di genere maschile, per il 79% donne anziane, solamente 1% famiglie.
- L'80% delle coabitazioni vede un rapporto *one to one* tra donne sole.

Dei 623 coabitanti totali, il 67% (417) è rappresentato da singoli o nuclei in carico ai servizi sociali.

5 L'iniziativa

▪ ***Ambito di intervento***

1. Pratiche innovative che riguardano la vita *in casa* dell'anziano.
1.1. Servizi innovativi a domicilio.
3. Politiche e azioni innovative 'di sistema': regia, informazione, formazione.

▪ ***Obiettivi***

L'*obiettivo generale* di *Abitare Solidale* è di ottimizzare il patrimonio abitativo esistente attraverso un intervento sociale in grado di dare risposte concrete – anche se temporanee – al bisogno di un alloggio dignitoso; al contempo mira a sviluppare, mediante la promozione di coabitazioni strutturate sul principio del mutuo aiuto, sistemi del tutto nuovi di welfare di comunità fondati sui valori della reciprocità e della cittadinanza attiva. Le pratiche devono essere finalizzate ad

aumentare/prolungare l'autonomia dell'anziano che invecchia a casa propria, migliorarne la qualità della vita e contrastarne l'isolamento.

Tra gli *obiettivi specifici* vi sono la messa in relazione di due soggetti (o anche più) affinché possano convivere 'sotto lo stesso tetto' (Costa, 2015; 2019; 2020) e rispondere così ai propri bisogni: da un lato quello di alleviare la solitudine e aver aiuti nello svolgimento delle normali attività della vita quotidiana *qualificando l'ageing in place*, dall'altro il bisogno di poter alloggiarsi a costi molto bassi o addirittura nulli, in un momento di particolare fragilità (perlopiù economica).

Il servizio prevede l'attivazione di forme strutturate di accompagnamento alla condivisione abitativa in alloggi privati tra soggetti con fragilità diverse, attraverso un *counselling model* che si sviluppa in tappe – selezione, *matching* tra utenti, negoziazione delle condizioni dello *sharing* abitativo, gestione e monitoraggio delle relazioni. A queste fasi si affiancano processi personalizzati di autonomia – realizzati con il servizio sociale segnalante – basati su requisiti di flessibilità, rispetto, tutela e attenzione all'individuo, alle variabili del singolo destinatario, alla mutevolezza dei bisogni e delle condizioni. Criteri 'sartoriali' vengono costruiti e 'tessuti' sulle molteplici e differenziate istanze dei *target*.

Le condivisioni abitative sono gratuite, sia per i servizi segnalanti, sia per i coabitanti, in quanto l'elemento vincente del progetto sta proprio nella dimensione relazionale e nei principi di solidarietà negoziati tra le parti che vengono sanciti all'interno di un apposito 'Patto Abitativo': un accordo elaborato e sottoscritto dai destinatari del progetto a seguito della concertazione sulle reciproche esigenze e disponibilità. Il Patto, espressione di mutualità in quanto elaborato direttamente dagli interessati, rappresenta il più importante strumento di autogestione della coabitazione e il parametro utilizzato dai volontari e dagli operatori per verificare la qualità della coabitazione in itinere.

Circa l'80% delle coabitazioni vede un rapporto *one to one* tra donne sole. Benché con il passare degli anni sia aumentata la disponibilità ad ospitare anche da parte di persone di sesso maschile, restano forti motivazioni – da parte di chi ospita – a prediligere un'ospitata donna per via della maggior affinità che si può creare, della reticenza nell'ospitare una persona di sesso opposto (più per il timore del giudizio di parenti e vicini che per pudore personale o presunte criticità nel rapporto) e della difficoltà nel gestire i meccanismi articolati della condivisione con nuclei familiari.

Le 'buone' coabitazioni durano in media due/tre anni, definendosi tali quando la persona ospitata trova un percorso di autonomia abitativa e quando l'ospite anziano si predispone a ospitare un'altra persona.

Il modello organizzativo del progetto coabitazioni solidali

Il programma si basa su un *counselling model* che integra le seguenti attività principali: selezione di coloro che potenzialmente potrebbero coabitare, negoziazione delle condizioni di tale coabitazione e sua gestione e monitoraggio. Nello specifico, le attività svolte sono le seguenti (Danesi, 2019; Auser Abitare Solidale, 2019):

1) Pubblicizzazione del programma: essa viene svolta prevalentemente attraverso l'informazione *peer to peer* tra volontari – utenti o coabitante *testimonial* – potenziale ospitante/ospitato e la pubblicazione di articoli su mensili di larga diffusione. Sulla base dell'esperienza pregressa sono risultati meno efficaci invece i servizi radio televisivi, gli articoli sui quotidiani e il ricorso ai *social networks.*

2) ricezione e valutazione domande ed offerte alloggiative: per la raccolta delle candidature o delle autocandidature sono stati predisposti appositi moduli di profilazione – 'profilo personale' – per ospitante e ospitata/o che, una volta compilati dall'assistente sociale di riferimento, dal diretto interessato, da parenti o affini, o, ancora, da realtà del Terzo Settore, vengono inviate a un indirizzo di posta elettronica dedicato. Per ogni dubbio e chiarimento sul servizio o sulla compilazione del profilo è possibile rivolgersi sei giorni su sette, dalle ore 9 alle 20, al numero aperto dell'associazione. La valutazione delle segnalazioni avviene nelle 24 ore successive alla ricezione mediante una verifica di adeguatezza rispetto alle condizioni minime di ingresso.

3) Realizzazione di incontri e *screening* candidati potenziali: l'idoneità dei candidati selezionati viene confermata grazie a incontri curati da uno o più operatori dell'*équipe Abitare Solidale*, che seguono due distinti iter a seconda che si tratti di ospitanti o ospitati. Nel primo caso l'incontro avviene presso il domicilio del potenziale utente, alla presenza di parenti ed affini e, se ritenuto opportuno, dell'assistente sociale di riferimento. Durante questi incontri si verifica la qualità degli spazi abitativi e il rispetto delle normative vigenti e si misura l'apporto, sia in positivo che in negativo, che la rete parentale o amicale potrà fornire nelle dinamiche relazionali tra coabitanti. I potenziali ospiti vengono invece conosciuti in luoghi neutri per evitare effetti di stigmatizzazione del potenziale ospitato/a. I colloqui sono tesi alla valutazione delle esigenze e della storia personale della persona nonché delle sue caratteristiche, del suo livello di fragilità, delle sue capacità nonché dell'inclinazione alla condivisione e alle relazioni interpersonali della persona. Talvolta si fanno anche due distinte sedute. L'esito della selezione, sia esso positivo o negativo, viene comunicato ai diretti interessati e al soggetto segnalante entro 48 ore dall'ultimo incontro. Per ogni utente accolto nel progetto viene individuato un operatore di riferimento ed aperta una cartella diario dove verrà riportata la sua storia all'interno di *Abitare Solidale*. Cartella diario e profilo personale sono quindi inseriti in un sistema informativo accessibile alla sola *équipe* progettuale.

4) *Matching* domanda/offerta: l'analisi combinata dei dati emersi dagli incontri di conoscenza è propedeutica all'attività di abbinamento tra richiedenti e offerenti, e procede, nel corso di apposite *équipe*, sulla scorta di congruità e compatibilità di aspettative, disponibilità, storia, abitudini ed orari di vita, interessi personali. Si tratta di *matching* virtuali con pari aspettativa di successo ed insuccesso, tanto che vengono contemporaneamente ipotizzati abbinamenti alternativi.

5) Avvio di un percorso di conoscenza tra potenziali coabitanti: si tratta dello stadio più delicato ed importante del progetto; si basa su almeno tre incontri a distanza di circa una settimana l'uno dall'altro, organizzati presso il domicilio dell'ospitante in momenti e situazioni diverse della giornata per meglio valutare la qualità delle dinamiche relazionali: dal caffè postprandiale alla spesa in orario pomeridiano, dalla breve passeggiata mattutina alla preparazione e consumazione di un pasto assieme. Il ruolo degli operatori assume forme ed intensità diverse con il progredire della conoscenza: da iniziali attivatori e moderatori del dialogo, a facilitatori di processi di maggior consapevolizzazione su bisogni, aspettative, responsabilità personali dei candidati, a semplici osservatori delle interazioni tra le parti. Ciò mira a far sviluppare strumenti di autodeterminazione con la conseguente emersione dei reali desiderata dei candidati, a far maturare una concreta consapevolezza sul significato e le implicazioni del coabitare, nonché a riscontrare potenziali criticità che potrebbero compromettere nel breve periodo il rapporto tra le parti. Vale ricordare che, nel caso di soggetti anziani ospitanti, è sempre richiesta la presenza dei figli e dei parenti più prossimi (laddove presenti) affinché la scelta sia quanto più condivisa possibile.

6) Negoziazione delle condizioni di coabitazione e firma 'Patto Abitativo': superata positivamente la fase di conoscenza, agli ormai prossimi coabitanti viene richiesto di pattuire liberamente, in assenza degli operatori, le condizioni che staranno alla base del loro rapporto coabitativo. Queste ultime, una volta valutate nella loro adeguatezza agli standard del progetto, confluiscono nel dettato del 'Patto Abitativo', strumento che non ha valore giuridico, ma costituisce un *gentlemen agreement* che prevede anche un periodo di prova della coabitazione di circa 30 giorni. Il Patto è lo strumento di autogestione della coabitazione e il parametro utilizzato dai volontari e dagli operatori per verificare la qualità della coabitazione in itinere. Se cambiano le condizioni di coabitazione e le parti sono concordi, esso può essere modificato in ogni momento. In assenza di specifiche integrazioni contrattuali, non vengono accolti accordi che si possano configurare come para-lavorativi, ossia che prevedano giorni ed orari in cui l'ospitata/o deve svolgere specifiche mansioni. La logica, in effetti, è quella della collaborazione e condivisione. Nel corso di questi anni vi sono comunque state delle proficue eccezioni: nel caso di richieste specifiche da parte degli ospiti che si configurino come attività lavorativa, una volta verificata la disponibilità dell'ospitato/a garantire le prestazioni richieste, si provvede a integrare i tradizionali accordi di coabitazione con regolari contratti di lavoro secondo quanto indicato dalla disciplina del rapporto di lavoro domestico.

7) Costituzione della *micro-équipe* di progetto: per ogni coabitazione è prevista la costituzione di una *micro-équipe*, composta dagli operatori *Abitare Solidale* di riferimento, dall'assistente sociale (se presente) e/o da un referente della rete formale/informale di aiuto.

8) Sottoscrizione del contratto di comodato d'uso gratuito e precario d'immobile: la firma del contratto di comodato ufficializza e formalizza la coabitazione, che potrà continuare senza soluzione di continuità, finché le parti, sempre e comunque coadiuvate da operatori e volontari, non decideranno altrimenti.

9) Monitoraggio e gestione della coabitazione: regolare verifica dell'andamento della condivisione abitativa su tre livelli: a) monitoraggio ordinario, a cura degli operatori di coabitazione: si attua con telefonate, incontri domiciliari spesso conviviali, colloqui individuali; b) supervisione, verifiche specifiche tra singolo utente, operatore e assistente sociale di riferimento sull'andamento dell'esperienza e dei percorsi di autonomia personale; c) attività di mediazione/prevenzione, attraverso l'affiancamento da parte di un operatore terzo in caso di criticità e conflittualità potenziali o in atto.

10) Interruzione della coabitazione e gestione della fine della coabitazione.

6 Temporalità

Abitare Solidale nasce come progetto dell'Associazione Auser Volontariato Territoriale Firenze nel 2007 – 2008, grazie a un percorso di co-progettazione sostenuto dal Cesvot al quale hanno preso parte realtà del terzo settore e i Comuni di Firenze e Bagno a Ripoli.
Dopo quattro anni di sperimentazione del servizio di coabitazione – attività distintiva del progetto iniziale – nel 2012 l'Associazione Auser sigla una prima convenzione con il Comune di Firenze, alla quale faranno seguito altri accordi e collaborazioni con ulteriori Enti Pubblici dell'Area Metropolitana di Firenze e di altre province toscane. L'ampliamento del progetto e la conseguente complessità gestionale porta alla nascita dell'Associazione Auser Volontariato *Abitare Solidale*, che dal febbraio 2014 è titolare dell'omonimo progetto e di tutti i servizi innovativi attivati nel corso degli anni. Dal 2015 in poi il modello della coabitazione è stato oggetto di sperimentazione strutturata in territori al di fuori dalla Toscana (es. Emilia-Romagna, Marche, Lombardia, Piemonte).

7 Origine, radici, principali tappe del progetto

- ***Le origini e le radici***

Abitare Solidale è nato dalla convergenza e contaminazione di due distinti momenti ed esperienze dell'Associazione di volontariato Auser Territoriale Firenze, «in apparenza dissimili tra di loro, ma coincidenti su alcuni elementi che stanno alla base delle azioni di abitare sociale» (Danesi, 2019: 34). Il primo riguarda la partecipazione al Progetto *Il Giardino dei Giganti*, intervento di recupero, finanziato dal Cesvot, dell'*hortus conclusus* del settecentesco Convento dell'Incontro, ubicato sulle colline attorno a Firenze, i cui spazi sono stati destinati a orto – frutteto condiviso e in cui gli ortisti condividono materiali e attrezzi. Il secondo rimanda alla partecipazione dell'associazione al Progetto *Vivere Insieme. Uno studente, un anziano*, promosso dall'Azienda Regionale al Diritto allo Studio Universitario (Ardsu) in collaborazione con Regione Toscana e Comune di Firenze., teso a compensare l'assenza di posti letto per universitari negli alloggi istituzionali con l'offerta di alloggi privati a bassa incidenza economica. In quel progetto l'Auser Territoriale Firenze e il Sindacato Spi–Cgil svolgevano il ruolo di 'intercettatori' di opportunità alloggiative presso abitazioni di anziani autosufficienti. Presto ci si rese conto che quest'ultimo progetto aveva molti limiti: coinvolgeva solamente anziani e studenti, non aveva una componente solidaristica forte ed era poco sostenibile, come palesatosi poi con la sensibile riduzione dei contributi dell'Ardsu agli ospitanti. Una volta concluso nel 2008, l'associazione mise a fuoco la decisione di focalizzarsi sulla casa, intesa nel duplice significato di diritto a una sistemazione abitativa dignitosa ed economicamente sostenibile e come possibilità di generare occasioni di permanenza autonoma e qualificata presso il proprio domicilio da parte di anziani.

▪ ***Principali tappe del progetto***

Qui si delineano le tappe principali di sviluppo dell'Associazione *Abitare Solidale* Firenze e non solo del progetto relativo alle coabitazioni solidali perché, come spiegato in più parti di questa scheda, i destini degli altri progetti sviluppati dall'associazione – gli *spin-off* progettuali – sono connessi al progetto originario, quello, appunto, delle coabitazioni. A modo di chiarimento vale ricordare che mentre all'inizio delle attività il Progetto *Abitare Solidale* era sostanzialmente riconducibile alla formazione e gestione di coabitazioni, oggi vi sono una pletora di attività in seno all'associazione che ha mantenuto nel nome il titolo del Progetto, *Abitare Solidale*.

Le tappe più salienti sono:

- **2008** nascita del Progetto *Abitare Solidale* in seno all'associazione Auser Volontariato Territoriale Firenze.
- **2009** avvio di un partenariato tra più istituzioni, tra cui il Comune di Firenze, Bagno a Ripoli, Sesto Fiorentino, Scandicci e a una rete di associazioni (tra cui Artemisia, centro antiviolenza) e ottenimento delle prime risorse per avviare l'attività da parte del Cesvot, a seguito della vittoria del bando 'Percorsi di Innovazione'.
- **2010-12** l'Associazione Auser prosegue a proprie spese la sperimentazione del progetto, per valutarne efficacia, impatto ed adeguatezza.
- **2012** il progetto viene selezionato come buona pratica e caso studio per i livelli di innovatività sociale e capacità di integrare risorse pubbliche e risorse di comunità dall'Anci Toscana.
- **2012-13** firma della prima convenzione con relativo contributo pubblico, con il Comune di Firenze per inserire *Abitare Solidale* nelle politiche pubbliche.
- **2012** (febbraio) sigla del primo protocollo d'intesa con un comune al di fuori della Provincia di Firenze, ed avvio trasferimento in altri territori toscani.
- **2013-14** sigla dei Protocolli d'Intesa con circa 40 nuovi Comuni della Provincia di Pisa, Pistoia, Arezzo e Firenze (Comuni di Calci, Vicopisano, San Giuliano Terme, Monsummano Terme, Cascina, SdS Valdarno Inferiore, Unione dei Comuni della Valdera, San Giovanni Valdarno, Montevarchi, Signa…) e attivate nuove collaborazioni con associazioni di volontariato e realtà del terzo settore.
- **2013** (autunno) il progetto viene inserito nell'approvando Piano Integrato Socio-Sanitario Regionale toscano 2012-15.
- **2013-14** firma della seconda convenzione con il Comune di Firenze.
- **2014** (febbraio) nascita dell'Associazione Auser Volontariato *Abitare Solidale*. L'istituzione di una nuova realtà associativa Auser viene esplicitamente vocata a gestire il progetto delle coabitazioni solidali, sviluppare ulteriori forme di abitare condiviso e ad ottenere dei fondi specifici. Tale realtà ha potuto mettere in atto modalità gestionali – operative, di comunicazione ed amministrative – autonome rispetto a quelle dell'Associazione madre Auser Territoriale Volontariato Firenze.
- **2016** (febbraio) avvio trasferimento del modello *Abitare Solidale* in altre regioni italiane (Emilia-Romagna, Lombardia, Marche).
- **2016** (aprile) firma del protocollo d'intesa con la ASP (Azienda Pubblica Servizi alla Persona) Montedomini di Firenze per la sperimentazione di un servizio di condominio solidale presso un edificio ubicato in Viale Michelangiolo, denominato 'Condominio delle Opportunità'.
- **2016**(aprile) firma del Protocollo d'Intesa con la Confraternita della Misericordia di Campi Bisenzio per la realizzazione dello *spin-off* progettuale, *La Buona casa*.
- **2016** (agosto) firma di una nuova convenzione triennale con il Comune di Firenze e con la Fondazione Cassa di Risparmio di Firenze.

- **2017** (luglio) firma della convenzione con il Comune di Campi Bisenzio per la gestione del Progetto *Stanza Solidale*.
- **2017** (dicembre) convenzione con la Società della Salute Fiorentina Nord Ovest e con la Confraternita della Misericordia di Campi Bisenzio per la realizzazione del Progetto *Condominio Solidale Casa Diletta*.
- **2018** (ottobre) con risorse derivanti da finanziamento della Fondazione CR Firenze e dal Cesvot, l'Associazione avvia il Programma di *abitare condiviso* dedicato ai senza dimora, denominato *La Buona Casa*.
- **2019** (primavera) l'associazione stringe accordi formali con la Società *Abitare Toscana*, soggetto gestore per conto di Investire Sgr e del Fondo Housing Toscana di due importanti interventi di rigenerazione urbana a Sesto Fiorentino e a Firenze, che prevedono il recupero di circa 200 alloggi. Una piccola percentuale di essi, circa 10, sono stati destinati alla realizzazione di due distinti interventi di abitare condiviso con le caratteristiche del condominio solidale.
- **2019** (settembre) rinnovo della convenzione tra il Comune di Firenze e *Abitare Solidale*.
- **2019** (luglio) rinnovo della convenzione tra Comune di Campi Bisenzio e *Abitare Solidale*, per l'implementazione di un nuovo servizio, 'Fa la casa Giusta' che prevede l'ospitalità temporanea per singoli e famiglie in ulteriori quattro appartamenti messi a disposizione dal comune.
- **2020** (gennaio) l'associazione, assieme ad altri partner risulta vincitrice del bando 'Fa la casa giusta' della Fondazione Cr Firenze che finanzierà processi di *community building* all'interno dei due interventi di *social housing* promossi da 'Abitare Toscana'.

Il futuro

Tra le attività che l'associazione si prefigge di svolgere nell'area *coabitazioni solidali* vanno elencate:

- Mappare la presenza di patrimonio immobiliare pubblico inutilizzato o sottoutilizzato da destinare a servizi di abitare condiviso;
- innovare il principio della residenzialità e *dell'ageing in place* tramite servizi di silver cohousing;
- sviluppare un nuovo filone di coabitazioni private all'interno degli alloggi ERP;
- mutuare esperienze nazionali ed internazionali come le *coabitazioni giovanili* della Regione Piemonte.

8 Agency e relazioni con il sistema

▪ ***Principali attori ed eventuale leadership***

Le *coabitazioni solidali* sono gestite da Auser *Abitare Solidale* che ne è l'attore principale con, però, una pletora di soggetti a geometria variabile a seconda del contesto territoriale.

▪ ***Relazioni con il sistema***

Il progetto primo di Auser *Abitare Solidale*, dopo un debito periodo di sperimentazione, è stato inserito fin dai suoi esordi nell'alveo delle politiche pubbliche e continua ad esserlo negli *spin-off* che si stanno via via sviluppando nel Paese. Tale inserimento riguarda quattro diversi elementi ed ambiti:

- Il coinvolgimento dei servizi sociali dei territori in cui il progetto esiste (anche potenzialmente) e della rete del terzo settore che collabora strutturalmente con l'ente locale: ogniqualvolta si attiva il progetto in un comune, *Abitare Solidale* apre un tavolo di lavoro per lo sviluppo dei dati relativi ai bisogni, la mappatura delle risorse professionali del comune in grado di cogliere le opportunità dell'abitare condiviso, l'individuazione di realtà del terzo settore che possano supportare il progetto, la definizione di ruoli e compiti condivisi tra operatori Auser *Abitare Solidale* e servizi sociali professionali. A livello di coabitazioni, si

individua una persona afferente ai servizi sociali locali che partecipi alla realizzazione del *matching* di coabitanti e accompagni la coabitazione;
- La soluzione della coabitazione viene a far parte della rete dei servizi sul territorio ed è conosciuta dagli operatori pubblici che, se del caso, orientano le persone a pensare a questa soluzione e le inoltrano in questa direzione all'associazione. In questo senso, la coabitazione è uno degli ingredienti del ventaglio di soluzioni di *welfare*;
- in attività di co-programmazione e co-progettazione in tema di soluzioni al disagio socio abitativo, mediante l'applicazione e il trasferimento del modello di abitare condiviso in altri ambiti di fragilità sociale;
- l'operato di *Abitare Solidale* è finanziato anche attraverso fondi pubblici.

▪ ***Cosa è rimasto del progetto***

Delle 373 coabitazioni attivate in 10 anni, 98 sono ancora in corso per un totale di 207 utenti.

9 Risorse mobilitate (finanziarie, umane, organizzative, politiche)

▪ ***Risorse finanziarie***

Abitare Solidale fonda la propria attività su risorse economiche provenienti da contributi e convenzioni con enti pubblici (comuni e Regione Toscana) e da una pluralità di occasioni di intercettazione di fondi privati. L'associazione partecipa anche a una pluralità di call/bandi di enti privati. Per quanto riguarda il progetto in oggetto, a seconda del territorio in cui lo si implementa, si attivano diversi canali di finanziamento. Il progetto opera sempre con una dotazione di fondi molto modesta e questo è un punto di forza del modello su cui si fonda.

Nella fase di avvio del progetto

L'avvio del Progetto *Abitare Solidale* si è svolto con risorse proprie a partire dal 2008 e con un modesto finanziamento dal Cesvot nel 2009. Nel triennio 2010-12 Auser prosegue a proprie spese la sperimentazione del progetto, per valutarne efficacia, impatto ed adeguatezza. Nelle due annualità successive il progetto ha usufruito delle risorse economiche derivanti da una convenzione con il Comune di Firenze. L'attività di esportazione del modello all'area metropolitana e ad altri comuni della Toscana centrale è avvenuta sempre attraverso una fase di sperimentazione di un anno e mezzo per poi intercettare fondi comunali sulla base della valutazione di risparmi creati per l'ente pubblico.

Il Progetto *Coabitazioni Solidali fiorentino* (area metropolitana, composta da 33 comuni) viene inserito nel sistema di *welfare* locale e ottiene un contributo stabile di circa 20.000 annui dal Comune di Firenze. Prosegue la ricerca e l'ottenimento di fondi da enti privati. La logica con cui si cerca di intercettare fondi pubblici è sempre la medesima: insieme ai comuni si calcolano i risparmi permessi dall'inserimento di utenti nelle coabitazioni solidali e si chiede un contributo pari circa al 30% di tali risparmi.

Oggi

Il *Progetto fiorentino di Coabitazione* si è avvalso nel 2019 di risorse pubbliche della Regione Toscana (20.000 euro), del Comune di Firenze (20.000 euro da convenzione) e del Comune di Campo Bisenzio (8.000 euro sempre da convenzione). Per sostenere il servizio di coabitazione, *Abitare Solidale* si avvale anche del *surplus* di contributi e risorse derivanti dagli altri servizi abitativi sviluppati nel corso degli anni[1].

Il costo complessivo del servizio è stato di 287.000 euro, in 10 anni, circa 461 euro a utente, coperto solo per un 45% con risorse pubbliche (circa 130.000 euro).

▪ ***Risorse umane e organizzative***

Il lancio e lo sviluppo delle *coabitazioni solidali* così come la nascita di Auser Volontariato *Abitare Solidale* devono molto all'operato di Gabriele Danesi, project manager e coordinatore dell'associazione. Ha supportato e continua a supportare sia il trasferimento del programma in più territori, sia gli *spin-off* progettuali. Attualmente lavorano sulle coabitazioni solidali dell'Associazione *Abitare Solidale* sei persone con contratto di consulenza (a progetto/ con partita Iva) coadiuvate da sei operatori volontari (persone giovani età media 30 anni) che percepiscono

solamente dei rimborsi spesa. Si tratta di psicologi, assistenti sociali e educatori che seguono da vicino le coabitazioni perché 'innamorati del progetto'. Danesi stima che attualmente (aprile 2020) circa 40 persone in tutta Italia stiano lavorando sulle/per le coabitazioni solidali. Ve ne sono tre che stanno lavorando al trasferimento del modello in Italia, di cui una a tempo pieno, mediatrice ed esperta di costruzione di comunità di residenti che si occupa anche della gestione di tutti i progetti sperimentali dell'associazione.

10 Dimensioni innovative

▪ ***Soddisfazione di bisogni non coperti dal sistema di cura***

- Le coabitazioni solidali rispondono a due bisogni, quello dell'anziano/a di poter permanere a casa propria grazie alla presenza vigile a al supporto della persona ospitata nello svolgimento delle normali attività della vita quotidiana e quella dell'ospitato di trovare una soluzione abitativa dignitosa in momenti di vulnerabilità di vario tipo (soprattutto economica). La messa insieme di bisogni genera risposte altrimenti non trovate in altri servizi.
- Possono essere inclusi nel progetto anziani che non presentano alcuna fragilità economica o psico-fisica e che non sono target di servizi pubblici di carattere assistenziale. Così si ampliano le possibilità di scelta da parte di anziani su come vivere la propria vecchiaia.
- Allorquando la persona anziana ospitante perdesse capacità residue e quindi richiedesse un tipo di sostegno diverso dal semplice mutualismo, l'associazione garantisce anche la ricerca di una soluzione che può anche essere trovata nel coinvolgimento della persona ospitata su altre basi, mantenendo il rapporto di condivisione abitativa, sempre normato dal Patto e dal comodato d'uso ma supportando l'anziano nell'attivazione di una regolare attività lavorativa.

▪ ***Modifica delle relazioni sociali/istituzionali tra anziani e altri attori***

Il progetto contribuisce a modificare le relazioni tra gli attori del sistema locale e tra questi e gli anziani, creando un'interazione virtuosa tra i diversi soggetti nel senso che gli anziani diventano una risorsa per il sistema di *welfare* locale, mettendo a disposizione la propria casa per ospitare persone che sono in difficoltà gratuitamente (anche se nell'alveo del progetto si ospitano anche studenti universitari).

▪ ***Empowerment/aumento della capacità di esprimersi e incidere***

Il modello delle coabitazioni solidali è basato su processi di accompagnamento al vivere insieme. Le persone si incontrano e si scelgono, non esiste alcuna forzatura da parte degli operatori del progetto. Sia l'ospite che l'ospitato esprimono i loro bisogni, desideri, propensioni e aspettative nell'orientare la ricerca del coabitante adatto. Ogni coabitazione si basa su accordi specifici, diversi gli uni dagli altri, modificabile strada facendo, sempre rinegoziabili e adattabili alle circostanze. Va segnalato che l'associazione ha ricevuto numerosi riconoscimenti per l'innovatività del suo operato tra cui: la vincita dell''European Award Social Innovation in Ageing', promosso dalla King Baudouin Foundation, la Caixa Foundation ed altre fondazioni internazionali; la selezione tra sette vincitori (su 348 progetti partecipanti) per la terza edizione nazionale del Bando UniCredit 'Carta 2013 Strategie di coesione sociale a favore della Terza età'.

11 Principali risultati dell'iniziativa

- L'avvio del primo progetto di coabitazione solidale in Italia;
- l'inserimento della coabitazione come nuova modalità di risposta a bisogni plurimi nel sistema di *welfare* locale;
- il progetto ha generato forti economie di scala laddove è stato introdotto con conseguenti risparmi di spesa pubblica ottenuti e ottimizzazione dell'uso di personale;
- riduzione del ricorso a servizi non appropriati e della conseguente spesa sociale mediante la personalizzazione e l'adeguatezza dell'intervento ai reali bisogni dei destinatari;
- il progetto ha permesso di migliorare le condizioni di vita dell'utenza, sia per chi ospita che per chi viene ospitato (un buon indicatore del loro effetto è la durata media delle coabitazioni);
- realizzazione di progettualità sociali a partire dall'utilizzo del patrimonio immobiliare privato.

12 Punti di forza e fattori di successo

▪ ***Punti di forza***

- Il portare avanti azioni preventive di contrasto della decadenza psicofisica e della perdita di autosufficienza da parte dell'anziano, o di argine sociale fornito a favore di quei soggetti in condizione di vulnerabilità economica, ma non ancora in carico ai servizi;
- l'acquisizione di risorse aggiuntive attraverso la coabitazione: la persona anziana diventa una risorsa per il welfare locale;
- il progetto può essere implementato con risorse finanziarie modeste e si avvale del contributo economico di più soggetti;
- l'esperienza di *Abitare Solidale* è stata riconosciuta e valorizzata attraverso l'implementazione di coabitazioni solidali in diversi comuni toscani e in altri luoghi d'Italia;
- *Abitare Solidale* è diventata ormai una realtà riconosciuta, continua ad essere studiato da tanti soggetti e continua a ricevere premi e riconoscimenti per il suo carattere di innovatività.

▪ ***Fattori di successo***

- Aver mantenuto negli anni personale dedicato e con esperienza;
- aver coinvolto volontari preparati, entusiasti e formati;
- l'aver potuto contare con il lavoro di Gabriele Danesi, vero motore dell'esperienza fin dai suoi esordi. Il 'suo' progetto è cresciuto ed è diventato un modello;
- il modello organizzativo adottato dal progetto per creare, gestire de mantenere le coabitazioni;
- l'utilizzo di strumenti/dispositivi dedicati: il 'Patto Abitativo' e il *comodato d'uso gratuito e precario d'immobile;*
- il basso tasso di interruzione delle coabitazioni avviate (meno del 5%);
- l'essere riusciti a creare cogenza attorno al vincolo pattizio che insiste tra i coabitanti e tra questi e gli operatori del progetto;
- l'aver previsto dei meccanismi attivabili in caso di perdita della condizione di autosufficienza o di un suo peggioramento.

13 Punti di debolezza e fattori di rischio

▪ ***Punti di debolezza***

- Difficoltà di intercettare la solitudine di uomini anziani soli e i bisogni di casa da parte di uomini vulnerabili. Le coabitazioni gestite dal programma riguardano perlopiù donne, sia come ospitate che come ospitanti. Più in generale si tratta di superare la diffidenza dei potenziali ospitanti e l'eventuale stigma associato alla scelta di coabitare;
- difficile pubblicizzazione del programma e della cooptazione di persone anziane;
- esistenza di un *gap* culturale e professionale nei servizi sociali professionali soprattutto nel cogliere le opportunità della coabitazione nell'ambito delle politiche dell'*ageing in place* che rende talvolta difficile la loro collaborazione.

▪ ***Fattori di rischio***

A livello di sistema locale nel quale si inserisce il progetto:

- la mancata tenuta della presa in carico condivisa delle coabitazioni;
- l'assenza di persone fortemente motivate ad inserire la coabitazione come una delle possibili soluzioni da offrire a livello locale.

A livello di singola coabitazione:

- l'assenza di validi referenti esterni ai professionisti dell'*équipe* (quindi rete parentale ed amicale) per la gestione e manutenzione della coppia coabitante;
- potenziali criticità al momento del rilascio dell'abitazione.

14 Potenziale in termini di policy: replicabilità e/o *up-scaling*

Le *coabitazioni solidali* presentano ed hanno già espresso un forte potenziale sia in termini di replicabilità e *up-scaling*, che di generazione di attività affini. Le coabitazioni solidali sono state esportare con successo in circa 40 comuni toscani (nelle Province di Firenze, Lucca e Prato) e al di fuori della Toscana, a Bologna, a Torino, nelle Marche (Osimo) e a Gallarate. Esperienze di minor successo sono in atto in altri contesti. Nello specifico, i progetti di *coabitazione solidale* gemmati sono:

- *Abitare Solidale* nelle Marche, lanciato nel 2018: è promosso da *Abitare Solidale* Firenze, Auser Marche e Auser Volontariato Osimo; ha il sostegno dei comuni dell'Ambito Sociale XIII, dell'Associazione Qui ed Ora Osimo, di Avulls di Osimo, della Cooperativa Sociale la Gemma, della Casa rifugio Zeffiro, di Donne e Giustizia – Centro antiviolenza di Ancona, dell'Arcidiocesi di Ancona e Osimo, del Centro di Ascolto Caritas di Osimo, del CNCA di Ancona, del Sindacato CGIL-SPI di Osimo, dell'Istituto Campana, dell'Associazione Il campanile di Osimo, della Casa Grimani Buttari; con il finanziamento di Fondazione Cariverona.
- Il Progetto *Abitare Solidale* realizzato a Bologna grazie alla collaborazione tra l'associazione di volontariato Auser e Acer Bologna: attualmente (marzo 2020) cinque persone condividono in città un alloggio pubblico con questa modalità, altri hanno messo a disposizione le loro abitazioni private. È stato presentato il 4 marzo 2020 (Ildenaro.it, 2020).
- A Gallarate, coabitazioni sono state inserite nel più ampio Progetto *Revolutionary Road*, finanziato da Fondazione Cariplo.
- Il Progetto *AbiTo a Torino*, realizzato da Associazione Casematte, in collaborazione con Auser *Abitare Solidale*, l'Associazione CoAbitare APS, l'associazione di counseling SÉme, con finanziamenti dal PON Inclusione (ad aprile 2020, nessuna coabitazione è stata avviata).
- *Abitare Solidale* Pavia: realizzato dall'Associazione **Auser Comprensoriale di Pavia Onlus** in convenzione con il **Comune di Pavia**, con la supervisione dell'Associazione **Auser *Abitare Solidale*** e in partenariato con i seguenti enti: **Anffas Pavia Onlus**, Coop. Sociale **Sant'Agostino,** Associazione **APPavia, Parrocchia Santissimo Salvatore.**

Va rilevato che lo *scaling-up* dei programmi di coabitazione si scontrano con numerosi problemi di implementazione, soprattutto perché non di rado generano resistenze negli operatori sociali dato che richiedono molto ore di lavoro per il loro accompagnamento e seguimento.

Per quanto riguarda la generazione di servizi con contenuti abitativi affini al progetto originario, a tutti gli effetti considerabili come *spin-off* progettuali che vanno ad alimentare e arricchire la filiera delle soluzioni abitative, sono da segnalare:

- La 'Buona casa', che offre ospitalità a persone senza dimora o a rischio di emergenza abitativa all'interno della dimensione normalizzante di un tradizionale spazio abitativo;
- Il 'Condominio Solidale delle Opportunità': iniziativa sperimentale della durata di due anni promossa con l'ASP Montedomini, che ha previsto la permanenza temporanea in unità abitative esclusive e spazi/servizi condivisi in una villa ai piedi di Piazzale Michelangiolo per 12 ospiti a cui sono stati garantiti servizi multilivello di accompagnamento all'autonomia;
- 'LabHouse', un servizio di ricerca alloggi sfitti da destinare a affitti o co-affitti solidali a favore di singoli e nuclei con redditi certi – da pensione o lavoro – ma 'respinti' dal mercato immobiliare tradizionale seppur in grado di pagare un regolare affitto.

15 Fonti

▪ ***Riferimenti bibliografici e sul web***

Auser Abitare Solidale (2020) 'Abitare Solidale'[website]. Accessibile su: http://www.abitaresolidaleauser.it/contatti/. (Consultato: marzo 2020).

Auser Abitare Solidale (2019) *Chiudere il cerchio. Interventi modulari e progressivi a contrasto della fragilità abitativa, Modelli di abitare condiviso supportato* [documento interno].

Comuni-Italiani.it (2017) 'Comune di Firenze'. Accessibile su: http://www.comuni-italiani.it/048/017/index.html. (Consultato: marzo 2020).

Costa, G. (2019) 'Viviamo insieme? Breve excursus sui programmi organizzati di co-abitazione intergenerazionale', Danesi, G. (a cura di) *Abitare Solidale. Pratiche ed esperienze di coabitazione sociale* [online], Collana 'Briciole', 50(2), 2019, Cesvot: Firenze, p.11-9. Accessibile su: https://www.cesvot.it/documentazione/abitare-solidale (Consultato: marzo 2020).

Costa, G. (2015) 'I programmi organizzati di coabitazione intergenerazionale, aspetti comparati', *Territorio*, 75, p. 51-8. doi: 10.3280/TR2015-075005.

Costa, G. (2020) 'Intergenerational homesharing programmes. A piece of the 'ageing in place' puzzle?', *Interações. Sociedade e as Novas Modernidades*, 38, p. 11-42. doi: 10.31211/interacoes.n38.2020.a1. Accessibile su: https://re.public.polimi.it/retrieve/handle/11311/1147645/543474/Intergenerational%20homesharing%20programmes.%20A%20piece%20of%20the%20%E2%80%98ageing%20in%20place%E2%80%99%20puzzle%3F.pdf. (Consultato: marzo 2020).

Danesi, G. (a cura di) (2019) *Abitare Solidale. Pratiche ed esperienze di coabitazione sociale* [online], Collana 'Briciole', 50(2), 2019, Cesvot: Firenze. Accessibile su: https://www.cesvot.it/documentazione/abitare-solidale. (Consultato: marzo 2020).

Ildenaro.it (2020) 'Anziani ospitano chi non ha alloggio, a Bologna "Abitare solidale"' [online], ildenaro.it, 4 marzo 2020, Agenzia di Stampa Italpress: Roma. Accessibile su: https://www.ildenaro.it/anziani-ospitano-chi-non-ha-alloggio-a-bologna-abitare-solidale/. (Consultato: marzo 2020).

- ***Interviste a interlocutori privilegiati***

Danesi Gabriele, Firenze (FI), coordinatore Abitare Solidale Auser, brevi interviste tra marzo e aprile 2020.

Casotti Chiara, Torino (To), coordinatrice Associazione Case Matte, intervista di persona, febbraio 2020.

Conosco bene il progetto da anni e ho anche scritto la prefazione al volume che ho citato sopra. Ho realizzato un'opera di ricucitura di documenti diversi, di cui alcuni non disponibili *online*.

16 Data chiusura del caso studio

La ricostruzione e l'analisi critica del caso studio si sono concluse nell'aprile 2020.

17 Contatti

Referente del progetto:

Gabriele Danese, Coordinatore Abitare Solidale Auser

e-mail: abitaresolidaleauser@gmail.com

18 Ringraziamenti

Ringrazio Gabriele Danesi per l'intelligenza e la passione con cui ha sempre interloquito con me sui temi della coabitazione e in particolare sul progetto coabitazioni solidali. Ringrazio anche Chiara Casotti per avermi dato lumi sulle difficoltà incontrate da chi si cimenta in un progetto come quello descritto.

19 Note

[1] Nello specifico il servizio di accoglienza temporanea *Condominio Solidale Casa Diletta al Palagio,* promosso in collaborazione con la Misericordia di Campi Bisenzio, che prevede ospitalità per singoli e nuclei familiari segnalati dai servizi sociali professionali e per i quali viene riconosciuta una retta giornaliera di 25 euro per gli adulti e 15 euro per i minori. Il 40% dei proventi dalle rette viene riconosciuto all'associazione (il restante 60% è a beneficio della Misericordia, proprietaria dell'immobile) che riesce a provvedere al pagamento dei professionisti impegnati nell'attività specifica, ma anche di parte dei rimborsi dei volontari dediti alle coabitazioni.

IN-AGE - INclusive AGEing in place
Laboratorio Politiche Sociali, Politecnico di Milano
Dipartimento Architettura e Territorio, Università Mediterranea di Reggio Calabria
Centro Ricerche Economico-Sociali per l'Invecchiamento, INRCA-IRCCS, Ancona

7 INVECCHIANDO S'IMPARA (A VIVERE)
Presente e futuro nella filiera della cura

di Luigi Nava
Dipartimento di Architettura e Studi Urbani, Politecnico di Milano

1 Breve descrizione dell'iniziativa

Il progetto ha lo scopo di potenziare il sistema di offerta dei servizi domiciliari e di sviluppare la capacità di cura della comunità locale per favorire l'invecchiamento sano e attivo delle persone anziane. È finalizzato a strutturare un sistema di servizi e di attività che aiuti le persone a mantenere la propria autonomia e autosufficienza, per continuare a vivere nella propria abitazione, circondate dai propri affetti e amicizie, in salute e nella piena possibilità di curare le relazioni. A tal fine il progetto è orientato tanto ad incrementare i servizi di supporto e di risposta allo stato di bisogno degli individui e dei *caregivers*, quanto a migliorare le capacità della comunità nel prendersi cura dei suoi componenti. Il progetto intende infatti contribuire a rompere pregiudizi e stereotipi che impediscono alle famiglie di partecipare attivamente alla vita sociale e di chiedere aiuto in caso di necessità (Depedri and Gubert, 2019).

2 Luogo

ITALIA, Lombardia, Bergamo, **Ambito territoriale di Seriate** e **Ambito territoriale di Grumello del Monte.**

3 Contesto territoriale

▪ ***Tipologia di area***

Il progetto è attuato nel comprensorio territoriale dei 19 comuni dell'Ambito territoriale di Seriate e dell'Ambito territoriale di Grumello del Monte.

La popolazione complessiva è di circa 123.000 abitanti, con 50.669 famiglie residenti.

È presente il 17,2% di anziani over65 rispetto al 16,5% della popolazione 0-14 anni (UdP, 2020).

▪ ***Scala di azione***

La scala d'azione è comunale e riguarda il territorio di competenza dei due Ambiti territoriali di Seriate e di Grumello del Monte.

4 Tipologia dell'iniziativa e approccio

▪ ***Tipologia***

Progetto realizzato con il contributo di un *ente privato*, Fondazione Cariplo (con il bando Welfare in Azione – terza edizione).

▪ ***Soggetti attuatori***

- Ambito territoriale di Seriate: costituito da 11 Comuni (Albano Sant'Alessandro, Bagnatica, Brusaporto, Cavernago, Costa di Mezzate, Grassobbio, Montello, Pedrengo, Scanzorosciate, Seriate, Torre de' Roveri), gestisce in forma associata i progetti, il coordinamento, le attività e gli interventi socio-assistenziali assegnati e attribuiti ex L n. 328 del 2000 agli Ambiti territoriali.

- Ambito territoriale di Grumello del Monte: composto da otto comuni (Bolgare, Calcinate, Castelli Calepio, Chiuduno, Grumello del Monte, Mornico al Serio, Palosco e Telgate) collocati a sud est della Provincia di Bergamo, gestisce in forma associata i progetti, il coordinamento, le attività e gli interventi socio-assistenziali assegnati e attribuiti ex L n. 328 del 2000 agli Ambiti territoriali.
- Cooperativa Universiis: organizzazione non lucrativa di utilità sociale, nasce a Udine nel 1993 e svolge attività in tre aree di intervento: area anziani (servizi di assistenza sanitaria ed ausiliaria a favore delle persone anziane presso strutture residenziali e a domicilio), area minori (servizi rivolti a bambini e adolescenti nei casi di disagio e di disabilità e sostegno alle famiglie in difficoltà nello svolgimento del ruolo genitoriale), area *handicap* (servizi rivolti ai portatori di handicap presso centri socio riabilitativi ed educativi, comunità residenziali, istituti scolastici e a domicilio).
- Namasté Cooperativa Sociale: fondata nel 2001 a Pedrengo, dal 2014 ha unito le forze con altre due realtà cooperative; si avvale di operatori qualificati che lavorano in strutture dislocate in provincia di Bergamo. È una cooperativa sociale di tipo A e B e conta più di 240 dipendenti.
- Cooperativa Sociale PAESE Onlus: società cooperativa a responsabilità limitata (scrl), organizzazione non lucrativa di utilità sociale (Onlus). Nasce a Entratico (BG) nel luglio 1993 come Cooperativa Sociale di tipo A con l'obiettivo di erogare servizi rivolti ad anziani, minori, famiglie e persone portatrici di handicap per il bacino d'utenza della Val Cavallina. Gestisce servizi sociosanitari ed educativi. Collabora con gli Enti locali per migliorare l'efficacia degli interventi e promuovere percorsi di integrazione sociale.
- Fondazione Madonna del Boldesico: l'Ospedale 'del Boldesico' è stato fondato dal sacerdote Don Luigi Belotti nel 1811 nella villa settecentesca posta a nord della RSA, e lì rimase per circa 150 anni. L'immobile in cui ha sede l'attuale RSA è stato realizzato nella seconda metà degli anni '90 e attualmente dispone 60 posti letto cui si sommano sei posti letto per i ricoveri temporanei di sollievo.
- Fondazione della Comunità Bergamasca Onlus: è una istituzione di diritto privato nata nel 2000 su iniziativa della Fondazione Cariplo. Il suo obiettivo è migliorare la qualità della vita di chi vive ed opera nella Provincia di Bergamo e finanziare progetti nell'ambito degli interventi socio-sanitari, culturali e ambientali.
- ASST (Azienda Socio Sanitaria Territoriale) Bergamo Est, Ospedale 'Bolognini' di Seriate: costituita dalla Regione Lombardia attraverso la LR n. 23 del 2015, si articola in due settori aziendali rispettivamente definiti rete territoriale e polo ospedaliero. Il territorio di competenza si estende dalla periferia sud-est di Bergamo a tutto il bacino dei laghi e delle valli bergamasche, che comprende 94 Comuni, con una popolazione complessiva di 386.865 abitanti (dato ISTAT al 1 gennaio 2014) sui circa 1.100.000 della bergamasca. L'area di riferimento individuata comprende come estensione territoriale quasi il 50% della Provincia di Bergamo, mentre la popolazione complessiva è pari al 35% del totale.

▪ ***Altri soggetti coinvolti (rete mobilitata dal progetto)***

- ATS Bergamo;
- Pia Fondazione Piccinelli;
- Fondazione Angelo Custode Onlus Framar spa di Costa di Mezzate;
- Italian Cable Company spa di Bolgare, Plastik spa di Albano S. Alessandro, Foppapedretti spa di Grumello del Monte;
- Università degli Studi di Bergamo;
- Associazione San Giuseppe ACLI Bergamo;
- Auser Bergamo;
- Confartigianato Bergamo;
- CISL Bergamo – Federazione Naz. Pensionati;
- CGIL Bergamo – Sindacato Pensionati Italiani.

▪ ***Fonti di finanziamento***

- Fondazione Cariplo;
- cofinanziamento partner;
- compartecipazione degli utenti per alcuni servizi (SAD e Housing sociale).

▪ ***Approccio***

Il progetto è, almeno in avvio, espressione di un approccio di tipo caritatevole dovuto al finanziamento della Fondazione Cariplo cui si somma, per alcuni servizi, la compartecipazione economica degli utenti.

▪ ***Target e beneficiari***

Il progetto si rivolge a:

- persone con età superiore a 65 anni, parzialmente non autosufficienti o non autosufficienti, rispetto alle quali è necessario un percorso di integrazione socio-sanitaria;
- persone con età compresa tra 65 e 75 anni che iniziano a manifestare segnali evidenti di fatiche fisiche e difficoltà cognitive rispetto alle quali si propongono attività di monitoraggio;
- persone con età compresa tra 55 e 70 anni che sono ancora attive socialmente e lavorativamente per le quali sono previste azioni di prevenzione;
- parenti e potenziale rete di cura dei *target* precedenti.

Tabella 1. Tipologia utenti/persone coinvolte.

Tipologia Utenti/Persone coinvolte	Numero (v.a.)
Cittadini genericamente raggiunti dalle iniziative del progetto	4.281
Numero di persone/cittadini che partecipano alle attività	45
Numero di nuovi utenti/beneficiari presi in carico	150

Fonte: Ns. elaborazione su dati tratti da CODICI e Istituto Italiano di Valutazione, 2020.

5 L'iniziativa

▪ ***Ambito di intervento***

1. Pratiche innovative che riguardano la vita *in casa* dell'anziano.
1.1. Servizi innovativi a domicilio.
2. Pratiche innovative che riguardano la vita *fuori casa* degli anziani.
2.1 Servizi innovativi per facilitare la socializzazione.
3. Politiche e azioni innovative 'di sistema': regia, informazione, formazione.

▪ ***Obiettivi***

Il progetto ha lo scopo di favorire l'invecchiamento sano e attivo delle persone anziane o che si avvicinano alla fase anziana della vita; intende coinvolgere la comunità nel farsi carico del bisogno degli anziani e favorire la permanenza a domicilio attraverso la collaborazione tra il settore pubblico, privato e del terzo settore potenziando inoltre la capacità della comunità nel fronteggiare le problematiche legate all'invecchiamento e, più in generale, alla perdita dell'autonomia.
Il progetto intende sviluppare l'assistenza domiciliare erogata in forma 'diffusa' cioè con operatori che non hanno in assegnazione dei singoli utenti ma delle aree territoriali nelle quali si è – anche grazie al progetto – consolidata una rete di relazioni che possono favorire il sostegno della persona anziana. Per ottenere questo risultato è necessario che la comunità rafforzi, se non addirittura sviluppi, le relazioni e il mutuo aiuto; nell'approccio del progetto ciò richiede in primo luogo una visione comune delle problematiche che interessano la popolazione anziana. Da questa considerazione deriva l'attuazione delle attività legate alla sensibilizzazione sul tema dell'anzianità. Allo stesso tempo, il partenariato dell'intervento ha ritenuto necessario strutturare servizi specializzati in grado di offrire risposte specifiche e tendenti all'uniformità nel territorio di attuazione del progetto.

Il progetto ha quindi lo scopo di mettere a punto un sistema di servizi per aiutare le persone a mantenere la propria autonomia e autosufficienza ed opera congiuntamente su tre fronti:

- il servizio domiciliare, con una connotazione 'diffusa';
- la sensibilizzazione e l'informazione della cittadinanza in relazione alle problematiche delle persone anziane ed alle possibili risposte a loro favore;
- l'organizzazione di risposte specifiche ad altrettanti problemi specifici che nel territorio non sempre trovano adeguata risposta.

Coerentemente con questi obiettivi di carattere generale è possibile indicare obiettivi specifici finalizzati a promuovere il cambiamento del sistema del *welfare* locale, che sono:

- migliorare l'erogazione dei servizi e favorirne l'accesso attraverso un miglior coordinamento tra i soggetti pubblici, del terzo settore e privati che operano a favore delle persone anziane;
- coinvolgere la comunità attraverso attività informative in merito alla non autosufficienza e all'invecchiamento attivo;
- promuovere interventi/attività che favoriscano la donazione di risorse da parte della comunità, utili sia per l'avvio di azioni, sia per dare continuità agli interventi;
- potenziare l'efficacia dei servizi a favore delle persone non autosufficienti strutturando un'offerta più ampia, personalizzata, precoce e di prossimità anche con il coinvolgimento dei volontari e della comunità locale;
- promuovere lo sviluppo di una comunità maggiormente informata, sensibile e solidale con gli anziani e, in generale, con le persone non più autosufficienti.

6 Temporalità

Il progetto è stato avviato il 3 aprile 2017 e sarebbe dovuto finire 4 aprile 2020. A causa dell'emergenza Covid-19 è stata chiesta una proroga fino al 31 dicembre 2020 per la realizzazione di attività informative e di disseminazione di quanto realizzato.

7 Origine, radici, principali tappe del progetto

▪ ***Le origini e le radici***

Il progetto è il frutto dell'iniziativa dei due Ambiti territoriali, quello di Seriate e quello di Grumello del Monte che hanno aggregato i diversi partner del progetto.

Il contesto territoriale è caratterizzato da una qualità della vita medio-alta e condivide con altre aree territoriali l'incremento dell'età media della popolazione e la consueta frammentazione nell'erogazione dei servizi che, infatti, sono erogati da soggetti diversi e non prevedono percorsi integrati. Lo scenario è problematico per l'assenza di percorsi e servizi utili a prevenire le acuzie, per la difficoltà a fronteggiare la complessità dei bisogni e per l'isolamento dei *caregivers* e delle famiglie nel momento del manifestarsi del bisogno e nelle fasi in cui sarebbero utili attività di orientamento e supporto. Il progetto è pensato come risposta alla debolezza dei servizi nel supportare la perdita di autonomia e per creare un sistema stabile e organizzato di prevenzione delle situazioni a rischio attraverso interventi individualizzati e tramite il coinvolgimento della comunità locale.

▪ ***Principali tappe attuative del progetto finanziato***

Il progetto è articolato in quattro aree di intervento, ciascuna con i suoi tempi di realizzazione dipendenti dalle specifiche attività che ha messo in campo e che sono di seguito descritte (UdP, 2020:17-28). Le attività progettuali del primo anno sono state dedicate essenzialmente alla programmazione di dettaglio delle attività e al coordinamento tra i partner. Gli organismi di coordinamento del progetto al termine della prima annualità hanno subito un correttivo: da due livelli inizialmente previsti si è passati a tre livelli con l'attivazione di laboratori (si veda oltre).

Azione 1. Governance e comunicazione del progetto

Nell'ambito di questa azione si opera sia sul fronte della gestione del progetto sia su quello della comunicazione. È l'area che cura la strategia del progetto e dalla quale si assegnano le principali

funzioni, dal coordinamento complessivo a quello più operativo degli interventi, prevedendo nel dettaglio le modalità e i tempi di raccordo tra i diversi gruppi di lavoro coinvolti.
La struttura per il coordinamento del progetto è suddivisa in diversi organismi con funzioni diverse e a diversi livelli istituzionali e organizzativi:

- Laboratorio di Apprendimento;
- Cabina di Regia tecnico/politica;
- *Équipe* di Coordinamento e Comunicazione;
- Gruppo *Fundraising*;
- Gruppo Sviluppo Nuovo *Welfare*;
- Gruppo Prevenzione e Invecchiamento Attivo;
- Laboratori territoriali.

Il Laboratorio di Apprendimento è 'il cuore pulsante del progetto' poiché dovrebbe garantire che tutti gli attori della rete abbiano uno spazio di confronto e di apprendimento. Questo organismo accoglie i rappresentanti di tutte le organizzazioni aderenti al progetto. La Cabina di Regia tecnico/politica, cui spettano anche compiti di monitoraggio sull'andamento del progetto, recepisce gli orientamenti e le indicazioni del Laboratorio di Apprendimento e li rielabora in indicazioni di indirizzo, svolgendo di fatto una funzione di filtro con l'*Équipe* di Coordinamento e Comunicazione. A quest'ultima è assegnata la responsabilità operativa della comunicazione che ha lo scopo di consolidare l'identità del progetto, trasmettendola verso l'esterno; ha inoltre il compito di presidiare funzioni generali di coordinamento, amministrazione e rendicontazione.

L'*Équipe* di Coordinamento e Comunicazione svolge la funzione di raccordo fra la Cabina di Regia e i Gruppi di lavoro operativi (Gruppo di lavoro *Fundraising*, Gruppo di lavoro Sviluppo Nuovo *Welfare*, Gruppo di lavoro Prevenzione e Consapevolezza), che si occupano specificamente del coordinamento, della realizzazione e della supervisione delle singole azioni. Infine, è stata prevista l'organizzazione di 19 Laboratori territoriali (uno per ogni comune) con i soggetti attivi nell'area anziani per lo sviluppo/attuazione del *welfare* di comunità.

Nell'ultimo anno il rinnovo delle amministrazioni comunali ha inciso sull'attuazione e, in particolare, sulla frequenza degli incontri della Cabina di Regia nell'ambito delle attività di governance. La maggior parte degli organi gestionali ha comunque proseguito la propria attività; in questa fase si sta ragionando attorno alla sostenibilità delle azioni intraprese. Nell'alveo delle attività di comunicazione (Azione 1) è proseguita la realizzazione del materiale informativo che ha accompagnato le iniziative di raccolta fondi, oltre che l'aggiornamento dei *social network* e del sito. Tra questi la realizzazione di video per la promozione della campagna 'For Funding' a sostegno del Progetto per gli *Alzheimer Cafè*.

Gli organismi di funzionamento della governance sono quindi di tipo politico e di tipo prettamente organizzativo-gestionale. A livello politico è attiva la Cabina di Regia, costituita dai rappresentanti politici dei partner: i presidenti dei due Ambiti, i presidenti delle cooperative partner, della fondazione Madonna del Boldesico e il Direttore Generale della ASST Bergamo Est. La Cabina di Regia ha il compito di assumere decisioni politiche sul progetto e si riunisce in concomitanza con i Laboratori di Apprendimento. Si tratta di incontri gestiti dall'Università di Bergamo (soggetto aderente alla Rete) cui si sommano i momenti formativi sui temi del welfare di comunità e i momenti decisionali relativi alle attività del progetto.

L'organismo gestionale è l'*Équipe* di Coordinamento che si è riunita ogni due settimane durante i primi due anni e mensilmente durante la terza annualità. Partecipano all'*Équipe* di Coordinamento i responsabili/referenti delle azioni ed è il contesto organizzativo nel quale si condividono le informazioni trasversali, ci si aggiorna reciprocamente sull'andamento delle singole azioni, si definiscono le strategie economiche sul *budget* del progetto.
Ogni responsabile ha attivato al proprio interno gruppi di lavoro operativi al fine di presidiare tutte le realizzazioni previste dal progetto. I gruppi di lavoro interni riferiscono direttamente al coordinatore dell'azione, che riferisce al coordinatore del progetto.
La *governance* è declinata poi a livello territoriale, nei due ambiti di attuazione sono stati attivati i Laboratori formativo-applicativi. Si tratta di strutture che tramite un accompagnamento teorico-pratico, hanno affrontato le tematiche più dirimenti relative a come applicare ai servizi i concetti e le strategie del *welfare* di comunità e gli apprendimenti del progetto. Ai Laboratori formativo-

applicativi partecipano soggetti diversi per appartenenza organizzativa e professionalità così da favorire un confronto sull'attuazione del progetto.

Azione 2. Fundraising (informazione/sensibilizzazione, raccolta fondi, peopleraising)

L'azione è finalizzata ad aumentare il livello di consapevolezza sul tema del progetto, sia attraverso azioni di informazione sia con il coinvolgimento diretto dei cittadini nelle attività del volontariato, sia tramite la raccolta fondi utili, ad esempio, a dare l'avvio ad interventi nuovi che poi potranno in futuro essere erogati a fronte di un congruo corrispettivo. Nel dettaglio, si tratta di:

- promuovere azioni di *fundraising* di comunità a livello locale attraverso: a) la partecipazione ad eventi locali di presentazione del progetto; b) la definizione di almeno 10 'piani locali triennali di raccolta fondi' (su 19 comuni); c) la realizzazione di almeno 30 iniziative con un ricavo – al netto dei costi – previsto di 1.500 euro per ogni iniziativa; d) l'attivazione dei soggetti locali nelle campagne di raccolta fondi;
- realizzare iniziative di raccolta fondi nei due ambiti territoriali e, nello specifico: a) organizzare una cena annuale di raccolta fondi; b) promuovere due campagne di raccolta fondi; c) diffondere materiale informativo del progetto;
- realizzare iniziative di *peopleraising* con: a) la definizione degli ambiti di intervento nei quali impiegare le persone volontarie; b) la ricerca di volontari utili a supportare i servizi o per partecipare alle attività di vicinato solidale; c) la formazione degli operatori e degli volontari; d) l'organizzazione di una campagna di reclutamento volontari; e) l'attivazione di gruppi di anziani che si occupano di altri anziani; f) il coinvolgimento di negozianti ed esercenti in funzioni di 'sentinelle' di comunità.

L'attività di *fundraising* ha permesso di ricevere risorse tramite donazioni da fondazioni (ad esempio la Fondazione UBI Banca e la Fondazione Polli Stoppani di Bergamo) e campagne di raccolta specifiche (come 'Il mio voto' di Unicredit). Diverse iniziative di *fundraising* sono state inserite negli eventi territoriali (ad esempio nell'ambito della rassegna cinematografica 'Accendi la luce'), rafforzando anche il rapporto avviato con l'Azienda 'Ravasio Caffè'.
Sul fronte del *peopleraising* sono in aumento le sentinelle territoriali (farmacie, Medici di Medicina Generale, edicolanti, parrocchie/oratori, associazioni, negozianti). Prosegue l'attività il gruppo di volontari presso gli *Alzheimer Cafè*, attivatosi sin dalla loro inaugurazione e accrescendosi numericamente. Per quanto riguarda i servizi previsti nell'ambito dell'azione di sviluppo di un nuovo *welfare* di comunità, prosegue l'attività delle Botteghe della Domiciliarità, anche attraverso il ruolo svolto dagli operatori di prossimità che hanno concluso il loro percorso formativo. Sul versante *housing sociale,* le assegnazioni sono in fase di completamento e si sta progressivamente rafforzando la connessione con i territori in cui gli alloggi sono collocati.

Azione 3. Sviluppo di un nuovo welfare di comunità attraverso la ridefinizione del sistema dei servizi per la domiciliarità in chiave di prossimità, di partecipazione, di integrazione sociosanitaria

Il progetto intende valorizzare e sostenere la competenza delle comunità locali nel fronteggiare autonomamente le problematiche connesse alla vita anziana e, in particolare, a quella caratterizzata da una non piena autosufficienza. L'azione interviene sulla domiciliarità, e in particolare sul tessuto delle relazioni che possono favorire e incrementarne la possibilità di permanenza a domicilio da parte dell'anziano/a. Nel dettaglio, l'azione viene declinata in attività rivolte a:

- riqualificare i servizi esistenti valorizzando i legami di comunità attraverso: a) la strutturazione di un gruppo di operatori di prossimità (circa 30 operatori domiciliari e volontari) dedicati a facilitare la costruzione di alleanze sociali, i legami con il territorio e le relazioni tra le famiglie; b) il loro inserimento nei contesti territoriali per costruire una rete di 'sentinelle sociali'; c) l'organizzazione di laboratori a cadenza trimestrale finalizzati a leggere la domanda sociale; d) l'ampliamento delle attività delle RSA degli ambiti di Seriate e Grumello; e) la riallocazione all'interno dei progetti personalizzati di assistenza dei titoli sociali (buoni e *voucher*) erogati dagli Ambiti territoriali e finalizzati al sostegno della non autosufficienza per la fruizione dei servizi previsti dal progetto;

- avviare nuovi servizi di supporto alla domiciliarità attraverso: a) l'avvio di *Alzheimer Cafè* (ne sono stati attivati tre); b) la predisposizione del registro territoriale degli assistenti familiari a livello di ambito territoriale; c) la sperimentazione di forme di 'assistenza familiare di comunità' (con l'inserimento di almeno 10 assistenti familiari); d) la sperimentazione di un servizio di consulenza multiprofessionale a domicilio per *caregivers* di anziani con demenze per migliorare la qualità della relazione con il malato e fronteggiare alcune manifestazioni della malattia (disturbi comportamentali); e) la sperimentazione di un servizio di monitoraggio sanitario leggero (con cinque infermieri di comunità) in entrambi gli ambiti territoriali e in coordinamento con i medici dell'assistenza primaria; f) l'attivazione di almeno due nuclei abitativi (uno per ambito) in cui gestire 20 posti di residenzialità leggera;
- attivare/potenziare i punti rete di prossimità per la costruzione dei percorsi assistenziali, promuovendo i legami informali con soggetti della comunità attraverso: a) il potenziamento della Bottega della Domiciliarità dell'Ambito di Seriate (luogo di ascolto, accompagnamento all'attuazione dei servizi e di quelli integrativi per la domiciliarità) così che possa informare e orientare i diversi punti di ascolto (es. medici di base, sportelli Caritas, CAF) dei bisogni; b) l'attivazione di una analoga Bottega nell'Ambito di Grumello del Monte; c) l'apertura di un punto di accesso/ascolto/orientamento/erogazione dei servizi all'interno del nuovo Presidio Ospedaliero di Territorio che l'ASST Bergamo Est avvierà a Calcinate.

La Bottega di Prossimità di Seriate ha ricevuto dai Comuni dell'Ambito territoriale le risorse economiche per gestire il Servizio di assistenza domiciliare, sommando quindi alla prevista funzione di orientamento anche quella di possibile erogazione dei servizi.

Azione 4. Prevenzione, invecchiamento attivo e consapevolezza

Questa azione ha lo scopo di sviluppare la consapevolezza, la sensibilità e la solidarietà della comunità al tema dell'invecchiamento e della non autosufficienza così da incrementare le opportunità di partecipazione sociale e culturale, la sicurezza e il mantenimento dell'autonomia degli anziani. Attraverso incontri ed eventi culturali, il progetto ha l'obiettivo di valorizzare la vecchiaia quale fase della vita che assume significati e valenze particolari in funzione di come si struttura il contesto socio-culturale. Il progetto ha previsto di:

- organizzare eventi culturali e artistici per promuovere una visione dell'età anziana come risorsa;
- realizzare attività di sensibilizzazione/sostegno dei 'giovani-anziani' al tema dell'invecchiamento, con particolare attenzione al tema della riprogettazione degli spazi della propria casa;
- rilanciare i centri diurni ricreativi e organizzare iniziative mirate presso altri soggetti, così da ampliare le opportunità di incontro e socializzazione delle persone anziane;
- organizzare attività utili a informare/diffondere pratiche di educazione alla salute e agli stili di vita sani (attività fisica, stili di alimentazione, attività utili alla salute mentale);
- erogare servizi di consulenza in merito ai temi previdenziali e assicurativi;
- realizzare una ricerca-azione avente ad oggetto la cultura della cura, la fragilità, gli stili di vita sani, e realizzare incontri dedicati al tema della prevenzione e dell'educazione alla salute.

8 Agency e relazioni con il sistema

▪ *Principali attori ed eventuale leadership*

La regia dell'intervento è prettamente pubblica; i due Ambiti Territoriali si occupano in particolare di :1) capire i reali bisogni; 2) attivare la sperimentazione di servizi prima non esistenti nel territorio o di concezione innovativa, che non comportano un intervento individuale bensì un approccio di comunità (Tidoli, 2018). Per quanto riguarda i processi decisionali ed organizzativi questi prendono forma all'interno di organismi specifici come indicati nella Tabella 2.

▪ *Relazioni con il sistema*

L'iniziativa è avviata come sperimentazione rispetto al contesto legislativo e programmatico territoriale e regionale ma non è indipendente da questo nella misura in cui le attività svolte si

inseriscono coerentemente, potenziandole, con quelle di consueto messe in campo dagli ambiti territoriali.

- ***Cosa è rimasto del progetto***

Il progetto è attualmente in corso.

Tabella 2. Il modello di *governance.*

Organismo	Composizione	Funzioni	Tempi di incontro
Laboratorio di Apprendimento	Uno/due membri per ogni soggetto *partner* e aderente alla rete	Attiva relazioni, lettura critica della relazione progetto/comunità	due volte l'anno
Cabina di Regia tecnico/politica	Referente politico *project leader*, Referente tecnico *project leader*, Referente politico di ogni partner, Referente tecnico di ogni *partner.*	Definizione indirizzi e strategie Controllo delle attività progettuali Integrazione del progetto con la programmazione territoriale	due volte l'anno
Équipe di Coordinamento e Comunicazione	Coordinatore, Referente tecnico per ogni *partner.*	*Project management*	un incontro ogni tre settimane
Gruppo Fundraising	Coordinatore, Namastè, due *fundraiser junior.*	Elabora e realizza campagne di *fundraising* e *peopleraising*	un incontro ogni tre settimane
Gruppo Sviluppo Nuovo Welfare	Coordinatore, Referenti di realizzazione	Coordina la realizzazione dell'azione	Almeno una volta al mese
Gruppo Prevenzione e Invecchiamento Attivo	Coordinatore, Referenti di realizzazione.	Coordina la realizzazione dell'azione	Almeno una volta al mese
(19) Laboratori territoriali	*Partner*, aderenti alla rete, soggetti (formali e informali) coinvolti nella cura	Realizza eventi territoriali con più valenze	Almeno una volta al mese

Fonte: Riprodotto da UdP, 2020: 33.

9 Risorse mobilitate (finanziarie, umane, organizzative, politiche)

- ***Risorse finanziarie***

Le principali voci di spesa sono rappresentate dal personale (tra cui quelle del personale strutturato degli enti pubblici già in forza che risultano inferiori al 10% massimo previsto dal bando) e dalle prestazioni di terzi.

Il *budget* copre i costi del personale che lavora nell'erogazione di servizi e attività di cura e/o di relazione (sia che si tratti di prestazioni di servizio, sia di lavoratori dipendenti a titolo diverso) e nelle attività di comunicazione. Il costo del progetto è coperto per il 35% direttamente dagli enti partner con risorse proprie e proventi da progetti. Il *fundraising* è previsto che possa coprire l'8% dei costi, mentre il 57% del costo complessivo, per una cifra pari a 1.000.000 euro, corrisponde alla richiesta di contributo alla Fondazione Cariplo. Nell'ambito della linea progettuale 'Sviluppo di un nuovo welfare' i servizi in senso stretto hanno riguardato il 50% del totale (vedi Tabella 3).

Tabella 3. Il piano economico.

Azioni	*Governance* e comunicazione di progetto	*Fundraising*	Sviluppo di un nuovo *welfare*	Prevenzione, invecchiamento attivo e consapevolezza	Totale	Contributo Fondazione Cariplo
Ambito di Seriate	137.420		54.432	106.648	298.500	168.220
Ambito di Grumello	25.580		57.800		83.380	68.260
ASST Bergamo Est	4.320		66.300		70.620	35.100
Coop Namasté	18.120	79.000	345.869	88.040	531.029	274.357
Coop Universiis	109.560		424.873	13.440	547.873	328.455
Coop PAESE	4.320		103.634	13.440	121.394	64.328
Fondazione Madonna del Boldesico	4.320		36.600		40.920	21.600
Fondazione della Comunità Bergamasca	4.320	56.880			61.200	39.680
Costo totale (nei tre anni)	**307.960**	**135.880**	**1.089.508**	**221.568**	**1.754.916**	**1.000.000**

Fonte: Riprodotto da UdP, 2020: 34-5.

▪ ***Risorse umane, organizzative e politiche***

Il progetto coinvolge 15 operatori di prossimità e circa 150 volontari (43 per l'Alzheimer Café, due per l'Housing sociale e 108 'sentinelle').

Il progetto si sviluppa dalla collaborazione tra i due ambiti territoriali promotori che hanno raccolto intorno a sé l'adesione di differenti enti pubblici, privati e del terzo settore.

10 Dimensioni innovative

▪ ***Soddisfazione di bisogni non coperti dal sistema di cura***

Il progetto sembra essere intervenuto a soddisfare/compensare alcuni bisogni non soddisfatti dal sistema di cura e, in termini più generali, è stato utile ad ampliare l'offerta territoriale. Infatti, prima dell'avvio progetto, la Bottega della Domiciliarità era attiva solo nell'Ambito di Seriate e non erano disponibili strutture di *housing sociale* o *Alzheimer Café.*

▪ ***Modifica delle relazioni sociali/istituzionali tra anziani e altri attori***

Il progetto si propone di sviluppare nuove risorse a favore dell'utente, realizzando interventi che fanno leva su personale professionista ma anche sui volontari (es. 'sentinelle di comunità'). Il coinvolgimento dei volontari potrebbe creare relazioni con gli anziani beneficiari utili a prevenire situazioni compromettenti sul piano sociale e sanitario.

▪ ***Empowerment/aumento della capacità di esprimersi e incidere***

- Le possibilità di *empowerment*/aumento della capacità di esprimersi e incidere sembrano riguardare soprattutto i familiari delle persone anziane, in particolare quelle affette da malattie neurodegenerative. Per loro, la partecipazione agli incontri presso gli *Alzheimer Cafè* può essere l'opportunità per uscire dall'isolamento sociale talvolta derivante dall'intensità dei compiti di cura e per ravvivare, o ulteriormente sviluppare, la capacità di incidere nella società e nelle relazioni con persone che vivono le stesse difficoltà.

- Le 'sentinelle di comunità' sono state pensate nella convinzione che, ancora oggi, la conoscenza personale sia l'elemento cruciale per favorire la cura; inoltre, le situazioni di estrema abitudinarietà possono essere facilmente monitorate da chi, ad esempio per ragioni professionali (es. commercianti), ha una stretta vicinanza con le persone. Il partenariato del progetto ha promosso questa figura affidandole una funzione e un ruolo 'pubblicamente riconosciuto'. Le 'sentinelle', in ragione di questa funzione, potrebbero riconoscere un loro differente modo di incidere nel tessuto delle relazioni.

11 Principali risultati dell'iniziativa

- Incremento del benessere dei *caregivers*, rassicurati dallo sviluppo di una rete territoriale di servizi e di cura dalle caratteristiche inedite prima dell'avvio del progetto;
- incremento dei servizi di sostegno e di informazione;
- sviluppo di un sistema di monitoraggio degli anziani attraverso le 'sentinelle';
- coinvolgimento di volontari per sostenere l'invecchiamento a casa da parte degli anziani.

12 Punti di forza e fattori di successo

▪ ***Punti di forza***

- Approccio territorializzato all'assistenza domiciliare: il progetto prevede che l'operatore sociale gestisca le relazioni in un contesto territoriale (eventualmente anche in un condominio) per massimizzare le possibilità di cura dell'utenza; questo è probabilmente il cambiamento potenzialmente più forte apportato dal progetto, ma anche un obiettivo che non sembra sia stato pienamente raggiunto (si veda in seguito).
- La realizzazione di attività inedite per il territorio, di sensibilizzazione (e di sollievo) per le famiglie con l'apertura degli *Alzheimer Café.*
- Il coinvolgimento del volontariato in ruoli specifici e inseriti nella rete di assistenza, con un mandato organizzativo chiaro ed esplicito: le 'sentinelle di comunità' hanno il compito di intercettare i bisogni e di divulgare le informazioni quale forma di volontariato leggera ma costante nel tempo.

▪ ***Fattori di successo***

- La struttura organizzativa del progetto è articolata e ben definita. Ad ogni struttura intermedia sono assegnate funzioni specifiche. Questa organizzazione potrebbe aver permesso una condivisione della logica del progetto così da favorirne l'attuazione ma – come indicato anche in seguito – è stata probabilmente anche un elemento di affaticamento per le connesse attività di coordinamento.
- Le Botteghe della Domiciliarità hanno preso parte agli interventi utili a fronteggiare l'emergenza legata al Covid-19. È probabile – ma rimane da verificare – che questa partecipazione abbia aumentato la legittimazione e la visibilità del progetto nel territorio facilitando, in prospettiva, la stabilizzazione del servizio offerto.

13 Punti di debolezza e fattori di rischio

- Il coordinamento tra i *partners* è stato particolarmente oneroso;
- il progetto di riconversione del servizio di assistenza dal modello individuale a quello 'territoriale' – anche attraverso la creazione di un condominio solidale o con una badante a servizio del condominio – è un obiettivo che non sembra sia stato pienamente raggiunto: per ragioni di tempo – la prima annualità è stata prevalentemente dedicata ad attività di coordinamento – e per resistenze organizzative e 'culturali' all'idea di cambiare il modello di intervento.

14 Potenziale in termini di policy: replicabilità e/o *up-scaling*

Il progetto nell'insieme non è prettamente finalizzato a potenziare i servizi, ma è orientato a riformulare l'assetto organizzativo di quelli già disponibili integrandoli con la partecipazione e con il coinvolgimento dei beneficiari e dei volontari. Per questa ragione, e poiché il progetto è

orientato a favorire un cambiamento di cultura nella risposta ai bisogni, è possibile classificarlo come innovativo nell'ambito del *welfare* di comunità (Tidoli, 2017). Non si intravedono ostacoli alla replicabilità del progetto in altri contesti interessati a ridefinire la struttura degli interventi. La possibilità di replica, così come quella di un ampliamento di scala, è però in gran parte derivante dalla presenza di ulteriori finanziamenti per quanto riguarda l'*housing sociale* e l'*Alzheimer Cafè* (a meno che quest'ultimo non venga gestito esclusivamente con risorse volontarie). Infatti le attività del progetto sono aggiuntive rispetto a quelle 'istituzionali' e non sostitutive e quindi rischiano di essere considerate non prioritarie (Tidoli, 2018).

Nell'ultima fase di realizzazione del progetto, i componenti della cabina di regia – anche su sollecito della Fondazione Cariplo – hanno prestato attenzione a verificare se e quali attività del progetto fosse possibile proseguire. L'inserimento delle attività progettuali all'interno del Piano di Zona è un buon indicatore del riconoscimento politico alle attività messe in campo. Inoltre, ad oggi (maggio 2020) sono state assunte decisioni relative al mantenimento e alla prosecuzione dei servizi della Bottega della Domiciliarità e dell'*housing sociale*, con risorse dell'amministrazione.

15 Fonti

▪ ***Riferimenti bibliografici e sul web***

Codici – Società cooperativa sociale e Istituto Italiano di Valutazione (a cura di) (2020) *Report di valutazione / III Annualità – Progetto 'Invecchiando s'impara'* [documento interno].

Depedri, S., Gubert, E. (2019) *Integrazione nella filiera dei servizi agli anziani. Soluzioni innovative per il benessere dell'individuo e della famiglia* [online], EURICSE. Accessibile su: https://www.euricse.eu/wp-content/uploads/2019/12/Report-EURICSE-ACLI-Soluzioni-innovative.pdf. (Consultato: aprile 2020).

Tidoli, R. (a cura di) (2018) 'Invecchiando s'impara... a vivere' [online], Lombardia Sociale. Accessibile su: http://www.lombardiasociale.it/2018/10/28/invecchiando-si-impara-a-vivere/. (Consultato: aprile 2020).

Tidoli, R. (2017) 'La domiciliarità', in NNA (Network Non Autosufficienza) (a dura di) *L'assistenza agli anziani non autosufficienti in Italia – 6° Rapporto - 2017/2018 – Il tempo delle risposte*, Maggioli Editore: Santarcangelo di Romagna, pp. 77-100.

UdP – Ufficio di Piano dell'Ambito di Seriate – Ufficio di Piano dell'Ambito di Grumello del Monte (2020) 'Invecchiando s'impara (a vivere) – Presente e futuro nella filiera della cura' [website]. Fondazione Cariplo (Welfare in Azione). Accessibile su: https://www.invecchiandosimpara.it/wp-content/uploads/2017/10/relazione-di-progetto.pdf. (Consultato: aprile2020).

▪ ***Intervista ad interlocutore privilegiato***

Rinaldi, Stefano, referente progetto, Seriate, intervista maggio 2020. Domande ulteriori sono state inviate per mail a Simona Villa, nel maggio 2020.

Lo studio di caso è stato interamente rivisto da Giuliana Costa (Politecnico di Milano, Dipartimento di Architettura e Studi Urbani).

16 Data chiusura del caso studio

La ricostruzione e l'analisi critica del caso studio i sono conclusi a maggio 2020.

17 Contatti

Referente del progetto:

Stefano Rinaldi, Direttore dell'Ambito di Seriate e responsabile e coordinatore generale del progetto.

e-mail: stefano.rinaldi@comune.seriate.bg.it

18 Ringraziamenti

Si ringrazia la Referente del progetto dott. Stefano Rinaldi, per aver partecipato all'intervista telefonica e per aver risposto alle ulteriori domande dell'autore per e-mail nonché revisionato il *draft* del caso studio. Si ringrazia la dott.ssa Simona Villa, per aver risposto alle ulteriori domande dell'autore per e-mail.

IN-AGE - INclusive AGEing in place
Laboratorio Politiche Sociali, Politecnico di Milano
Dipartimento Architettura e Territorio, Università Mediterranea di Reggio Calabria
Centro Ricerche Economico-Sociali per l'Invecchiamento, INRCA-IRCCS, Ancona

8 LA CURA È DI CASA

di Luigi Nava
Dipartimento di Architettura e Studi Urbani, Politecnico di Milano

1 Breve descrizione dell'iniziativa

Il progetto si rivolge agli anziani ultra 65enni, ancora autonomi, ma in condizione di fragilità ed ha l'obiettivo di favorirne la permanenza presso il domicilio, sostenendo i familiari nella gestione della persona. Nell'ambito del progetto vengono promossi momenti di incontro e socializzazione ed erogati diversi servizi (aiuto nelle attività quotidiane, compagnia, cura della persona, servizi infermieristici, fisioterapici, e di supporto psicologico) attraverso una rete di operatori specializzati e volontari, in un'ottica di prevenzione e con l'ausilio di una piattaforma ICT.

2 Luogo

ITALIA, Piemonte, **Provincia del Verbano-Cusio-Ossola e Alto Novarese.**

3 Contesto territoriale

▪ ***Tipologia di area***

L'intervento è attuato nella Provincia del Verbano-Cusio-Ossola (VCO) costituita da 77 comuni cui si sommano altri sette dell'Alto Novarese a cui fanno riferimento tre Consorzi Intercomunali dei Servizi Sociali. La Provincia del VCO è l'esito dell'aggregazione amministrativa di quattro distinti territori: Ossola (area interna), Cusio e Vergnante (area settentrionale) e Verbano (area occidentale).

Al 2016 nella Provincia del Verbano-Cusio-Ossola (Comuni-Italiani.it, 2017):

- la popolazione residente era pari a 159.664 abitanti, un valore sostanzialmente stabile dal 2001;
- la popolazione con più di 65 anni di età rappresentava il 25,7% del totale e l'indice di vecchiaia era pari al 218,6%; l'età media era 46,9 anni;
- la percentuale di stranieri residenti sul totale della popolazione era pari al 6,2% (valore quasi doppio rispetto al 2005 che era del 3,7);
- Il reddito medio annuo era pari a 13.994 euro.

▪ ***Scala di azione***

La scala d'azione è *comunale* e riguarda il territorio di competenza dei tre Consorzi Intercomunali dei Servizi Sociali.

4 Tipologia dell'iniziativa e approccio

▪ ***Tipologia***

Progetto finanziato da *ente privato,* Fondazione Cariplo (con il bando Welfare in Azione – seconda edizione).

▪ ***Soggetti attuatori***

- Provincia del VCO: ente locale le cui funzioni fondamentali sono state rideterminate a seguito della L n. 56 del 2014 cosiddetta 'Legge Delrio' e della LR n. 23 del 2015. In conseguenza di tale riordino le Politiche Sociali sono state affidate alla Regione Piemonte mentre alla provincia è rimasta l'attività di supporto per lo sviluppo dei Progetti come *La Cura è di Casa*. La Provincia del VCO si occupa della gestione dei flussi finanziari, di rendicontazione, del coordinamento del partenariato, dell'attività di segreteria, di raccolta fondi e comunicazione.
- Consorzio Servizi Sociali del Verbano: ente autonomo, costituito il 1 settembre 1996, con personalità giuridica e natura pubblica che eroga servizi sociali per 30 comuni della Provincia del Verbano-Cusio-Ossola; ha il compito di gestire i servizi socio-educativi e socio-assistenziali per i cittadini in difficoltà in particolare per coloro che si trovano in una condizione fisica, psicologica o sociale di marginalità (minori a rischio, disabili, anziani, soggetti svantaggiati, persone in stato di povertà); esercita le deleghe in materia di interventi e servizi sociali, previste dalla LR n. 1 del 2004.
- Consorzio Servizi Sociali del Cusio: nato l'1 aprile 1997 quando 20 Comuni facenti parte dell'USSL 57 di Omegna, decidono di gestire autonomamente i servizi socioassistenziali. Nel 1999, entra a farvi parte anche il Comune di Brovello Carpugnino. È formato dai 21 comuni del Cusio dei quali sette in Provincia di Novara e 14 nel VCO ed è organizzato su quattro distretti territoriali; fornisce risposte sul proprio territorio, in collaborazione con i servizi sanitari e del lavoro, nei seguenti settori: contrasto della povertà, mantenimento a domicilio e sviluppo dell'autonomia delle persone anziane o disabili, sostegno alla genitorialità, tutela dei minori e delle donne in difficoltà, integrazione dei soggetti disabili, consulenza nell'accesso ai servizi.
- Consorzio Servizi Sociali dell'Ossola: nato l'1 gennaio 1997 rappresenta lo strumento di collaborazione scelto da 32 Comuni che hanno deciso di associarsi per la gestione delle funzioni socioassistenziali. I Servizi erogati dal Ciss Ossola riguardano gli interventi per minori, disabili, anziani e adulti in difficoltà.
- ASL VCO: nata come ASL 14 VCO dall'accorpamento, avvenuto l'1 gennaio 1995, delle tre precedenti Unità Sanitarie Locali (l'USL 55 di Verbania, 56 di Domodossola e 57 di Omegna) è stata denominata ASL VCO dal 1 gennaio 2008.
- Associazione Contorno Viola: organizzazione di volontariato, sviluppa interventi di educazione fra pari finalizzati alla prevenzione dei comportamenti a rischio prevalentemente fra giovani e adolescenti del territorio. Dal 2009 è depositaria del marchio 'Peer&Media Education' per la promozione di interventi educativi nel *web*; è impegnata nella formazione e nella sensibilizzazione circa interventi mirati di empowerment di comunità e nella ricerca azione di percorsi di 'Peer&media' nel *web*.
- Università cattolica di Milano – CREMIT: Centro di Ricerca sull'Educazione ai Media all'Innovazione e alla Tecnologia.
- Fondazione Istituto Sacra Famiglia Verbania: nasce nel 1896 a Cesano Boscone e la sede di Intra Verbania viene aperta il 15 settembre 1940. La Fondazione Sacra Famiglia sede di Verbania promuove cultura e politiche dei servizi sociosanitari per disabili e anziani. In particolare, è autorizzata e accreditata al funzionamento per svolgere attività sociosanitarie in diversi settori e dispone di 144 posti letto.
- Casa Massimo Lagostina Omegna: nata nel 1864 per volontà di privati benefattori, è una struttura che dispone di Servizi Residenziali per Anziani ed un Nucleo Alzheimer. Offre un servizio completo di assistenza agli ospiti ricoverati, cure personalizzate, servizi medici, infermieristici, assistenziali, di psicologia, fisioterapia, riabilitazione e animazione.
- Residenze assistenziali Domodossola e Villadossola: sono RSA di Domodossola e Villadossola gestite direttamente dal Comune. Le strutture offrono servizio medico, infermieristico, assistenziale, di riabilitazione neurologica e motoria, e supporto psicologico.
- Fondazione Opera Pia Uccelli Cannobio: Onlus che opera nel campo dell'assistenza residenziale e semiresidenziale per anziani non autosufficienti; è autorizzata al funzionamento per circa 100 posti letto e assicura un servizio di preparazione pasti per gli anziani residenti nel Comune e un servizio riabilitativo per utenti esterni in convenzione con il SSR.

- Casa di riposo Muller Verbania: Istituzione Pubblica di Assistenza e Beneficenza (IPAB.), convenzionata con il Servizio Sanitario Nazionale, nata nel 1902 grazie al lascito fatto da Vittore Muller in memoria del padre, figura imprenditoriale importantissima nella Intra di fine '800. Accoglie fino a 68 anziani non autosufficienti e fino a 24 anziani parzialmente autosufficienti, oltre ai servizi propri del centro diurno e delle prestazioni domiciliari.
- Residenza Integrata Premosello: è uno dei servizi gestiti dal Comune di Premosello Chiovenda. Accoglie al suo interno in regime residenziale anziani non autosufficienti e Ospiti affetti da morbo di Alzheimer, anche in Centro Diurno. La Struttura organizza l'Alzheimer Cafè, offre un Nucleo di Continuità Assistenziale in favore di anziani in dimissione ospedaliera, l'assistenza domiciliare e un Centro Prelievi per i residenti.
- Residenza Cuore Immacolato Re: RSA voluta e diretta dall'Associazione Silenziosi Operai della Croce, sorta nel 2011, offre 30 posti letto e, in aggiunta, due posti riservati all'accoglienza per periodi temporanei di sollievo.
- Casa dell'anziano Baveno: struttura del Comune di Baveno gestita in forma diretta dal 1979 per accogliere adeguatamente 37 adulti ed anziani in condizioni psico-fisiche di parziale autosufficienza, sia residenti in Baveno che fuori dal Comune.
- Associazione Gruppo Accompagnatori Volontari: nasce come Onlus nel 2008 con lo scopo di accompagnare persone che hanno problemi fisici, economici o che non possono contare su un familiare per raggiungere i luoghi di cura.
- Associazione Centri del VCO: fondata nel 1972 favorisce la crescita emotivo relazionale degli individui e il loro inserimento nel mondo delle scuole e del lavoro. Fornisce assistenza qualificata sul piano terapeutico individualizzato ambulatoriale e domiciliare con riabilitazione di fisioterapia anche in acqua, logopedia, neuropsicomotricità e psicologia.
- Casa Immacolata Verbania: casa per ferie, offre servizi per singoli, famiglie, gruppi organizzati che intendono soggiornare sul Lago Maggiore. Ospita attività formative, anche residenziali, per gruppi, scuole, aziende; realizza accoglienza di anziani semi autosufficienti residenti nel VCO per lunghi periodi o per convalescenza/riabilitazione senza fornire assistenza sanitaria. Offre alle famiglie un servizio di 'sollievo' in situazione semi-protetta. Stipula convenzioni con gli enti locali per ospitare persone che necessitano di accoglienza temporanea. Accoglie studenti e lavoratori che richiedono permanenza medio-breve.
- Associazione Pro Senectute Omegna: si occupa di 'anzianità attiva' curando in particolare il rapporto intergenerazionale. Negli anni ha realizzato molteplici iniziative ottenendo importanti riconoscimenti a livello nazionale, ha dato origine a Fondazione Leonardo, che si occupa di documentazione sulle tematiche dell'anzianità, e scelto di usare la musica e il teatro per comunicare l'importanza di mantenersi attivi e propositivi nella terza e quarta età.
- Fondazione Comunitaria VCO: fondazione con finalità di pubblica utilità costituita nel 2006 non ha scopo di lucro, persegue fini di solidarietà sociale, è depositaria di più di 50 Fondi Patrimoniali (memoriali, tematici, territoriali) per i quali svolge un ruolo di intermediazione filantropica con le realtà del territorio. Istituisce bandi territoriali a supporto delle organizzazioni non profit del VCO.
- Fondazione Comunità Attiva Cannobio: fondazione di partecipazione che persegue finalità sociali, nata per volontà dei Comuni di Cannobio, Cannero Riviera, Cavaglio Spoccia, Cursolo-Orasso, Falmenta, Gurro e Trarego Viggiona.
- Fondazione Vita Vitalis: organizzazione non profit voluta da imprenditori locali e sostenuta da collaboratori volontari, promuove e sostiene iniziative di carattere innovativo rivolte all'assistenza della persona anziana e alla formazione del Personale Socio-Sanitario che opera nel settore.
- Auser VCO: la mission di Auser (Associazione per l'autogestione dei servizi e la solidarietà) si fonda sul garantire un sistema a rete di persone che, prestando attività di volontariato, permettono di attivare e supportare attività di valorizzazione del ruolo degli anziani nella società, favorendone la partecipazione attiva; nonché sostegno alle loro fragilità.

▪ ***Altri soggetti coinvolti (rete mobilitata dal progetto)***

I soggetti coinvolti nel processo di attuazione sono gli stessi indicati al punto precedente.

▪ ***Fonti di finanziamento***

- Fondazione Cariplo;
- cofinanziamento dei partner;
- compartecipazione degli utenti;
- finanziamenti pubblici (anche tramite altri progetti);
- donazioni;
- altri progetti.

▪ ***Approccio***

Il progetto è, almeno in avvio, è espressione di un approccio di tipo caritatevole dovuto al finanziamento di Fondazione Cariplo; il progetto prevede però il forte coinvolgimento del volontariato e il contributo degli utenti al pagamento dei servizi ricevuti. Di recente (2019) il progetto ha ulteriormente sviluppato il coinvolgimento del volontariato con lo scopo favorire la auto-sostenibilità e si è attinto a nuove fonti di finanziamento (private, pubbliche di fonte regionale o europea).

▪ ***Target e beneficiari***

Il target è rappresentato dalle persone non in carico ai servizi sociosanitari e con età maggiore a 65 anni, la cui condizione di autonomia è precaria così da esporli al rischio di cadere in condizioni di non autosufficienza. Sono anziani privi di una rete familiare o sociale di sostegno, che necessitano di interventi di monitoraggio e prevenzione, che hanno bisogno di assistenza fisioterapica e infermieristica, di accompagnamenti, supporto nelle faccende quotidiane e compagnia per continuare a vivere presso il proprio domicilio in autonomia mantenendo un adeguato benessere psico-fisico.

I beneficiari attuali sono per la maggior parte donne con un'età media di oltre 81 anni e nella maggior parte non note ai servizi territoriali. A febbraio 2020 i beneficiari del progetto sono 331 (nel 2019 è stato toccato il valore massimo di 440 casi).

5 L'iniziativa

▪ ***Ambito di intervento***

1. Pratiche innovative che riguardano la vita *in casa* dell'anziano.
1.1. Servizi innovativi a domicilio.
2. Pratiche innovative che riguardano la vita *fuori casa* degli anziani.
2.1 Servizi innovativi per facilitare la socializzazione.
3. Politiche e azioni innovative 'di sistema': regia, informazione, formazione.

▪ ***Obiettivi***

Il progetto ha l'obiettivo di favorire la permanenza dell'anziano fragile nella propria casa, protetto da una rete di monitoraggio e sorveglianza, contrastando le situazioni di solitudine, di isolamento e di decadimento psico-fisico attraverso attività di monitoraggio e prevenzione. Questo obiettivo viene perseguito facendo leva sulle figure professionali dell'ambito sociosanitario e quelle del volontariato e grazie al supporto delle tecnologie digitali.

La Cura è di Casa prova a creare e rafforzare la filiera degli interventi di prevenzione della non autosufficienza coordinando soggetti formali e informali che operano già sul territorio e mobilitando la comunità a sostenere il progetto attraverso attività di volontariato con donazioni o organizzando eventi di *fundraising* (Gubert, 2019). L'attività progettuale è dedicata a tessere una rete di *partners* pubblici e privati finalizzata ad armonizzare l'erogazione delle prestazioni che in precedenza venivano erogate in modo frammentato e separato.

6 Temporalità

Il progetto è stato avviato a maggio 2016, con durata triennale, e la conclusione era prevista nel 2019. Il progetto ha sofferto di un avvio non particolarmente produttivo, per effetto di difficoltà di coordinamento tra gli attori e per il prolungarsi del processo decisionale relativo alla progettazione della piattaforma informatica. A seguito di richiesta da parte della *partnership*, la Fondazione Cariplo ha concesso una proroga di 12 mesi. Se ci si riferisce strettamente al finanziamento della Fondazione Cariplo, il progetto si conclude nel mese di maggio 2020. Alla ricerca della sostenibilità di lungo periodo, il progetto proseguirà almeno fino al 2021 grazie ad ulteriori finanziamenti (pubblici e privati) cui alcuni *partners* sono riusciti ad attingere per sviluppare alcune specifiche linee di intervento (Programma WeCaRe. promosso dalla Regione Piemonte nell'ambito del POR FSE e Progetto *WelComTech* a valere sulle risorse Interreg Italia – Svizzera del Fondo Europeo di Sviluppo Regionale). Alcuni partner hanno inoltre sviluppato ulteriori attività attraverso l'inclusione di altri soggetti del privato sociale e con il contributo della Compagnia di San Paolo (Bando Intreccci – Progetto *C4C&C*) (Tidoli, 2019).

7 Origine, radici, principali tappe del progetto

▪ ***Le origini e le radici***

L'impianto progettuale si radica in una tradizione territoriale, sviluppatasi nel tempo, di attenzione ai temi del *welfare* con una forte presenza di associazioni e iniziative attente ai bisogni della comunità e fortemente orientate allo sviluppo di interventi di sostegno solidale a soggetti e gruppi di popolazioni caratterizzate da specifiche fragilità.

Alcuni dei *partners* del progetto, a partire dagli Enti gestori delle funzioni socioassistenziali, hanno alle spalle pregresse relazioni collaborative nell'ambito del *welfare* locale. L'iniziativa fa leva su queste precedenti relazioni e prova a darne una struttura più organica con lo scopo di sviluppare e consolidare un nuovo modello di supporto della popolazione anziana ma che potrebbe essere esteso anche ad altri settori della popolazione.

L'idea progettuale nasce a partire da un insieme di indicazioni esito di una ricerca condotta nel 2015 nel territorio della provincia dal tavolo di lavoro Agenda 2020 con l'obiettivo di testare l'attuazione dei servizi sociosanitari in funzione delle caratteristiche dei bisogni della terza età. Questo lavoro di analisi ha permesso di evidenziare alcuni ambiti di intervento per lo sviluppo del territorio Verbano-Cusio-Ossola: la qualità della vita, il turismo e la cultura e i servizi alla persona.

I partner del progetto hanno presentato una proposta nell'ambito del bando Welfare in Azione promosso dalla Fondazione Cariplo ed è risultata vincitrice nel 2016, con la seconda edizione del bando. Nel processo di elaborazione progettuale un ruolo cruciale è stato svolto dal Consorzio dei Servizi Sociali del Verbano che ha lavorato a definire e coinvolgere l'estesa *partnership* impegnata nell'attuazione del progetto.

▪ ***Principali tappe attuative del progetto finanziato***

La Cura è di Casa viene attuato tramite una rete di attori/operatori che hanno a disposizione una piattaforma informatica con la quale possono verificare in tempo reale la disponibilità delle risorse organizzative (operatori specializzati o volontari) disponibili sul territorio e quindi programmare le attività da svolgere. Questo sistema di pianificazione informatizzato è accessibile a tutti i partner del progetto, anche ai volontari, supporta la razionalizzazione delle risorse e rende possibile il monitoraggio degli interventi. La piattaforma informatica è uno strumento che permette la registrazione dei dati personali dell'utente (dati anagrafici, rete famigliare e sociale), il rilevamento delle condizioni di fragilità, e le informazioni relative agli interventi - servizi a domicilio (tipologia, natura giuridica dell'ente che li offre, identificazione dell'operatore/volontario, data e ora di erogazione, etc.) ed è a disposizione di tutti gli operatori per supportare il loro coordinamento.
Il territorio è suddiviso in otto Aggregazioni funzionali territoriali (Baveno Stresa, Verbania. Cannobio, Gravellona Toce, Omegna, Premosello, Domodossola, Crevoladossola) governate da un *Network Manager*, figura professionale che coordina e gestisce le richieste di assistenza e l'erogazione dei servizi agli anziani, sia dal punto di vista economico che relazionale

(coordinamento e coinvolgimento di OSS, figure professionali, volontari). Il *Network Manager*, ricevuta la segnalazione del caso da parte delle famiglie o di altri operatori del territorio, coinvolge il *Care Planner*, solitamente rappresentato da assistenti sociali, che effettua, previo contatto, una prima visita domiciliare di conoscenza e di rilevazione dei bisogni dell'anziano segnalato. Se l'anziano rientra nel target degli anziani fragili e si ritiene che il progetto possa soddisfare i suoi bisogni, allora il *Network Manager* e il *Care Planner* predispongono un progetto personalizzato e identificano i servizi utili a soddisfare i bisogni identificati.
Network Manager, *Care Planner* e operatori professionali collaborano con il volontariato e, sulla base delle proprie professionalità, si occupano di alcuni aspetti del lavoro: il *Network Manager* ha, tra le sue mansioni, quella di organizzare l'erogazione dei servizi coinvolgendo i diversi enti che afferiscono alla sua area territoriale; il *Care Planner* è responsabile della valutazione a domicilio dell'anziano e delle successive visite utili a identificare i bisogni; i volontari svolgono attività di accompagnamento o di supporto alle faccende quotidiane. Ogni tre mesi viene rivalutata la situazione dell'anziano coinvolto nel progetto, il che può portare a un adeguamento del tipo di servizio erogato oppure può determinare la 'dimissione' del caso.

Gli attori coinvolti fanno riferimento a Enti pubblici, RSA, volontari e famiglie. Agli utenti presi in carico vengono erogati i seguenti servizi:

a) *Igiene e cura alla persona, riordino alloggio e lavanderia, consegna pasti a domicilio, monitoraggio assunzione farmaci:* **l'**obiettivo è aiutare la persona anziana a mantenere la propria autonomia nella sua abitazione e nel suo ambiente di vita prevenendo eventi acuti;
b) *Mantenimento delle capacità motorie, mobilizzazione temporanea, training e deambulazione del passo: l'*obiettivo è di garantire la permanenza dell'autonomia il più lungo possibile, mantenendo le capacità motorie residue, supportando l'anziano a un corretto movimento e consentendo una corretta deambulazione;
c) *Servizi infermieristici: rilevazione parametri vitali, rilevamenti PAO, medicazione e bendaggi, iniezioni, monitoraggio e aiuto nell'assunzione dei farmaci:* erogazione di interventi di sorveglianza e monitoraggio e di terapie intramuscolari, bendaggi e medicazioni semplici;
d) *Supporto psicologico, sostegno all'anziano fragile per migliorare il suo benessere psicofisico:* l'obiettivo è di offrire un sostegno psicologico al fine di garantire un miglioramento della qualità della vita;
e) *Accompagnamenti alle faccende quotidiane: accompagnamenti per visite mediche e aiuto per acquisti; supporto al disbrigo pratiche e alla preparazione dei pasti:* l'obiettivo è intercettare e monitorare i bisogni degli utenti attraverso un servizio di prossimità dei cittadini e l'azione dei volontari. Il servizio prevede accompagnamenti per visite mediche e accesso ai servizi pubblici, aiuto per commissioni e disbrigo pratiche, facilitazione delle relazioni sociali; vengono monitorate le situazioni di solitudine e favorito il benessere psico-fisico della persona;
f) *Socializzazione e compagnia; attività di aggregazione e socializzazione in contesti esterni, attività di compagnia presso il domicilio:* vengono offerte occasioni di incontro e socializzazione a persone anziane a domicilio o in contesti esterni (es. circoli, sedi polivalenti e altri luoghi di ritrovo e relazione) con l'obiettivo di costruire una relazione e quindi contrastare le situazioni di solitudine;
g) *Sostegno ai familiari; supporto, formazione e istruzione al familiare; residenzialità leggera per facilitare l'assistenza e la cura degli anziani a domicilio:* l'attività consiste nel supportare le famiglie nella gestione quotidiana attraverso momenti di confronto, formazione, sostegno e sollievo dalle attività di cura anche tramite il servizio di residenzialità leggera;
h) *Ricerca badanti, offerta alle famiglie un servizio di utilità nella ricerca di tali figure:* L'obiettivo era di favorire l'incontro 'domanda e offerta' tra famiglie e collaboratori familiari (badanti per persone anziane) e censire gli/le assistenti familiari presenti nella provincia del Verbano-Cusio-Ossola. Il servizio intendeva offrire alle famiglie consulenza per la ricerca di una badante; alle badanti o aspiranti tali, si intendeva offrire l'iscrizione in un elenco nel quale si attingerà per le proposte di lavoro che saranno intercettate dal servizio. Alle badanti si intendeva offrire percorsi formativi finalizzati a supportare le aree di miglioramento presenti nella loro preparazione professionale. L'azione non è stata però implementata, concentrando le risorse disponibili sull'erogazione di servizi domiciliari agli anziani, in particolare attraverso il coinvolgimento di volontari: è stata quindi sospesa, in attesa di ulteriori progettualità.

Per sviluppare e sostenere questi interventi, nonché per intercettare l'utenza, sono state previste diverse azioni di coinvolgimento della comunità:

1) Sensibilizzazione: organizzazione di iniziative di aggregazione e socializzazione, rivolte anche a soggetti prossimi all'età pensionabile, così da promuovere l'invecchiamento attivo;
2) Reclutamento di nuovi volontari per immettere nel sistema di assistenza nuove opportunità per il supporto ai servizi professionali;
3) Comunicazione e *fundraising* per creare e alimentare il Fondo VCO (Verbano-Cusio-Ossola) Social, che cofinanzia gli interventi a favore della permanenza a domicilio; tutti i *partners* si sono impegnati a organizzare iniziative di raccolta fondi facendo confluire le risorse all'interno del Fondo.

Infine, nell'ambito del progetto è stato realizzato il 'Biscotto di Emma', in memoria di Emma Morano, vissuta a Verbania fino a 117 anni. Il biscotto è prodotto dalla Cooperativa Sociale Banda Biscotti, un laboratorio di pasticceria attivo presso la Casa Circondariale di Verbania per favorire il reinserimento lavorativo delle persone sottoposte a misure di giustizia. Il Biscotto di Emma ha lo scopo di 'allungare' la filiera della solidarietà in quanto il ricavato della vendita dei prodotti viene devoluto al Fondo VCO Social (Tidoli, 2017a).

Una applicazione dedicata consente di organizzare le attività e di registrarle: il volontario, dopo aver ricevuto l'appuntamento in agenda, si reca dall'utente. Avvia l'applicazione che lo geolocalizza come 'sul posto' e segnala con un *tap* l'avvio della sua prestazione. Quando conclude l'attività procede in modo analogo e trascrive nelle note quanto è accaduto e descrive le condizioni di salute e abitative della persona.

Questo sistema ha visto incrementare il numero delle registrazioni delle prestazioni erogate ma ha incontrato qualche resistenza da parte di alcuni volontari poco disponibili a voler conteggiare il tempo messo a disposizione.

8 Agency e relazioni con il sistema

▪ ***Principali attori ed eventuale leadership***

Il progetto è realizzato da una partnership di 23 attori che contribuiscono, in diverse modalità, al sistema di offerta del *welfare* territoriale. Il soggetto capofila è la Provincia del Verbano-Cusio-Ossola che gestisce i rapporti con la Fondazione Cariplo ed è responsabile delle attività di natura amministrativa. I tre Consorzi dei Servizi Sociali gestiscono le attività e gli interventi di natura socio-assistenziale nei tre territori mentre l'ASL VCO coordina l'erogazione dei Servizi Sanitari Domiciliari. Le RSA erogano sul territorio servizi residenziali e ambulatoriali di assistenza, mentre le organizzazioni di volontariato svolgono attività di supporto ai servizi professionali oltre che azioni di informazione della cittadinanza e potenziamento delle relazioni, anche a scopo di monitoraggio dell'utenza. Alla Fondazione VCO vengono convogliati i fondi raccolti anche grazie alla collaborazione delle Fondazioni Comunitarie Comunità Attiva (Cannobio) e Vita Vitalis.

Il progetto opera attraverso una 'cabina di regia' composta dai rappresentanti dei 23 partner coordinata da un *Project Manager* che si riunisce almeno ogni tre mesi per monitorare l'andamento del progetto, formulare decisioni di indirizzo generale, coordinamento/sviluppo delle attività e gestione del budget. Nel concreto il progetto è attuato a livello territoriale dal *Network Manager* e dal *Care Planner*, figure professionali coinvolte nelle attività di coordinamento e assistenza agli utenti.

▪ ***Relazioni con il sistema***

L'iniziativa parte in modalità sperimentale rispetto al contesto legislativo e programmatico territoriale e regionale, ma ha una regia pubblica e coinvolge gli attori istituzionali locali divenendo già al suo avvio parte del sistema di offerta.

▪ ***Cosa è rimasto del progetto***

Al momento di stesura di questa scheda il progetto è in corso anche se limitato, in alcune attività, dall'emergenza sanitaria connessa al Covid-19.

La rete e le risorse che costituiscono il Progetto *La Cura è di Casa* sembrano essere dinamiche e si muovono per garantire risorse utili a tenere in vita le iniziative che nascono nel territorio. Infatti, alcuni attori della *partnership* hanno attinto ad ulteriori finanziamenti per sviluppare e dare continuità al progetto:

- cinque partner hanno presentato un Progetto chiamato *WelComTech* con azioni integrative a *La Cura è di Casa* a valere sul bando Interreg Italia – Svizzera del Fondo Europeo di Sviluppo Regionale (FESR);
- quattro partner hanno presentato un progetto con azioni integrative a valere sulle risorse del Fondo Sociale Europeo (FSE) nell'ambito Programma WeCaRe. della Regione Piemonte. Il progetto è stato finanziato e attualmente in corso di realizzazione;
- otto *partners* hanno presentato un progetto con azioni integrative per il bando 'Intrecci' della Compagnia San Paolo. Il progetto è stato finanziato e attualmente in corso di realizzazione.

9 Risorse mobilitate (finanziarie, umane, organizzative, politiche)

▪ ***Risorse finanziarie***

Le risorse finanziarie superano i 2 milioni di euro e fanno riferimento a diverse fonti riportate nella seguente Tabella. La distribuzione riportata è verosimile ma indicativa, poiché al momento in cui scriviamo si stanno disponendo le rendicontazioni che permetteranno di individuare gli importi con maggiore precisione.

Tabella 1. Le risorse finanziarie.

Fonte	Euro	Incidenza %
Fondazione Cariplo	900.000	42,1
Cofinanziamento partner	170.000	8,0
Compartecipazione utenti	30.000	1,4
Finanziamenti pubblici	245.000	11,5
Fundraising	236.000	11,0
Altri progetti*	555.000	26,0
Totale	**2.136.000**	

Fonte: Ns. elaborazione su dati rilevati nel corso dell'intervista e riportati anche in Tidoli, 2019.
*Nota: *WeCaRe per circa 240.000 euro, WelComTech per circa 150.000 euro, 120.000 euro a valere sul bando InTreCCCi della Compagnia San Paolo.*

▪ ***Risorse umane, organizzative e politiche***

Il progetto coinvolge 126 operatori (otto *Network Managers*, 23 *Care Planners* e 54 operatori professionali) e 160 volontari.

L'ente pubblico ha costruito una ampia e articolata rete coinvolgendo attori privati per quanto riguarda l'attuazione e la raccolta di risorse che potrebbero essere utili a dare continuità finanziarie all'intervento.

10 Dimensioni innovative

▪ ***Soddisfazione di bisogni non coperti dal sistema di cura***

Il progetto eroga servizi a soggetti non in carico ai servizi sociali perché ancora autosufficienti ma privi di una rete di sostegno. L'intervento permette di intercettare preventivamente casi che in futuro potrebbero aggravarsi così da iniziare a strutturare una rete di relazioni (professionale e di volontari) in loro supporto e a costruire così un rapporto di fiducia.

▪ ***Modifica delle relazioni sociali/istituzionali tra anziani e altri attori***

Il progetto si propone di sviluppare nuove risorse relazionali a favore dell'utente, realizzando interventi che fanno leva su personale professionale e su volontari. Il progetto ha investito molto nel coinvolgimento delle associazioni dei volontari cercando anche di aumentare il numero degli aderenti. L'intervento dei volontari dovrebbe permettere di creare relazioni con gli anziani beneficiari utili ad instaurare un clima di fiducia con i servizi di cura e a prevenire/fronteggiare situazioni compromettenti sul piano sociale e sanitario.

▪ ***Empowerment/aumento della capacità di esprimersi e incidere***

Per le persone anziane, che hanno appena iniziato il periodo di quiescenza, il coinvolgimento nel progetto in qualità di volontario può essere un'occasione per ravvivare, o sviluppare ulteriormente, la capacità di incidere nella società e nelle relazioni.

11 Principali risultati dell'iniziativa

- Aumento del numero di volontari impegnati sul territorio e che hanno dato la disponibilità a partecipare al progetto;
- accresciuta visibilità della Fondazione VCO che ha svolto un importante ruolo di comunicazione/sensibilizzazione utile ad alimentare fiducia nel progetto e, più in generale, nel finanziamento di iniziative che hanno un radicamento territoriale.

12 Punti di forza e fattori di successo

▪ ***Punti di forza***

- Costruzione di una *partnership* del progetto molto estesa a tutti gli attori che potrebbero incidere nel campo di *policy*;
- Ruolo di alcune associazioni di volontariato nel convogliare e raccogliere la disponibilità da parte di associazioni più piccole a partecipare e sostenere il progetto.
- Una delle sfide lanciate dalla Fondazione Cariplo con il bando 'Welfare in Azione' è stata di stimolare il coinvolgimento della comunità locale per verificare la possibilità di attuare iniziative per il benessere del territorio di appartenenza. Questo avviene in due forme: 1) il 'Biscotto di Emma', iniziativa che offre ai detenuti la possibilità di partecipare ad un percorso di reinserimento sociale. Il 'Biscotto di Emma' collega tra loro componenti apparentemente lontane della comunità a favore del benessere del territorio allungando così la filiera della solidarietà; 2) i *partners* del progetto hanno creato, presso la Fondazione Comunitaria del VCO, il Fondo VCO Social che rappresenta lo strumento utile alla raccolta fondi e al versamento delle donazioni; le risorse raccolte vengono poi reimmesse nel sistema di cura per coprire parte dei costi di erogazione dei servizi.

▪ ***Fattori di successo***

- Il progetto è definito in modo molto dettagliato dal punto di vista organizzativo e ha goduto di un forte investimento nelle attività di coordinamento complessivo. Prima de *La Cura è di Casa* gli interventi facevano leva su diversi punti di erogazione dei servizi domiciliari gestiti dai Servizi Sociali dei Comuni attraverso-sub distretti sociali, coordinati dalle Assistenti Sociali, e residenziali, gestiti dalle Residenze Sanitarie per anziani. Il progetto ha diviso il territorio in otto aree coordinate da un *Network Manager* responsabile della raccolta e gestione del flusso delle richieste e della gestione della domanda di servizi. Questa novità organizzativa introdotta dal progetto gioca un ruolo cruciale nella gestione della presa in carico e del coordinamento degli interventi;
- il progetto ha favorito l'accesso ai processi decisionali di un numero elevato di soggetti, con caratteristiche e dimensioni molto diverse (associazioni, amministrazioni pubbliche, enti benefici, cooperative sociali) e questo, benché possa essere un fattore di complessità per il coordinamento complessivo, può essere riconosciuto come un promettente fattore per la costruzione e il consolidamento di una ampia rete di supporto dell'utenza;

- sviluppo e attuazione di una figura cardine nella gestione della presa in carico dell'utenza (*Network Manager*) e di coordinamento degli interventi (*Care Planner*).

13 Punti di debolezza e fattori di rischio

- I volontari sinora coinvolti hanno per lo più un'età superiore a 65 anni; si tratta di un elemento utile in prospettiva futura perché permette di conoscere i potenziali utenti dei prossimi anni ma, allo stesso tempo, è un punto di debolezza poiché il loro coinvolgimento nel progetto può essere solo a 'breve termine'; inoltre, in momenti come quello attuale di emergenza sanitaria sono essi stessi i soggetti a maggior rischio;
- definire una rete territoriale diffusa su un territorio molto disperso e capace di rispondere alle richieste quotidiane delle persone anziane implica poter contare su una forza di risorse umane (professionale e volontaria) numerosa e richiede impegno per le attività di coordinamento. Ciò implica la necessità di avere a disposizione dei volontari formati e motivati ma anche in grado di collaborare con i servizi. Si tratta di un lavoro che richiede molto impegno e non può essere lasciato alla semplice disponibilità delle persone (Tidoli, 2017a);
- il progetto si rivolge a persone che non beneficiano di SAD (Servizio di Assistenza Domiciliare) o ADI (Assistenza Domiciliare Integrata) e a rischio di non autosufficienza. Ci sono però altre persone che versano in condizioni più gravi di quelle prese in carico dal progetto ma che, in ragione delle limitate risorse a disposizione del SAD, e poiché non riescono a provvedere autonomamente nel mercato privato per indisponibilità di risorse, corrono il rischio di non essere seguite da alcun servizio;
- alcuni componenti della *partnership* hanno lavorato alla ricerca di finanziamenti integrativi, così da garantire una relativa continuità agli interventi ed anche la sperimentazione di alcune attività (es. tecnologie digitali nel Progetto *WelComTech*). Le risorse provenienti dal Fondo Social della Fondazione VCO e la compartecipazione da parte degli utenti sono due elementi importanti, ma probabilmente non sufficienti, per garantire la sostenibilità dell'intervento nel lungo periodo.

14 Potenziale in termini di policy: replicabilità e/o *up-scaling*

Il progetto, in ragione della sua propensione a coinvolgere diversi attori nella cura delle persone anziane, è stato classificato come particolarmente innovativo nell'ambito del *welfare* di comunità (Tidoli, 2017b). Poiché la *partnership* del progetto è particolarmente estesa e coinvolge i principali attori che insistono in questo ambito di *policy*, e poiché la struttura di implementazione sembra consolidata, potrebbe essere possibile e in modo agevole estendere allo stesso *target* anche altri servizi più specialistici oppure ampliare il *target* ad altri soggetti svantaggiati. In ragione di questi aspetti, il progetto esprime un buon potenziale in termini di replicabilità ed estensione.

Il problema della sostenibilità futura del progetto, e delle fonti di ulteriore finanziamento, è ben presente ai *partners* che si sono adoperati alla ricerca di ulteriori finanziamenti (Tidoli, 2019). Inoltre il partenariato ha sperimentato (dall'1 marzo 2019) una quota di compartecipazione a carico dei beneficiari (coloro che hanno un reddito corrispondente a più di 8.000 euro/anno in base all'ISEE). I segnali di questa sperimentazione sembrano incoraggianti poiché pochissime persone hanno rifiutato di sostenere economicamente i servizi ricevuti.

15 Fonti

- ***Riferimenti bibliografici e sul web***

Comuni-Italiani.it (2017) 'Provincia del Verbano-Cusio-Ossola'. Accessibile su: http://www.comuni-italiani.it/103/index.html. (Consultato: maggio 2020).

Gubert, E. (2019) 'Anziani fragili e gestione della quotidianità'[online]. *I luoghi della cura rivista online – Network Non Autosufficienza (NNA)*, 4(2019), 29 agosto 2019. Accessibile su: https://www.luoghicura.it/dati-e-tendenze/2019/08/anziani-fragili-e-gestione-della-quotidianita/. (Consultato: maggio 2020).

Provincia del Verbano-Cusio-Ossola (2020) 'Per il benessere delle persone anziane nel Verbano-Cusio-Ossola e nell'Alto Novarese' [website]. Accessibile su: https://www.lacuraedicasa.org/. (Consultato: maggio 2020).

Tidoli, R. (a cura di) (2019) 'La cura è di casa'…un anno dopo' [online], LombardiaSociale.it, 10 aprile 2019. Accessibile su: http://www.lombardiasociale.it/2019/04/10/la-cura-e-di-casaun-anno-dopo/. (Consultato: maggio 2020).

Tidoli, R. (a cura di) (2017a) 'Contrastare l'isolamento e il decadimento degli anziani: "La cura è di casa"' [online], LombardiaSociale.it, 6 novembre 2017. Accessibile su: http://www.lombardiasociale.it/2017/11/06/contrastare-lisolamento-decadimento-degli-anziani-la-cura-casa/?doing_wp_cron=1601891479.1602718830108642578125. (Consultato: maggio 2020).

Tidoli, R. (2017b) 'La domiciliarità', in NNA (Network Non Autosufficienza) (a cura di) *L'assistenza agli anziani non autosufficienti in Italia – 6° Rapporto - 2017/2018 – Il tempo delle risposte*, Maggioli Editore: Santarcangelo di Romagna, pp. 77-100.

- ***Interviste a testimoni privilegiati***

Bazzoni, Paola, Consorzio dei Servizi Sociali del Verbano, Verbania (VCO), intervista telefonica, aprile 2020.

Lo studio di caso è stato interamente rivisto da Giuliana Costa (Politecnico di Milano, Dipartimento di Architettura e Studi Urbani).

16 Data chiusura del caso studio

La ricostruzione e l'analisi critica del caso studio si sono conclusi a giugno 2020.

17 Contatti

Referente del progetto:

Paola Bazzoni, Project Manager, Consorzio dei Servizi Sociali del Verbano

e-mail: paola.bazzoni@proedo.it

18 Ringraziamenti

Si ringrazia il *Project Manager* del progetto *La Cura è di Casa*, Paola Bazzoni, per aver partecipato all'intervista telefonica nell'aprile 2020 e per aver risposto alle ulteriori domande dell'autore per e-mail nonché revisionato lo studio di caso in data 16 ottobre 2020.

1.2. Nuove tecnologie e domotica nell'abitazione

Guida alla lettura

di Sabrina Quattrini

La prevista ulteriore crescita della popolazione anziana nei prossimi 30 anni, durante i quali si passerà in Italia da una incidenza del 22,8% degli ultra-sessantacinquenni sul totale della popolazione ad una del 33,2%, avrà un impatto sull'evoluzione degli stili di vita e su molti settori dell'economia inclusa la cosiddetta *Silver Economy*, cioè l'economia che si basa sui bisogni e sui consumi della parte più anziana della popolazione e che comprende un grandissimo numero di industrie. Tra queste, un posto di primo piano è rappresentato dalle nuove tecnologie e dalla domotica nell'abitazione.

L'aumento dei bisogni assistenziali connessi all'invecchiamento produrrà molto probabilmente anche una crescente domanda di tecnologie assistive per la vita autonoma (AAL-Ambient Assisted Living), con componenti crescenti di ICT (Information & Comunication Tecnology/Tecnologie dell'Informazione e della Comunicazione) e di domotica al domicilio, per permettere di prolungare la durata della vita indipendente e incrementare il livello di sicurezza dell'ambiente domestico.

Le iniziative

Pacchetto Domotico Trentino e Progetto Gabriele (Provincia Autonoma di Trento, Comunità delle Giudicarie, Valle del Chiese) sono due progetti collegati tra loro: il primo, è un sistema di dispositivi per facilitare la vita indipendente delle persone più deboli; il secondo è un'azione innovativa volta a sperimentare soluzioni organizzative e tecnologiche per favorire l'integrazione tra coloro che vivono in zone svantaggiate e il resto del territorio. I dispositivi predisposti si dividono in due categorie: strumentazioni per la sicurezza fisica, utili a migliorare le condizioni di sicurezza dell'anziano all'interno del proprio alloggio (telesoccorso, segnalatori di gas, fumo, incendio, acqua, sensori per la rilevazione di cadute, segnalatore visivo del suono del telefono e del campanello d'ingresso) e strumentazioni per l'aiuto alla persona, finalizzate all'innalzamento del *comfort* abitativo delle persone anziane (porta blindata, videocitofono, tecnologie di supporto alle problematiche motorie e/o sanitarie dell'utente, sensori di controllo della temperatura dell'ambiente e dell'acqua calda).

ECARE (Elderly home CAre Residential Engagement – Coinvolgimento anziani a casa e in residenza) (comuni di Treviso, Pordenone, Belluno; città di Klagenfurt in Austria) mira al contrasto dell'isolamento sociale e delle difficoltà psicologiche, fisiche e relazionali delle persone anziane che vivono nella propria abitazione, con l'ausilio di tecnologie strumentali. Il modello di intervento si articola in azioni mirate da una parte all'attivazione/coinvolgimento delle comunità locali, di reti sociali virtuose (parenti, amici, vicini di casa, volontari e altri soggetti della comunità) e dall'altra a supportare la dotazione tecnologica strumentale a disposizione degli anziani.

Abitare Sicuri (Comune di Bolzano) ha messo a punto alcune tecnologie innovative di domotica a domicilio che attualmente hanno raggiunto un know-how tale da essere pronte al lancio sul mercato per la generalità della popolazione di Bolzano. Si tratta di sensori in grado di monitorare e gestire costantemente l'ambiente domestico e di rilevare eventuali situazioni di pericolo e le condizioni di salute e benessere dell'utente. Nel caso questi dispositivi rilevino situazioni anomale, viene inviato un segnale di allarme ai familiari, *caregivers* o operatori dei servizi che si occupano della persona anziana.

SCAMBIO (Solidarietà Con Anziani, Mamme, Bambini Insieme Oggi. Vecchi problemi da risolvere con pratiche innovative) (Comune di Melpignano in Provincia di Lecce) sviluppa un'applicazione digitale per *tablet* e *smartphone*, appositamente creata per le esigenze degli over65 ed in generale per le persone in difficoltà anche temporanea, oltre che per quelle dei *caregivers*, la quale individua con diversi colori i diversi bisogni e servizi. Grazie a questa applicazione risulta più

semplice e intuitivo richiedere assistenza immediata da parte delle persone anziane o in difficoltà ed è agevolato il lavoro degli operatori domiciliari. Parte del progetto è dedicata alla realizzazione di alcune soluzioni di domotica (sensori per l'inquinamento che avvertono in caso di fughe di gas; sensori di movimento e luce, che durante il passaggio da una camera ad un'altra si attivano automaticamente e illuminano la zona interessata; sensori per una temperatura e umidità ottimali).

SmartyourHome (Smart home for seniors/Case intelligenti per anziani) (Germania, Italia, Romania, Irlanda, Spagna) intende diffondere le conoscenze su tecnologie, dispositivi, servizi e applicazioni di casa intelligente a beneficio degli anziani e fornire un modello di apprendimento permanente attraverso una formazione specifica, che si avvale di corsi *online* sulle case intelligenti e sulle tecnologie *Smart Home*. Tra le raccomandazioni delineate per la messa a punto di tali corsi sono richieste semplicità, immediatezza, e progressività pedagogica, per superare la tendenziale diffidenza degli anziani verso la domotica.

WelComTech (Reti a sostegno dell'anziano) (Provincia Verbano Cusio-Ossola, Valle d'Aosta; Canton Ticino), è un'iniziativa per la realizzazione di dispositivi per favorire la permanenza dei soggetti *target* nei propri contesti di vita e prevede la messa a punto di: sistemi di monitoraggio delle abitudini di vita, sistemi di monitoraggio dei parametri clinici del paziente e percorsi di formazione dedicata da parte di tutor di comunità e di operatori dei servizi alla persona, finalizzati a facilitare il rapporto degli anziani con i servizi e a padroneggiare le tecnologie e gli ambienti di comunicazione a loro sostegno.

Il tipo di iniziativa, gli attori e i rapporti con il sistema

Quasi tutte le pratiche di questo gruppo sono caratterizzate da una scala di azione comunale (*ECARE*, *Abitare Sicuri*, *SCAMBIO*, *WelComTech*) o provinciale (*Pacchetto Domotico Trentino* e *Progetto Gabriele*). Solo uno (*Smartyourhome*) ha una scala di intervento internazionale.

In metà delle pratiche i soggetti attuatori e gestori sono partenariati transfrontalieri o internazionali (*ECARE*, *WelComTech*, *SmartyourHome*), in due pratiche sono enti locali provinciali o comunali (*Pacchetto Domotico Trentino* e *Progetto Gabriele*, *Abitare Sicuri*) e in un caso è una cooperativa.

Gran parte delle iniziative hanno un carattere legislativo o programmatico, finalizzato a individuare i bisogni degli anziani che vivono soli e a fornire adeguate risposte in termini di tecnologie. Infatti metà delle pratiche riguardanti nuove tecnologie e domotica nell'abitazione presentano un approccio dall'alto con finanziamento pubblico e un'azione di regia esercitata da Enti Pubblici territoriali (*Pacchetto Domotico Trentino* e *Progetto Gabriele*, *Abitare Sicuri*, *WelComTech*). L'altra metà delle pratiche seguono un modello sociale di organizzazione che parte dal basso, hanno un approccio di autogestione da parte di una cooperativa sociale (*SCAMBIO*) oppure da parte di un partenariato, ma sono, questi ultimi, integrati con il sistema pubblico, o attraverso il coinvolgimento diretto di enti locali (*ECARE*) o per via di un finanziamento pubblico europeo (*SmartyourHome*).

Le risorse mobilitate

Tutte le iniziative sono finanziate con fondi europei, spesso in cofinanziamento con altre fonti pubbliche degli enti locali e da parte dei partner a copertura delle risorse umane. Talvolta parte dei finanziamenti derivano da fonti private (*Abitare Sicuri*) o dall'organizzazione di cene e eventi sociali (*SCAMBIO*). In due casi è prevista una compartecipazione alla spesa da parte degli utenti per il comodato d'uso gratuito delle attrezzature installate nelle abitazioni (*Abitare Sicuri*) o per servizi di teleassistenza e di telesoccorso che sono fatti pagare agli utenti con redditi medio alti (*Pacchetto Domotico Trentino* e *Progetto Gabriele*).

In diverse pratiche sono state utilizzate risorse umane che afferiscono ai leader e ai partner di progetto oppure relative ai ricercatori, ai *care providers* agli *stakeholders* locali, alle istituzioni, alle

imprese, alle associazioni locali, alla rete di relazioni del volontariato e ad altri attori locali (*ECARE*, *Pacchetto Domotico Trentino e Progetto Gabriele*).

Gran parte dei finanziamenti, prevalentemente europei, sono serviti all'acquisizione o al noleggio delle attrezzature tecnologiche necessarie alle sperimentazioni o all'acquisizione della supervisione tecnologica (*Pacchetto Domotico Trentino* e *Progetto Gabriele*, *ECARE*, *Abitare Sicuri*, *SCAMBIO*).

Le dimensioni innovative

Tutte le iniziative riguardanti nuove tecnologie e domotica nell'abitazione identificano e mirano a soddisfare bisogni non coperti dal sistema di cura. Le soluzioni tecnologiche, oltre che rispondere a bisogni di sicurezza dell'ambiente domestico, monitoraggio a distanza delle condizioni di salute e benessere della persona anziana, rispondono talvolta anche al bisogno di momenti aggregativi e di scambio tra anziani e comunità locale (*ECARE*) e anche rispetto alle generazioni più giovani, attraverso le quali, ad esempio, l'App sviluppata nel progetto *SCAMBIO* è veicolata agli anziani, bisogni difficilmente coperti dall'attuale sistema di cure. Anche l'apprendimento e formazione continua degli utilizzatori dei corsi *online* con il supporto di *e-tutor* sviluppati all'interno di *SmartyourHome* per imparare ad utilizzare le nuove tecnologie e le case intelligenti, sono bisogni attualmente non coperti dal sistema di cura.

La maggior parte delle pratiche contribuiscono a modificare le relazioni sociali e istituzionali tra gli anziani e gli altri attori, nelle modalità proprie di ciascuno di essi: attraverso un coinvolgimento attivo dei soggetti interessati nell'espressione dei bisogni e attraverso un'attività di formazione all'uso delle nuove tecnologie dedicata (*Pacchetto Domotico Trentino* e del *Progetto Gabriele*); tramite la valorizzazione della rete degli *stakeholders* locali, dei *care providers* e dei volontari che rende consapevoli gli anziani di poter trovare supporto nella comunità stessa e attraverso la creazione e il consolidamento di legami sociali, grazie al supporto della dotazione tecnologica (*ECARE*); favorendo l'indipendenza, la sicurezza e la tranquillità degli anziani e della loro famiglia (*Abitare Sicuri*) attraverso le numerose occasioni di scambio, anche con i giovani che insegnano agli anziani come utilizzare la tecnologia (*SCAMBIO*); riducendo la dipendenza degli anziani dagli altri quando si tratta di utilizzare le nuove tecnologie sulle case intelligenti e permettendo loro di diventare protagonisti della creazione del proprio ambiente di vita domotico (S*martyourHome*).

La maggior parte delle pratiche permette di potenziare la capacità degli anziani di esprimersi e incidere sulla realtà, per la loro caratteristica comune di tendere a migliorare la comunicazione tra l'anziano e il proprio ambiente domestico e tra l'anziano e il contesto esterno, ivi compresi il sostegno alla socialità con le proprie reti informali e l'accesso ai servizi formali. Inoltre, diverse pratiche prevedono percorsi formativi che coinvolgono gli utenti anziani e che permettono loro di padroneggiare le nuove tecnologie diventando protagonisti della costruzione del proprio ambiente di vita domotico (*SmartyourHome*) e del processo di monitoraggio della propria salute (*Abitare Sicuri*). Grazie all'utilizzo delle tecnologie, che aumentano la capacità esprimersi, la socializzazione e, quindi, il potenziamento della sfera di azione degli anziani, permettono inoltre l'interazione in tempo reale con la comunità di appartenenza, anche rimanendo a casa propria.

Punti di forza/fattori di successo e punti di debolezza/fattori di rischio

I punti di forza e fattori di successo riscontrati nelle varie pratiche che riguardano applicazioni tecnologiche e domotiche installate presso il domicilio dell'anziano sono diversificati, in quanto collegati alle specifiche caratteristiche degli anziani e delle tecnologie implementate.

In metà delle pratiche un punto di forza è rappresentato dalla capacità di operare in rete delle istituzioni pubbliche locali e la capacità di integrare attività, servizi e soggetti diversi. Questo è certamente il caso del *Pacchetto Domotico Trentino* e del *Progetto Gabriele*, per il quale l'operatore pubblico ha predisposto un quadro normativo-programmatico chiaro ed efficace, con un suo adeguamento continuo, ma anche di *Abitare Sicuri*, in cui il fare rete tra persone, enti e aziende

per far funzionare il complesso sistema è stato fondamentale nella riuscita del progetto, e infine di *ECARE* nel quale la digitalizzazione delle comunicazioni e l'integrazione delle relazioni tra anziani, servizi e il loro circuito sociale, ha consentito un efficientamento dei servizi esistenti, in particolare quelli domiciliari, e l'integrazione tra l'erogazione istituzionale dei servizi sociali e il ruolo dei *caregivers* informali. Anche la forte azione di regia esercitata da parte dell'attore pubblico nel modello di governance messo in campo nel *Pacchetto Domotico Trentino* e *Progetto Gabriele* va sicuramente annoverata tra i punti di forza.

Un altro punto di forza da segnalare è la partecipazione gratuita dei beneficiari al progetto. Nel caso del *Pacchetto Domotico Trentino* e nel *Progetto Gabriele*, durante la fase sperimentale, i 'pacchetti domotici' sono stati offerti a tutti gli anziani, indipendentemente dal loro reddito, mentre in *Abitare Sicuri*, l'unica richiesta fatta agli utenti durante le sperimentazioni è stata di mettere a disposizione la corrente elettrica per alimentare le attrezzature.

Infine, in un'altra metà dei casi, va segnalata come rilevante fattore di successo la capacità dei progetti di coniugare la dimensione tecnologica con le dimensioni cognitive e relazionali degli utenti. Nel Progetto *SCAMBIO* la messa a disposizione di un'applicazione per *tablet* e *smartphone* (la App *SCAMBIO*) appositamente creata per le esigenze degli over65, oltre che per i *caregivers*, ha permesso la realizzazione di varie azioni di cittadinanza attiva e di coinvolgimento partecipato in una logica di prossimità e condivisione, anche intergenerazionale. Nel caso di *SmartyourHome* la predisposizione dei dispositivi digitali presso la casa degli anziani è stata accompagnata da un'azione per colmare le lacune conoscitive degli anziani, insegnando loro come gestire e usare le attrezzature installate. Nel caso di *WelComTech*, la possibilità di utilizzare le nuove tecnologie da parte dei beneficiari, anche in funzione preventiva, per tutelarsi e anticipare alcune problematiche e, allo stesso tempo, per garantirsi maggiori indipendenza e sicurezza, ha costituito un ulteriore punto di forza.

Tra i punti di debolezza e fattori di rischio si riscontra certamente la limitazione temporale di tutti gli interventi, che determina incertezza sulla sostenibilità a lungo termine delle pratiche, ma anche la loro limitazione territoriale ad alcune località, sebbene tutte le pratiche risultino replicabili in altri contesti.

La scarsa abilità digitale degli anziani, la diffidenza nei confronti dei dispositivi tecnologici e il timore per eventuali violazioni della propria *privacy* sono altri punti di debolezza generalizzati, che richiedono un'intensa azione di informazione e formazione: la prima, per far sì che le tecnologie vengano percepite come virtuose, di uso comune e alla portata di tutti, piuttosto che, costose, invasive e minacciose per la propria *privacy*; la seconda, affinché il cosiddetto *digital divide* sia superato attraverso la diffusione tra gli anziani – che in molti paesi e soprattutto in Italia, sono definiti 'primitivi digitali' – delle conoscenze sulle nuove tecnologie domotiche e sulle 'case intelligenti'.

Un ultimo, ma sostanziale, punto di debolezza riguarda le difficoltà di rendere sostenibile finanziariamente gli interventi nel tempo, fatto strettamente collegato alla commercializzazione dei dispositivi, finita la fase sperimentale. In altre parole, resta il problema di chi sosterrà i costi delle attrezzature al termine delle sperimentazioni della domotica nelle case intelligenti. Infatti, sebbene in tutte le sperimentazioni gli anziani abbiano beneficiato delle attrezzature a costo zero, una volta terminati i progetti c'è da chiedersi chi pagherà per le tecnologie domotiche e quali saranno i costi. A tal proposito, si segnala che solo nel progetto *Abitare Sicuri* è prevista una fase di lancio delle attrezzature messe a punto durante le varie sperimentazioni, per diffonderle a tutta la popolazione cittadina che le voglia installarle a casa propria, in cui è compresa la fornitura in comodato d'uso gratuito delle attrezzature domotiche anche dopo il termine del progetto, con costi di gestione limitati e calcolati in base ai diversi livelli di complessità (basso, medio, alto).

I sei casi studio

9. Pacchetto Domotico Trentino e Progetto Gabriele, *Antonella Sarlo*

10. ECARE, *Sabrina Quattrini*

11. Abitare Sicuri, *Sabrina Quattrini*

12. SCAMBIO, *Sabrina Quattrini*

13. SmartyourHome, *Sabrina Quattrini*

14. WelComTech, *Luigi Nava*

IN-AGE - INclusive AGEing in place
Laboratorio Politiche Sociali, Politecnico di Milano
Dipartimento Architettura e Territorio, Università Mediterranea di Reggio Calabria
Centro Ricerche Economico-Sociali per l'Invecchiamento, INRCA-IRCCS, Ancona

9 PACCHETTO DOMOTICO TRENTINO – PROGETTO GABRIELE

di Antonella Sarlo
Dipartimento Architettura e Territorio, Università Mediterranea di Reggio Calabria

1 Breve descrizione dell'iniziativa

Il *Pacchetto Domotico Trentino* e il Progetto *Gabriele* sono stati promossi dalla Provincia Autonoma di Trento e hanno perseguito più linee di azione. I progetti hanno avuto inizio nel 2004 e si sono conclusi nel 2007 trovando, negli anni successivi, ulteriori sviluppi. I 2 progetti sono strettamente correlati:

- il *Pacchetto Domotico* è un sistema di dispositivi per facilitare la vita indipendente delle persone più deboli, la cui installazione è stata finanziata dalla Provincia Autonoma (in toto o in parte) in tutto il territorio provinciale e poi in particolare nella Valle del Chiese;
- il Progetto *Gabriele*, attivato nell'ambito del progetto comunitario di Azioni Innovative 'Servizi per il miglioramento delle condizioni di vita nelle piccole comunità periferiche della Provincia autonoma di Trento' e applicato nella Valle del Chiese, è finalizzato a sperimentare soluzioni organizzative e tecnologiche per favorire l'integrazione, anche da parte di persone non esperte nell'utilizzo delle nuove tecnologie come gli anziani.

2 Luogo

ITALIA, Trentino Alto Adige, **Provincia Autonoma di Trento** (PAT), **Comunità delle Giudicarie, Valle del Chiese.**

3 Contesto territoriale

▪ ***Tipologia di area***

La Valle del Chiese fa parte della Comunità delle Giudicarie, costituita da 25 comuni. La popolazione residente al 2017 nell'intera comunità è pari a 37.335 abitanti, e nella Valle del Chiese è pari a 13.172 abitanti di cui il 22,7% ha un'età superiore ai 65 anni. L'indice di vecchiaia, nel 2016, è pari a 153,33 e il *trend* per l'intero territorio è in continua crescita. La percentuale di stranieri residenti sul totale della popolazione, sempre nel 2016, è molto bassa ed è pari all'1,3% (Piano Sociale della Comunità 2018-20 su dati ISPAT).

▪ ***Scala di azione***

Questa iniziativa promuove azioni che favoriscono la domiciliarità attraverso il miglioramento delle condizioni ambientali (eliminazione di barriere ed ostacoli) e l'uso di dispositivi domotici associati a sistemi di telecomunicazione.

▪ ***Range se 'azione di sistema'***

Il *Pacchetto Domotico Trentino* sperimentato nel territorio dell'intera Provincia di Trento e, in modo più articolato nella Valle del Chiese attraverso il finanziamento di un Azione Innovativa a valere sulla Programmazione Europea 2000-2006, si può considerare anche un'azione di sistema che la PAT ha promosso ancorandola saldamente ad un sistema normativo provinciale, alla costruzione di una rete ampia ed articolata di soggetti, alla promozione e sperimentazione di linee di lavoro innovative.

4 Tipologia dell'iniziativa e approccio

▪ ***Tipologia***

- Politica provinciale.
- Progetto finanziato dall'UE, dallo Stato e dalla Provincia Autonoma di Trento: Programma Regionale di Azioni Innovative intitolato 'Servizi per il miglioramento delle condizioni di vita nelle piccole comunità periferiche della Provincia autonoma di Trento' a valere sulla programmazione FESR 2000-2006.

▪ ***Soggetti attuatori***

L'organismo di gestione, così come indicato nell'Accordo di finanziamento contenuto nella Decisione della Commissione C (2003) 3367 del 17/09/2003 (di modifica della Decisione del 2001 n.4130) è il Servizio Rapporti Comunitari della Provincia Autonoma di Trento che si impegna a realizzare il programma sotto la sua responsabilità.

▪ ***Altri soggetti coinvolti (rete mobilitata dal progetto)***

Per l'attuazione di questa iniziativa la PAT ha promosso e costruito una rete molto ampia, caratterizzata da geometrie variabili, in relazione alle diverse linee del progetto. In particolare sono stati coinvolti nel processo di attuazione del progetto:

- Il Centro Universitario Edifici Intelligenti (CUnEdI) della Facoltà di Ingegneria dell'Università degli Studi di Trento che ha elaborato e pubblicato il 'Codice di pratica per la localizzazione di sistemi domotici'.
- L'Istituto Trentino per l'Edilizia Abitativa (ITEA) che ha coordinato la realizzazione di due unità mobili domotizzate, aventi finalità divulgativa e formativa, e ha promosso interventi di adeguamento di alloggi di edilizia pubblica.
- L'Istituto Regionale di Studi e Ricerche Sociali di Trento (IRSRS) che ha coordinato la sezione del progetto denominato *Casa@datta* (Adattare la casa alle esigenze dell'anziano con l'ausilio di tecnologie);
- l'Associazione Nazionale AeA, Abitare e Anziani che ha curato la pubblicazione divulgativa 'Manuale di domotica amica';
- l'Istituto Trentino di Cultura (IRST);
- l'Associazione Industriali;
- l'Azienda Provinciale per i Servizi Sanitari;
- il Comune di Trento;
- la Federazione Trentina Cooperative;
- l'Istituto Regionale di Studi e Ricerca Sociale;
- l'Associazione Artigiani;
- l'Opera Universitaria;
- il Comprensorio della Vallagarina (oggi 'Comunità di Valle' e soggetto deputato alla gestione dei servizi);
- il Distretto Sanitario Giudicarie e Rendena dell'Azienda Provinciale per i Servizi Sanitari (per i *progetti individualizzati sperimentali*);
- il Consorzio Iniziative e Sviluppo (per i *progetti individualizzati sperimentali*);
- l'Ospedale riabilitativo Villa Rosa (per i *progetti individualizzati sperimentali*).

▪ ***Fonti di finanziamento***

Le risorse finanziarie per la realizzazione del Programma sono di diversa natura:

- Fondo Europeo di Sviluppo Regionale (FESR);
- Fondo di rotazione statale ex lege n. 183/1987;
- Fondi della Provincia Autonoma di Trento.

▪ ***Approccio***

Il progetto è orientato ad una logica pubblica, anche se prevede un approccio di co-produzione nella fase attuativa e segue un modello sociale di organizzazione che coinvolge tutti gli attori potenzialmente interessati. Di particolare interesse il coinvolgimento del mondo universitario e di quello imprenditoriale.

▪ ***Target e beneficiari***

- Anziani ultresessantacinquenni.
- *Beneficiari nel periodo del Progetto:*
  - Finanziamento sul territorio provinciale di circa 913 richieste di installazione del *Pacchetto Domotico Trentino*.
  - Finanziamento di circa 80 domande di adeguamento domotico in Val di Chiese.
  - Adeguamento domotico di circa 20 alloggi di edilizia pubblica in Val di Chiese e di 40 nella Bassa Valsugana (ambito fuori progetto).

Progettazione e realizzazione di adeguamento ambientale e assistivo personalizzati in n. 3 alloggi.

5 L'iniziativa

▪ ***Ambito di intervento***

1. Pratiche innovative che riguardano la vita *in casa* dell'anziano.
1.2. Nuove tecnologie e domotica nell'abitazione.
1.3. Adattamento degli alloggi e accessibilità degli edifici.
3. Politiche e azioni innovative di sistema: regia, informazione, formazione.

▪ ***Obiettivi***

Questi progetti presentano due finalità principali:

- aumentare il grado di sicurezza e di autonomia della popolazione anziana che vive da sola nel proprio alloggio attraverso l'utilizzo delle tecnologie domotiche e di telecomunicazione;
- accrescere il grado di autonomia e di comfort abitativo di quella fascia di popolazione non più autosufficiente, compresi gli anziani, introducendo nell'abitazione una serie di dispositivi e ausili domotici.

6 Temporalità

▪ ***Le precondizioni***

- **1990** Legge Provinciale n. 16 'Interventi di edilizia abitativa a favore di persone anziane' che finanzia interventi di recupero edilizio e di adeguamento realizzati da persone con un'età superiore a 65 anni, o di età inferiore, ma affette da sindromi da invecchiamento precoce.
- **1991** Legge Provinciale n. 14 'Ordinamento dei servizi socio-assistenziali' introduce servizi finalizzati a garantire sicurezza alle persone che vivono sole e hanno ridotta autonomia, per assicurare un intervento tempestivo in caso di necessità e per assicurare un monitoraggio periodico con colloqui telefonici. Nasce il servizio di Telesoccorso – Telecontrollo e la centrale operativa viene posta nel Comprensorio della Vallagarina.

▪ ***Avvio e attuazione del progetto (2001-2007)***

- **2001** La Commissione Europea approva la proposta di Programma di Azioni Innovative 'Servizi per il miglioramento delle condizioni di vita nelle piccole comunità periferiche' presentata dalla Provincia Autonoma di Trento.
- **2002** Accordo di Programma sulla domotica sottoscritto da:
  - Provincia Autonoma di Trento;
  - Istituto Trentino per l'Edilizia Abitativa (ITEA, coordinatore);
  - Istituto Trentino di Cultura (IRST)
  - Associazione Industriali;
  - Azienda Provinciale per i Servizi Sanitari;

- Comune di Trento;
- Associazione Nazionale Abitare e Anziani (AeA);
- Federazione Trentina Cooperative;
- Istituto Regionale di Studi e Ricerca Sociale;
- Associazione Artigiani;
- Opera Universitaria.

- **2004** Finanziamento e avvio del Programma Azioni Innovative 'Servizi per il miglioramento delle condizioni di vita nella comunità periferiche' sperimentato in Val di Chiesse (Progetto *Gabriele*).
- **2004** Deliberazione della Giunta Provinciale n. 112 del 30 gennaio 2004 che aggiorna le disposizioni attuative della legge del 1990, introducendo il Titolo VI che prevede una specifica forma di agevolazione per interventi di domotica relativamente a due distinti 'pacchetti' (*Pacchetto Domotico Trentino*). La norma prevede inoltre l'introduzione di un iter amministrativo dedicato, più snello rispetto quello già in essere per i più consistenti interventi di risanamento e di adeguamento.
- **2004** Deliberazione della Giunta Provinciale n. 445 del 27 febbraio 2004 in cui si stabilisce l'adesione del Servizio edilizia abitativa al programma comunitario di Azioni innovative. L'atto di Giunta stabilisce di istituire una procedura speciale per l'erogazione dei contributi a favore dei soggetti anziani residenti nei comuni della Valle del Chiese, utilizzando le risorse messe a disposizione dal programma comunitario. Le strumentazioni oggetto di agevolazione sono rimaste quelle già previste per l'intero territorio provinciale, con la differenza che in questo caso la sperimentazione assume una forma più mirata.
- **2004** Determinazione del Dirigente Servizio edilizia abitativa n. 235 del 3 giugno 2004 in cui vengono fissati i requisiti tecnici e tecnologici che devono possedere le apparecchiature e gli ausili installati per poter aver diritto all'agevolazione.
- **2005** Le 'Cellule Abitative Integrate (CAI)' (misura specifica del Progetto *Gabriele*), vengono esposte e aperte al pubblico per la prima volta a Trento.
- **2005** Avvio della sperimentazione di adeguamento domotico.
- **2005** Il Comitato Direttivo del Programma di Azioni Innovative decide di estendere ad altre zone dell'Obiettivo 2 e in sostegno transitorio al territorio provinciale alcuni progetti pilota sperimentati nella Valle del Chiese.
- **2007** Deliberazione della Giunta Provinciale n. 1278 del 15 giugno 2007 in cui viene sancita la conclusione della sperimentazione, viene soppresso il Titolo VI integrato nella L. 16/90, rinviando ad un successivo provvedimento la riproposta dell'iniziativa nell'ambito delle attuali leggi di competenza del settore socio-assistenziale.

▪ ***Evoluzioni del progetto (dal 2008 ad oggi)***

- **2008-09** Sperimentazione nel Comprensorio Bassa Valsugana e Tesino del Progetto *Contact Centre*: connessione delle abitazioni di 10 anziani presi in carico dal servizio sociale con una centrale tecnologica, attraverso cui rilevare situazioni di pericolo all'interno dell'alloggio, erogare da remoto servizi a domicilio, fornire informazioni agli utenti.
- **2010** Firma di un 'Accordo obiettivo' (Deliberazione Giunta Provinciale n. 327) tra la Provincia Autonoma di Trento, la Fondazione Bruno Kessler, i Comprensori della Bassa Valsugana e Tesino e della Vallagarina per la realizzazione di un nuovo c*ontact centre* in grado di offrire maggiori servizi agli utenti (anziani e disabili).
- **2015** Viene lanciato il Progetto *AUSILIA* (*Assisted Unit for Simulating Independent Living Activities*), con l'obiettivo di ideare soluzioni personalizzate di supporto alla disabilità motoria e cognitiva, attraverso soluzioni avanzate di domotica.
- **2017** Legge della Provincia Autonoma di Trento 'Riforma del welfare anziani': Introduzione del Presidio interistituzionale 'Spazio argento' cui fa capo il servizio di telesoccorso e teleassistenza.

- **2018-20** Progetto di ricerca UE *CAPTAIN* (*Coach Assistent via Projected and TAngible Interface*) utilizza tecnologie avanzate che monitorano quanto accade nell'abitazione e intervengono, quando necessario, interagendo con la persona per un corretto svolgimento delle attività giornaliere. Collegato al Progetto *AUSILIA*.

7 Origine, radici, principali tappe del progetto

▪ ***Le origini e le radici***

Questi due progetti interconnessi trovano origine e motivazione nell'attenzione che la PAT ha sempre posto:

- sul sistema di *welfare* per le persone anziane;
- sulle potenzialità offerte dalla domotica e dall'innovazione tecnologica;
- sulla attivazione di progettualità sperimentali tese anche a costruire reti tra i diversi attori del territorio provinciale e non solo.

È nel 2001 che un forte elemento propulsivo si determina con l'approvazione da parte della Commissione Europea del Programma di Azioni Innovative 'Servizi per il miglioramento delle condizioni di vita nelle piccole comunità periferiche' presentato dalla Provincia Autonoma di Trento (PAT) nell'ambito della programmazione FESR 2000-2006.

A partire dall'approvazione dell'Azione innovativa la PAT si muove secondo due linee di azione:

- una strettamente connessa al progetto approvato e finanziato che verrà sperimentata nella Valle del Chiese (Progetto *Gabriele*);
- l'altra invece supportata da fondi provinciali destinata a tutto il territorio provinciale (*Pacchetto Domotico Trentino*) che, in un certo modo, anticiperà di poco la sperimentazione nella Valle del Chiese.

Il Progetto *Gabriele* predisposto proceduralmente nel 2001, finanziato e avviato nel 2004 e concluso nel 2007-08, prende le mosse dalla opportunità di avviare sperimentazioni nel settore dell'adeguamento degli alloggi di persone anziane, già prevista da un quadro normativo-programmatico preesistente che la PAT dal 2002 al 2004 aggiorna al fine di un'attuazione strutturata del progetto.

Punto di partenza è la Legge Provinciale n. 16 del 1990 'Interventi di edilizia abitativa a favore di persone anziane' che prevede finanziamenti per interventi di adeguamento edilizio (eliminazione barriere, ecc.) realizzati da persone di età superiore ai 65 anni affette da problemi di invecchiamento precoce. Sulla base di questa normativa e di un suo adeguamento alle nuove tecnologie, la PAT introduce, come vedremo, il *Pacchetto Domotico Trentino*, sperimentato sia nel territorio provinciale che nel comprensorio della Valle del Chiese con ulteriori integrazioni e specifiche sperimentazioni di un certo interesse.

▪ ***L'attuazione dei progetti: Pacchetto Domotico Trentino e Progetto Gabriele***

Il Pacchetto Domotico Trentino

Approvata l'Azione Innovativa, la PAT intraprende un'azione normativo-programmatica ai fini dell'attuazione del progetto, con l'approvazione di tre atti:

a) L'Accordo di Programma 'Sulla Domotica' finalizzato a promuovere la conoscenza e la diffusione dei nuovi sistemi domotici, siglato nel 2002 dalla PAT, dall'Istituto Trentino per l'Edilizia Abitativa (ITEA), dall'Istituto Regionale Trentino di Cultura (IRST), dall'Associazione Industriali, dall'Azienda Provinciale per i Servizi Sanitari, dal Comune di Trento, dall'Istituto Regionale di Studi e Ricerca Sociale, dall'Associazione Industriale, dall'Opera Universitaria e dall'Associazione Nazionale AeA.

b) la Deliberazione n. 112 del 30 gennaio 2004 che introduce nella legge del 1990 il Titolo VI 'Criteri e modalità per la concessione di agevolazioni a favore di privati per la realizzazione di interventi di domotica (tecnologie applicate alla casa)' in cui sono previste specifiche forme di agevolazione nel settore della domotica per l'installazione di due distinti 'pacchetti' relativi:

- alle *strumentazioni per la sicurezza fisica* (vedi Tabella 1) attraverso il finanziamento di una serie di tecnologie utili a migliorare le condizioni di sicurezza dell'anziano all'interno del proprio alloggio con un massimale di spesa pari a 3.200 euro e un contributo pari al 100%;
- alle *strumentazioni per l'aiuto alla persona* (vedi Tabella 2) attraverso il finanziamento di dispositivi e ausili finalizzati all'innalzamento del *comfort* abitativo delle persone anziane con un massimale di spesa pari a 9.000 euro di cui la PAT finanziava dall'80% al 100% in funzione della fascia di reddito del richiedente.

c) la Determinazione del Dirigente Servizio edilizia abitativa n. 235 del 3 giugno 2004 che fissa i requisiti tecnici e tecnologici delle apparecchiature e degli ausili installati ai fini dell'agevolazione.

Poste queste pre-condizioni normativo-programmatiche si avviano le due sperimentazioni: la prima (il *Pacchetto Domotico Trentino*) si sperimenta sull'intero territorio provinciale; la seconda invece che amplia il tema dei dispositivi domotici ad altre azioni sinergiche, si sperimenterà nella Valle del Chiese e verrà successivamente anche ampliata al comprensorio della Bassa Valsugana.

Il *Pacchetto Domotico Trentino* è quindi un sistema di dispositivi che la PAT ha selezionato per facilitare la vita indipendente delle persone più deboli. Al Pacchetto è collegato un servizio di call center che offre servizio di telesoccorso e di telecontrollo, ed è gestito dal Comprensorio della Vallagarina. Questo progetto è stato attuato non solo attraverso la concessione di contributi, ma anche attraverso un'attività di informazione e sensibilizzazione che ha seguito le seguenti linee:

- incontri con progettisti e installatori di impianti domotici;
- incontri informativi presso le sedi delle università della terza età;
- pubblicazione e diffusione di materiale informativo e tecnico, utile per poter comprendere i dispositivi e le modalità di agevolazione. Queste pubblicazioni verranno utilizzate anche nella sperimentazione nella Valle del Chiese.

L'erogazione di tali contributi viene interrotta dalla PAT nel 2007 con la rimozione del Titolo VI della Legge Provinciale n. 16 del 1990.

Tabella 1. Strumentazioni per la sicurezza fisica: tipologie, agevolazioni, massimali e beneficiari.

Strumentazioni per la sicurezza fisica	**Spesa prevista** (euro)	**Massimale spesa complessiva finanziabile** (euro)	**% contributo erogabile**	**Beneficiari**
1) Tecnologie comuni	2.220	**3.200**	**100%**	• Età superiore ai 65 anni; • proprietà o altro diritto reale sull'immobile; • reddito del nucleo familiare degli ultimi tre anni non superiore alle soglie fissate dalla PAT;
2) Telesoccorso	100			
3) Segnalatori di gas, fumo incendio, acqua	400			
4) Sensori per la rilevazione di cadute	100			
5) Avvisatore visivo del suono del telefono e della porta d'ingresso	400			

Fonte: Provincia Autonoma di Trento – Servizio Politiche Sociali e Abitative, 2004.

Tabella 2. Strumentazioni per l'aiuto alla persona: tipologie, agevolazioni, massimali e beneficiari.

Strumentazioni per l'aiuto alla persona	Spesa prevista (euro)	Massimale spesa complessiva finanziabile (euro)	% contributo erogabile	Beneficiari
1) Porta blindata	1.500	**9.000**	**Dall'80% al 100%**	• Età superiore ai 65 anni; • proprietà o altro diritto reale sull'immobile; • reddito del nucleo familiare degli ultimi tre anni non superiore alle soglie fissate dalla PAT; • prescrizione medica solo per la voce 3)
2) Videocitofono	1.400			
3) Tecnologie di supporto alle problematiche motorie e/o sanitarie dell'utente	5.500			
4) Sensore di controllo della temperatura ambiente e dell'acqua calda sanitaria	600			

Fonte: Provincia Autonoma di Trento – Servizio Politiche Sociali e Abitative, 2004.

Il Progetto Gabriele

La strategia di sviluppo proposta dalla PAT nell'Azione innovativa denominata Progetto *Gabriele*, è strettamente connessa al *Pacchetto Domotico Trentino* e all'adeguamento normativo-programmatico precedentemente descritto. Il progetto è strutturato in quattro azioni:

- Azione 1 – *Negozio virtuale ad accesso facilitato:* consiste nello studio e sperimentazione di uno strumento di interazione virtuale cliente/negozio, per l'utilizzo da parte degli anziani e delle fasce deboli della popolazione. L'azione si concretizza in un progetto pilota per lo studio, la realizzazione, la sperimentazione e la valutazione di questo modello interattivo. Finanziamento complessivo: 913.000 euro.
- Azione 2 – *TeleCentro per teleservizi*: costruzione di un centro di servizi telematici per l'accesso alla società dell'informazione da parte dei cittadini. Due i progetti pilota previsti: il TeleCentro di Servizi con funzioni duplici: struttura assistenziale a favore dei cittadini, ed in particolare degli anziani; centro servizi per lo sviluppo di nuove idee imprenditoriali. Finanziamento complessivo: 2.240.000 euro.
- Azione 3 – *Obiettivo anziano ben servito*: è finalizzata a migliorare le condizioni di vita dell'anziano attraverso un'azione di assistenza integrata strutture-territorio, che dovrebbe permettere la permanenza, il più possibile dignitosa, dell'anziano presso la propria abitazione (azioni nei servizi sanitari, progetto domotica, servizi di trasporto, servizi sociali). Finanziamento complessivo: 2.517.000 euro.
- Azione 4 – *Trasferibilità e trasferimento dei risultati e diffusione delle buone prassi.* Finanziamento complessivo: 150.000 euro.

Rispetto alle quattro azioni previste, ci soffermeremo sulla seconda *TeleCentro per teleservizi* e sulla terza, *Obiettivo anziano ben servito.*

L'azione 2 – TeleCentro per teleservizi

Questa azione è finalizzata al conseguimento di una migliore integrazione di alcuni servizi rivolti alle fasce deboli (anziani, disabili, ecc.) della popolazione residente nella Valle, attraverso la realizzazione di un centro di servizi telematici per l'accesso alla società dell'informazione. Il teleCentro è il nodo cruciale per l'organizzazione e la promozione delle attività dell'intero progetto, in quanto svolge servizi di orientamento, di sportello informativo, di raccolta e smistamento dell'utenza sui diversi servizi.
Il teleCentro, realizzato a Pieve di Bono e i 19 telesportelli territoriali dislocati in tutti i comuni e frazioni della Valle del Chiese, hanno avuto il compito:

- di avvicinare gli abitanti alle nuove tecnologie ed ai servizi da esse offerti, cercando di creare un incontro capillare sul territorio tra domanda e offerta di servizi,
- di sensibilizzare ed avvicinare l'utenza debole, attraverso specifiche attività, al mondo dell'informatica.

L'azione 3 – Anziano ben servito e il Progetto Domotico

Questa azione è articolata in molteplici progetti tutti finalizzati al miglioramento dei servizi offerti agli anziani attraverso l'innovazione dei modelli organizzativi e gestionali ed il potenziamento degli stessi con l'ausilio strumentale delle opportunità derivanti dalla società dell'informazione. In particolare i progetti sviluppati sono:

a) *Realizzazione della rete per il collegamento fra le strutture territoriali e sanitarie* nella Valle del Chiese, progetto questo attuato in collaborazione con l'Azienda Provinciale per i Servizi Sanitari di Trento, che ha previsto azioni volte a conseguire una maggiore comunicazione e interazione tra i medici di famiglia e quelli delle residenze sanitarie e assistenziali ai fini di una più incisiva gestione del percorso di cura del paziente ed inoltre procedure più semplici per l'accesso alle prestazioni sanitarie da parte dei cittadini.

b) *Elastibus-miglioramento dei servizi di trasporto*: realizzazione di un servizio pubblico locale a chiamata, finalizzato a potenziare l'offerta esistente soprattutto nelle fasce orarie meno coperte.

c) *Progetto Domotico*, costituito da molte attività è finalizzato a permettere la permanenza dell'anziano nella propria abitazione, sia attraverso applicativi domotici e i connessi servizi di teleassistenza e di telecontrollo, che di adeguamento degli alloggi. Questo progetto è caratterizzato da un'attività molto complessa, sia di ricerca che di sperimentazione che si può articolare nelle fasi seguenti:

   - *la prima fase* è stata finalizzata alla *sensibilizzazione, formazione e informazione* il più possibile capillare sia dell'utenza che degli installatori e dei progettisti (progetto di comunicazione);
   - *la seconda fase*, direttamente connessa alla precedente e propedeutica alla successiva, è stata finalizzata alla progettazione e realizzazione di 2 abitazioni minime prototipo mobili, le c.d. 'Cellule Abitative Integrate';
   - *la terza fase*, denominata Progetto *casa@adatta* è stata finalizzata alla progettazione e sperimentazione (interventi pilota) di un modello di intervento personalizzato e integrato tra anziani e nuove tecnologie;
   - *la quarta fase* è stata finalizzata all'*installazione di strumentazione domotica* in alloggi di *edilizia* abitativa *pubblica* (gestito da ITEA) abitati da persone ultrasessantacinquenni.

d) *Progetto di comunicazione* che si è mosso su tre percorsi: i) il primo destinato agli utenti anziani e alle loro famiglie; ii) il secondo destinato ai progettisti, alle imprese e agli installatori; iii) il terzo, di natura sperimentale, applicativa e dimostrativa, costituisce un'azione specifica del progetto finalizzato alla realizzazione delle 'Cellule Abitative Integrate' mobili. Il progetto di comunicazione per gli anziani e le loro famiglie è stato attuato secondo due tipologie di intervento:

- la prima finalizzata alla *sensibilizzazione dell'utenza* si è dispiegata attraverso le seguenti azioni:
  - seminari sulle nuove tecnologie applicate all'abitazione per accrescere la sicurezza, l'autonomia e la qualità della vita della persona anziana;
  - campagna di comunicazione/informazione sul territorio promossa in modo capillare con la finalità di raggiungere il maggior numero di anziani.
- la seconda, finalizzata ad attività di *orientamento ed assistenza*, è stata attuata attraverso le seguenti iniziative:
  - organizzazione di incontri, presso i principali circoli anziani della Valle del Chiese con la partecipazione del Servizio Edilizia Abitativa, dell'Istituto Regionale di Studi e Ricerche Sociali, del personale del Comprensorio delle Giudicarie e del Telecentro di riferimento territoriale, finalizzati a spiegare l'iter amministrativo per l'erogazione dei contributi, e anche ad esaminare casi concreti;
  - realizzazione, attraverso il conferimento di un incarico all'Associazione AeA di Roma, di una breve pubblicazione informativa, il 'Manuale di domotica amica', dove venivano illustrate con semplicità: le possibilità di finanziamento, il funzionamento dei vari dispositivi e le modalità di manutenzione.

Il percorso dedicato ai *progettisti, agli installatori e alle imprese*, si è attuato attraverso due tipologie di azione:

- la prima finalizzata all'informazione e sensibilizzazione è stata condotta nell'intero territorio provinciale, e non solo nella Valle del Chiese, e si è concretizzata in una serie di seminari e in un Workshop conclusivo dal titolo 'La domotica tra imprese e mercato', tenutosi presso l'Associazione Artigiani di Trento nel 2005;
- la seconda finalizzata alla pubblicazione di una guida tecnica - il 'Codice di Pratica per la localizzazione di sistemi domotici' - destinata agli operatori del settore e realizzata dal Centro Universitario Edifici Intelligenti (CUnEdI) della Facoltà di Ingegneria dell'Università degli Studi di Trento.

Una fase particolarmente interessante del progetto è quella relativa alla realizzazione di due abitazioni minime prototipo mobili, le c.d. 'Cellule Abitative Integrate' che, realizzate dall'Istituto Trentino per l'Edilizia Abitativa (progetto architettonico: M. Rossaro, V. Barbacovi, M. Vanella), hanno consentito di poter dare un'ampia visibilità alle potenzialità offerte dalle nuove tecnologie, soprattutto nei confronti dell'utenza anziana, massimizzando le azioni di comunicazione e sensibilizzazione sui temi della domotica e dell'accessibilità. Nelle 'Cellule Abitative Integrate' sono inseriti arredi e sussidi tecnologici di supporto alla tutela della sicurezza personale (*safety*) e della sicurezza antintrusione (*security*). Delle due 'Cellule':

- una è totalmente domotizzata ed ha scopo dimostrativo (vedi Figure 1 e 2);
- l'altra invece è un *alloggio-scuola* per chi ha subito una disabilità e vuole essere un momento di passaggio tra la fine della ospedalizzazione e il ritorno a casa finalizzato ad attrezzare l'abitazione secondo le esigenze specifiche della persona, verificate anche dall'équipe socio-sanitaria.

La realizzazione delle 'Cellule Abitative Integrate' ha comportato un costo di 166.000 euro (per l'allestimento di entrambe le unità). Il progetto è stato elaborato dal gruppo di lavoro nominato dall'Accordo Volontario sulla Domotica del 2002 e coordinato dall'ITEA; la realizzazione è stata curata dalla 'Domoticsistem' di Rovereto; la prima esposizione e apertura al pubblico si è tenuta in piazza Dante a Trento dal 1 al 9 dicembre 2005.

Direttamente connesso al precedente è il Progetto *casa@datta* che, previsto nella terza fase del progetto, prende in esame il tema della domotica e del telecare con l'intento di sperimentare e valutare nuove e migliori soluzioni di applicazioni tecnologiche all'abitazione e ai servizi, in un'ottica di promozione della domiciliarità e della vita indipendente a fronte di bisogni specifici di assistenza sociale e sanitaria (Provincia Autonoma di Trento-Servizio Politiche Sociali e abitative, 2007). Il progetto è finalizzato sia a promuovere l'installazione del *Pacchetto Domotico* negli

alloggi di persone anziane della Valle del Chiese che a realizzare un numero ristretto di progetti individualizzati sperimentali, basati su una stretta integrazione tra componenti sanitarie, sociali, abitative, tecnologiche e bisogni e preferenze personali di persone anziane con specifiche esigenze (Provincia Autonoma di Trento-Servizio Politiche Sociali e abitative, 2007). Nel 2004, con deliberazione della Giunta Provinciale n. 445 del 27 febbraio (adesione al progetto del Servizio edilizia abitativa) viene stabilito di istituire una procedura più snella per l'erogazione dei contributi del *Pacchetto Domotico* a favore dei soggetti anziani residenti nei comuni della Valle del Chiese, utilizzando le risorse messe a disposizione dal programma comunitario e le strumentazioni già previste per l'intero territorio provinciale, in un quadro però di iniziative correlate più ampio.

Figura 1. Vista della Cellula Abitativa Integrata.
Fonte: Edilizia popolare, 2007:193.

Figura 2. Pianta della Cellula Abitativa Integrata.
Fonte: Provincia Autonoma di Trento-Servizio Politiche sociali e abitative, 2007: 15.

L'azione relativa ai progetti individualizzati viene coordinata dall'Istituto Regionale di Studi e ricerca Sociale (IRSRS) di Trento e coinvolge numerosi enti e soggetti già partecipanti al Progetto *Gabriele*; per la parte sperimentale vengono coinvolti in modo diretto:

- il Distretto Sanitario Giudicarie e Rendena dell'Azienda Provinciale per i Servizi Sanitari;
- il Comprensorio delle Giudicarie;
- l'Istituto Trentino Edilizia Abitativa, che ha gestito l'attuazione delle opere presso gli alloggi degli anziani;
- il Centro Universitario Edifici Intelligenti dell'Università degli Studi di Trento che ha seguito la progettazione e le soluzioni domotiche adottate;
- il Consorzio Iniziative e Sviluppo;
- l'Ospedale riabilitativo Villa Rosa.

Il metodo sperimentato si basa su un «approccio integrato tra componenti e fattori socio-sanitari (servizi sociali e sanitari, reti familiari, assistenti domiciliari, ecc.), abitativi e tecnologici (abitazione, dispositivi, apparecchiature, strumenti, ecc.) e bisogni e preferenze personali degli utenti» (Frattari et. al., 2009:21).

Le fasi attraverso cui si è sperimentato tale approccio sono:

- acquisizione delle informazioni utili al progetto attraverso fonti documentarie diverse (diagnosi mediche e prescrizioni cliniche, documenti di analisi e valutazione relative all'ambito sociale, indicazioni sull'analisi delle attività, dei ritmi e delle routine domestiche, planimetrie dell'abitazione e documentazioni fotografiche);
- integrazione delle informazioni raccolte attraverso visite a domicilio, osservazioni dirette, dimostrazioni e interviste qualitative con il coinvolgimento diretto dei progettisti e la partecipazione collaborativa degli utilizzatori finali;
- rielaborazione del materiale raccolto da un'*équipe* di lavoro che identificava una persona di mediazione e riferimento tra l'utente e l'équipe dei progettisti/ricercatori (*case manager*).

Da una rosa di 30 potenziali beneficiari, segnalati da servizi sociali e sanitari, ne sono stati selezionati cinque, l'applicazione progettuale è stata condotta sia livello ambientale (eliminazione di barriere ed ostacoli) che assistivo con la domotica (controlli automatici, illuminazione automatica, ecc.) ed è stata poi portata a termine solo per tre alloggi. Gli interventi realizzati si sono basati sulla ricerca di soluzioni progettuali personalizzate e per ciascun alloggio è stato predisposto un progetto articolato nelle diverse unità ambientali interne (camera letto, cucina, bagno, percorsi interni, ecc.) esterne (ingresso, collegamenti verticali, ecc.).

Infine un'azione specifica, affidata all'ITEA ha riguardato l'installazione di strumentazioni domotiche presso gli alloggi di edilizia pubblica abitatiti da almeno un soggetto ultrasessantacinquenne ubicati nei comuni della Valle del Chiese. Complessivamente in 20 alloggi è stato installato il pacchetto domotico previsto dalla normativa e il medesimo intervento è stato replicato in alloggi di edilizia pubblica abitati da almeno un soggetto ultrasessantacinquenne siti nei comuni Obiettivo 2 della Bassa Valsugana e del Tesino. Complessivamente sono stati installati 60 pacchetti domotici.

▪ ***Repliche del progetto e sue ricadute successive***

Alcune azioni del progetto come quelle relative alla realizzazione della rete per il collegamento fra le strutture territoriali e sanitarie, visto l'interesse manifestato dalla popolazione, sono state replicate nei comuni della Bassa Valsugana e del Tesino che presentavano le stesse difficoltà della Valle del Chiese sia da un punto di vista dei caratteri territoriali che dei servizi.

Viene inoltre sperimentato, sempre nel Comprensorio Bassa Valsugana e Tesino il Progetto *Contact Centre*: connessione delle abitazioni di 10 anziani presi in carico dal servizio sociale con una centrale tecnologica, attraverso cui rilevare situazioni di pericolo all'interno dell'alloggio; erogazione da remoto di servizi a domicilio; erogazione di informazioni agli utenti.

Le varie attività di progetto hanno poi fornito, come vedremo più avanti, alla PAT utili indicatori circa l'opportunità di sviluppare ulteriormente l'innovazione tecnologica in un contesto di rinnovamento e modernizzazione del welfare trentino.

8 Agency e relazioni con il sistema

▪ ***Principali attori ed eventuale leadership***

I due progetti considerati sono caratterizzati da una forte progettualità, leadership e capacità di coordinamento della Provincia Autonoma di Trento. Da evidenziare che la PAT è riuscita a creare una rete molto ampia per l'attuazione del progetto, coinvolgendo i diversi attori potenzialmente interessati e attuando anche azioni specificatamente dedicate di informazione/sensibilizzazione e formazione.

▪ ***Relazioni con il sistema***

L'iniziativa è inserita in contesto legislativo di riferimento che viene adeguato per consentire un'attuazione regolamentata ed è inoltre promossa in una programmazione ordinaria anche se di natura sperimentale (azione innovativa).

▪ ***Cosa è rimasto del progetto***

Il progetto si è concluso nel 2007-08, ad oggi è ancora attivo il servizio 'Elastibus' e sono inoltre attivi, modernizzati e ampliati i servizi di teleassistenza e di telesoccorso. Inoltre le sperimentazioni sull'adeguamento domotico degli alloggi sono proseguite con nuovi progetti e finanziamenti.

9 Risorse mobilitate (finanziarie, umane, organizzative, politiche)

▪ ***Risorse finanziarie***

Le risorse finanziarie a disposizione per la realizzazione del Programma di Azioni innovative ammontano a 6.000.000 di euro. La Commissione Europea ha concesso l'ammontare massimo di cofinanziamento stabilito nell'importo di *3.000.000* di euro, a valere sul Fondo Europeo di Sviluppo

Regionale ed a questo si affiancano ulteriori *2.100.000* euro provenienti dal Fondo di Rotazione Statale ex lege n. 183/1987 e *900.000* euro dal bilancio della Provincia Autonoma di Trento.

Il servizio di teleassistenza e di telesoccorso è reso a pagamento. Il costo a carico dell'utente è determinato con una quota giornaliera stabilita in base al reddito del nucleo familiare, mentre è gratuito per utenti con reddito uguale o inferiore al minimo vitale.

▪ ***Risorse umane, organizzative e politiche***

Il progetto ha avuto un forte coordinamento pubblico ed ha coinvolto una rete molto ampia di altre istituzioni, imprese e associazioni. Per l'attuazione del progetto è stato istituito un 'Comitato direttivo' dove sedevano i rappresentanti di tutti i soggetti coinvolti ed inoltre per le singole attività è stato individuato un soggetto coordinatore.

10 Dimensioni innovative

▪ ***Soddisfazione di bisogni non coperti dal sistema di cura***

Il progetto si muove sulla linea della sperimentazione, razionalizzazione e innovazione del sistema di cura provinciale, cercando di coprire attraverso l'utilizzo delle nuove tecnologie e/o di servizi dedicati (trasporto) i bisogni delle persone fragili in contesti periferici.

▪ ***Modifica delle relazioni sociali/istituzionali tra anziani e altri attori***

Il progetto contribuisce a modificare le relazioni tra gli attori del sistema provinciale e locale e tra questi e gli anziani attraverso un coinvolgimento dei soggetti interessati nell'espressione dei bisogni e anche attraverso un'attività di formazione all'uso delle nuove tecnologie specificatamente dedicata.

▪ ***Empowerment/aumento della capacità di esprimersi e incidere***

L'erogazione e installazione di pacchetti domotici tarati rispetto alle esigenze, la informazione/formazione per il loro utilizzo potenziano le capacità di esprimersi delle persone anziane e anche la loro capacità di utilizzazione di nuove tecnologie.

11 Principali risultati dell'iniziativa

- Percezione di maggiore sicurezza da parte delle persone anziane che hanno installato le dotazioni domotiche;
- sensibilizzazione e informazione sulle opportunità offerte dalla domotica nell'intero territorio provinciale;
- sensibilizzazione delle imprese sulle potenzialità offerte da questo settore;
- avvio di azioni sinergiche con gli altri attori del territorio provinciale (Università, ITEA, Distretti Sanitari, ecc.).

12 Punti di forza e fattori di successo

▪ ***Punti di forza***

- Predisposizione di un quadro normativo-programmatico chiaro ed efficace e suo adeguamento laddove ritenuto necessario;
- sorte regia da parte dell'attore pubblico;
- creazione di una rete ampia di attori;
- sperimentazione e sviluppo di pacchetti di domotica rivolti a tutti gli anziani, indipendentemente dal reddito;
- adeguamento continuo del quadro normativo.

▪ ***Fattori di successo***

- Capacità delle istituzioni pubbliche locali di operare in rete, agevolata da una cultura della collaborazione interistituzionale;
- promozione e organizzazione di un'attività di comunicazione capillare e chiara.

13 Punti di debolezza e fattori di rischio

- La dotazione di 'Pacchetti domotici' negli alloggi delle persone anziane è stata finanziata da un'azione innovativa e da fondi della PAT, queste facilitazioni sono state rimosse nel 2007 (data di conclusione del progetto).
- Difficoltà di rendere sostenibile finanziariamente il progetto nel tempo.
- Il servizio ancora attivo e ulteriormente modernizzato di Telesoccorso e Teleassistenza è fornito a pagamento anche se in relazione al reddito.

14 Potenziale in termini di policy: replicabilità e/o *up-scaling*

Il progetto è stato replicato in un altro contesto provinciale, la Bassa Valsugana, ed ha inoltre consentito per tutto il territorio provinciale la dotazione e il rinnovamento del servizio di Teleassistenza e di telesoccorso.

Le varie attività di progetto hanno poi suggerito alla PAT di sviluppare ulteriormente l'innovazione tecnologica in un contesto di rinnovamento e modernizzazione del *welfare* trentino. Tra le politiche promosse in questo settore si richiamano per la relazione che hanno con i progetti descritti:

- Il potenziamento e la *modernizzazione dei servizi di teleassistenza e di telecontrollo*; il call center di telesoccorso e di telecontrollo fino al 2009 è stato utilizzato da oltre 1.300 utenti, in larga misura anziani che vivono in carico ai servizi socio-assistenziali. Dal 2010 è stato avviato, dalla PAT insieme alla Fondazione Bruno Kessler e ai comprensori Bassa Valsugana e Tesino e Vallagarina, un progetto per la realizzazione di un nuovo c*ontact centre* in grado di offrire maggiori servizi agli utenti e di coinvolgere circa 3.000 anziani e disabili. Nel 2017 con l'approvazione della Legge della Provincia Autonoma di Trento 'Riforma del welfare anziani', viene istituito il Presidio interistituzionale 'Spazio argento' che coordina tutti i servizi per gli anziani compreso il servizio di telesoccorso e teleassistenza attivo nel territorio provinciale.
- La necessità di rafforzare le sinergie che si erano create con alcuni attori del Progetto *Gabriele* sulle potenzialità della domotica per innalzare la qualità della vita delle persone fragili. A tal fine, nel 2015, viene finanziato dalla PAT il Progetto *AUSILIA* (Assisted Unit for Simulating Independent Living Activities), con l'obiettivo di ideare soluzioni personalizzate di supporto alla disabilità motoria e cognitiva, attraverso soluzioni avanzate di domotica in uno spazio di sperimentazione in cui innovazione tecnologica ed esperienza sanitaria si uniscono per costruire e monitorare la progettazione personalizzata di soluzioni domotico-assistenziali per anziani e persone con disabilità. Al Progetto *AUSILIA* si collega il recentissimo Progetto di ricerca finanziato dall'UE *CAPTAIN* (Coach Assistent via Projected and TAngible Interface) che utilizza tecnologie avanzate che monitorano quanto accade nell'abitazione e intervengono, quando necessario, interagendo con la persona per un corretto svolgimento delle attività giornaliere.

15 Fonti

▪ ***Riferimenti bibliografici e sul web***

Abitare e Anziani (a cura di) (2005) *Manuale di domotica amica* [online]. Giunta della Provincia Autonoma di Trento-Servizio Rapporti comunitari. Accessibile su: http://www.informa.provincia.tn.it/pubblicazioni_pat/pagina178.html. (Consultato: gennaio 2020).

Commissione Europea (2003) 'Decisione C (2003) 3367 Recante modifica della decisione C (2001) 4130 del 18/12/2001 che approva la concessione di un contributo del Fondo Europeo di sviluppo regionale a favore del Programma regionale di Azioni Innovative intitolato "Servizi per il miglioramento delle condizioni di vita nelle piccole comunità periferiche" nella Provincia Autonoma di Trento in Italia'. Bruxelles, 17 settembre 2003.

Comunità delle Giudicarie (2017) *Piano Sociale della Comunità 2018-2020* [online]. Ufficio di Piano del Servizio socio-assistenziale. Accessibile su:

https://www.comunitadellegiudicarie.it/Tematiche/Servizi-sociali/Piano-Sociale-di-Comunita/Piano-sociale-di-comunita. (Consultato: gennaio 2020).

Frattari, A. (2005) *Codice di pratica per la localizzazione di servizi domotici* [online]. Giunta della Provincia Autonoma di Trento. Accessibile su: http://www.informa.provincia.tn.it/pubblicazioni_pat/pagina174.html. (Consultato: gennaio 2020).

Frattari, A., Dalprà, M., Chiogna, M. (2015) *La casa intelligente per l'utenza debole. Casi di studio ed esempi di buone prassi.* Maggioli: Rimini.

Provincia Autonoma di Trento (2005) *Programma di Azioni Innovative-Servizi per il miglioramento delle condizioni di vita nelle piccole comunità periferiche, Situazione aggiornata a giugno 2005 e prospettive operative* [online]. Accessibile su: http://www.europa.provincia.tn.it/programmazione_2000_2006/Azioni_Innovative/pagina25.html. (Consultato: febbraio 2020).

Provincia Autonoma di Trento (2004) *Financial Plan* [online]. Accessibile su: http://www.europa.provincia.tn.it/programmazione_2000_2006/Azioni_Innovative/. (Consultato: febbraio 2020).

Provincia Autonoma di Trento – Servizio Politiche Sociali e Abitative (2007) *Dal pacchetto domotico trentino all'e-welf@re* [online]. Centro Duplicazioni della Provincia Autonoma di Trento. Accessibile su: http://www.trentinosociale.it/index.php/Approfondimenti/Documenti-pubblicazioni/Pubblicazioni/Dal-Pacchetto-domotico-all-e-welfare. (Consultato: gennaio 2020).

Provincia Autonoma di Trento – Servizio Politiche Sociali e Abitative (2004) *L.P. 18.6.1990, n. 16 - interventi di edilizia abitativa agevolata in favore di persone anziane - modifica della deliberazione n. 7946 dd. 21.6.1991 e s.m. e i. avente ad oggetto le disposizioni per l'attuazione degli interventi previsti dalla legge citata*. Deliberazione della Giunta Provinciale 30 gennaio 2004 n. 112. Accessibile su: https://www.consiglio.provincia.tn.it/leggi-e-archivi/codice-provinciale/Pages/legge.aspx?uid=11136. (Consultato: febbraio 2020).

Robecchi Defant, E. (2007) 'Domotica amica. Nuove proposte nell'ambito dell'edilizia Abitativa', *Edilizia popolare*, 279-280-281, Fondazione Piero Portaluppi: Milano, pp. 192-95.

16 Data chiusura del caso studio

La ricostruzione e l'analisi critica del caso studio si sono conclusi nel giugno 2020.

IN-AGE - INclusive AGEing in place
Laboratorio Politiche Sociali, Politecnico di Milano
Dipartimento Architettura e Territorio, Università Mediterranea di Reggio Calabria
Centro Ricerche Economico-Sociali per l'Invecchiamento, INRCA-IRCCS, Ancona

10 ECARE – Elderly home CAre Residential Engagement Coinvolgimento anziani a casa e in residenza

di Sabrina Quattrini
Centro Ricerche Economico-Sociali per l'Invecchiamento, INRCA-IRCCS, Ancona.

1 Breve descrizione dell'iniziativa

Il Progetto *ECARE*, finanziato nell'ambito del Programma di cooperazione territoriale Interreg Italia-Austria – European Regional Development Found (ERDF) 2014-20 (Interreg Italia-Osterreich, senza data), mira a contrastare l'isolamento sociale e le difficoltà incontrate dalle persone anziane che vivono al proprio domicilio, tramite la sperimentazione di un modo innovativo di mettersi in rete grazie alla tecnologia, che permette di ridurre l'isolamento sociale e consente il monitoraggio da remoto delle condizioni di salute e degli stili di vita dei soggetti coinvolti. L'obiettivo di inclusione sociale previsto da *ECARE* per le persone anziane passa attraverso: il coinvolgimento della comunità e più in particolare delle figure di riferimento per il benessere della persona anziana (vicini, amici, parenti, ecc.); la creazione di nuove relazioni e interessi comuni (Zanutto and Tuis, 2019). Inoltre si intende fare leva sulla prevenzione della fragilità, l'efficientamento dei servizi esistenti, in particolare domiciliari, e sull'auspicabile integrazione tra l'erogazione istituzionale dei servizi sociali e il ruolo dei *caregivers* informali, seguendo due strade principali:

- l'attivazione e il coinvolgimento di comunità locali e di reti sociali virtuose;
- il supporto della dotazione tecnologica strumentale.

2 Luogo

ITALIA, Regione Veneto, **Comune di Treviso**; Regione Friuli-Venezia Giulia, **Comuni di Pordenone e Belluno**. AUSTRIA, **Città di Klagenfurt.**

3 Contesto territoriale

▪ ***Tipologia di area***

Nel 2016 il Comune di Treviso presenta i seguenti dati (Comuni-Italiani.it, 2019a):

- la popolazione residente è pari a 83.950 abitanti con una dinamica di crescita che fa registrare, tra il 2001 e il 2016, un incremento pari al 4,7%;
- è il terzo comune (> 5.000) con l'età media più alta (46,6) nella Provincia di Treviso;
- la popolazione con più di 65 anni di età rappresenta il 25,8% del totale e l'indice di vecchiaia è pari al 207,4%;
- la percentuale di stranieri residenti sul totale della popolazione è pari al 13,1%;
- è il terzo comune con reddito medio pro capite più alto (19.824 euro) nella Regione Veneto.

Nel 2016 il Comune di Pordenone presenta i seguenti dati (Comuni-Italiani.it, 2019b):

- la popolazione residente è pari a 51.139 abitanti con una dinamica di crescita che fa registrare, tra il 2001 e il 2016, un incremento pari al 4%;
- è il secondo comune (> 5.000) con l'età media più alta (46,2) nella Provincia di Pordenone;
- la popolazione con più di 65 anni di età rappresenta il 25% del totale e l'indice di vecchiaia è pari al 194,2%;
- la percentuale di stranieri residenti sul totale della popolazione è pari al 13,7%;

- è il comune con reddito medio pro capite più alto (18.397 euro) nella Provincia di Pordenone.

Nel 2016 il Comune di Belluno presenta i seguenti dati (Comuni-Italiani.it, 2019c):

- la popolazione residente è pari a 35.876 abitanti con una dinamica di crescita che fa registrare, tra il 2001 e il 2016, un incremento pari al 2,3%;
- è il terzo comune (> 5.000) con l'età media più alta (46,9) nella Provincia di Belluno;
- la popolazione con più di 65 anni di età rappresenta il 26% del totale e l'indice di vecchiaia è pari 218,8%;
- la percentuale di stranieri residenti sul totale della popolazione è pari al 7,3%;
- ha un reddito medio pro capite annuo di 18.805 euro.

Klagenfurt, Città della Carinzia, localizzata nel sud dell'Austria, nel 2018 ha una popolazione residente pari a 100.316 abitanti con una densità di 835,2/kmq (Hdjtkg, 2019).

▪ ***Scala di azione***

La scala di azione comprende l'abitazione, il quartiere, il comune.

4 Tipologia dell'iniziativa e approccio

▪ ***Tipologia***

Progetto finanziato da *ente pubblico*: Unione Europea (UE).

▪ ***Soggetti attuatori***

Il soggetto attuatore è l'ISRAA, una IPAB con 600 dipendenti. L'Ente assiste 850 anziani presso quattro strutture, 32 mini alloggi per persone autonome, due centri diurni. Segue inoltre 300 adulti e anziani a domicilio, su incarico del Comune di Treviso, e anche 500 anziani affetti da demenza sempre a domicilio nell'ambito del Progetto *Rete Alzheimer* finanziato dall'ULSS 2 – Marca Trevigiana (Azienda Unità Locale Socio Sanitaria).

Partners del progetto

Il progetto è guidato da un partenariato transfrontaliero, coordinato dall'Istituto per Servizi di Ricovero e Assistenza agli Anziani (ISRAA) di Treviso che include:

- Azienda Pubblica Servizi alla Persona 'Umberto I', un ente, sorto nel 1895 e partecipato dal Comune di Pordenone. Sviluppa politiche di accoglienza alle persone anziane non autosufficienti nella comunità, gestendo tre strutture residenziali: la Casa per Anziani 'Umberto I', 'Casa Serena' e il Centro Sociale di Torre;
- SerSA (Azienda Servizi Sociali Assistenziali srl) di Belluno, che gestisce servizi socio-assistenziali ed ha come fine primario la cura, l'assistenza ed il recupero funzionale delle persone anziane, in condizioni di autosufficienza e di non autosufficienza. SerSA elabora e propone progetti formativi e culturali indirizzati anche al territorio a favore dell'anziano. Attiva anche ogni forma di assistenza in accordo con gli organismi competenti, organizzata presso le strutture o a domicilio. La Società si rapporta, inoltre, con tutte le realtà sociali esistenti sul territorio quali le cooperative sociali, le organizzazioni no profit, il volontariato organizzato;
- Università di Klagenfurt (UK), leader nella formazione accademica in Carinzia, rappresenta un riferimento cruciale per l'acquisizione, scambio e trasferimento di conoscenza in tutta la regione Alpe Adria ed è un importante centro culturale regionale. Questa istituzione pone al centro del suo operato l'apertura e il rispetto verso la diversità. All'interno del progetto ha funzioni di consulenza.

▪ ***Altri soggetti coinvolti (rete mobilitata dal progetto)***

- Comuni di Treviso, Belluno e Pordenone.
- Città di Klagenfurt.
- Aziende di servizi socio-assistenziali/alla persona (care providers).
- Associazioni locali.
- Volontariato.

- Famiglia/vicinato/comunità locale.
- Attori locali: negozianti, parrocchie, farmacie.

▪ ***Fonti di finanziamento***

Progetto finanziato nell'ambito del Programma di cooperazione territoriale Interreg Italia-Austria – European Regional Development Found (ERDF) 2014-20.

▪ ***Approccio***

Il progetto segue un modello sociale di organizzazione che parte dal basso, ha un approccio di autogestione da parte dei *partners* di progetto, ma è orientato ad una logica di stato o pubblica, nel momento in cui coinvolge i servizi sociali e assistenziali erogati da enti pubblici.

▪ ***Target e beneficiari***

- *Target:* anziani ultrasessantacinquenni.
- *Beneficiari:* 166 persone ultrasessantacinquenni che vivono nella propria abitazione, a rischio di isolamento sociale e delle conseguenti difficoltà psicologiche, fisiche e relazionali. La distribuzione dei partecipanti per territorio geografico è la seguente: 80 a Treviso (48%), 50 a Belluno (30%), 16 a Pordenone (10%), 20 a Klagenfurt (12%).

La numerosità del *target* è stata limitata dal numero di apparecchiature *hardware* (*tablet* e *smartwatch*) disponibili (Telebelluno, 2017).

5 L'iniziativa

▪ ***Ambito di intervento***

1. Pratiche innovative che riguardano la vita *in casa* dell'anziano.
1.1. Servizi innovativi a domicilio.
1.2. Nuove tecnologie e domotica nell'abitazione.
2. Pratiche innovative che riguardano la vita *fuori casa* degli anziani.
2.1. Servizi innovativi per facilitare la socializzazione.

▪ ***Obiettivi***

Gli obiettivi generali dell'iniziativa sono quelli di aumentare o prolungare l'autonomia dell'anziano che invecchia a casa propria, migliorarne la qualità della vita e contrastarne l'isolamento. Il progetto mira a realizzare e validare un modello di intervento finalizzato a ridurre l'isolamento e la percezione di solitudine in persone anziane che vivono sole o in aree geograficamente isolate. Il modello *ECARE* rientra nella categoria dei *community-based interventions*, in quanto vuole promuovere il benessere e l'indipendenza nelle persone anziane ed isolate attraverso l'animazione di una rete sociale di pari e la creazione di nuove connessioni e della comunità. Tramite l'utilizzo di strumenti digitali come *tablet* e *smartwatch ECARE* mira a alimentare la partecipazione delle persone, offrendo un mezzo per sostenere ed approfondire virtualmente le relazioni sociali create di persona. Il modello fa leva anche sull'attivazione dei *caregivers* informali e sul coinvolgimento dei pari e dei volontari nel proporre e condividere iniziative ed attività di socialità basate su interessi e tematiche comuni.

Gli obiettivi specifici sono:

- migliorare la qualità di vita dei cittadini anziani che vivono a domicilio e in contesti di *housing* sociale, determinando una riduzione dei costi di erogazione dei servizi socio-sanitari di cui sono fruitori;
- apportare miglioramenti allo stile di vita degli anziani, curando in particolare l'alimentazione, l'attività fisica, la stimolazione cognitiva e sensoriale (Consorzio ECARE, 2020a);
- sviluppare strumenti per analizzare e affrontare l'impatto sui servizi sociali e sanitari dell'aumento dell'età media della popolazione residente nelle aree del programma, dovuto da una parte all'allungamento della speranza di vita e alla diminuzione delle nascite, e dall'altra all'abbandono dei territori da parte di segmenti di popolazione con età media più bassa rispetto a chi rimane;

- aumentare l'inclusione sociale per le persone anziane che intendono apprendere come migliorare il proprio stile di vita, al fine di mantenersi relazionati e sani nel tempo attraverso l'uso delle tecnologie mobili (es. 'Butler-Tablet', sensori, misuratori *Bluetooth* dei parametri vitali, *smartwatch*). Il tutto mediato dai servizi socio-sanitari che localmente possono farsi carico di una protezione a distanza, attraverso il monitoraggio delle condizioni di salute degli anziani coinvolti.

6 Temporalità

La sperimentazione si è avviata nel gennaio del 2018 e si è conclusa ad agosto 2020.

Il progetto è organizzato in sette *Work Packages* (WPs) che riguardano le funzioni tipiche del *project management* e la creazione di modelli di implementazione, con particolare attenzione sia alla metodologia sia al disegno di strumenti operativi. Nel dettaglio i WPs sono i seguenti:

WP1 – *Project management*.
WP2 – Attività di comunicazione.
WP3 – Realizzazione del *toolkit* per il coinvolgimento della comunità.
WP4 – Realizzazione del *toolkit* per il reclutamento e la formazione dei volontari.
WP5 – Formazione sull'utilizzo ICT (tecnologie dell'informazione e della comunicazione).
WP6 – Svolgimento delle attività nei siti pilota.
WP7 – Valutazione dell'impatto del progetto.

Il progetto (nei WP3 e WP4) prevede anche la realizzazione di una serie di *toolkit* dedicati all'adozione del modello da altre istituzioni che lo riterranno benefico per la loro situazione; questi *toolkit* comprenderanno la metodologia per l'*engagement* di comunità e per la formazione dei professionisti e dei volontari di progetto.

La sperimentazione sui siti pilota, è stata avviata con 11 mesi di ritardo, cioè a ottobre 2019 invece che a novembre 2018, a causa di problemi con la strumentazione tecnologica e la relativa consegna.

L'analisi dei dati sia provenienti dai questionari, sia dalle caratteristiche d'uso dei dispositivi tecnologici (frequenza, funzioni più utilizzate, ecc.), è stata effettuata dall'Università di Klagenfurt, all'interno di un *report*.

I *partners* hanno messo a punto un *handbook* che offre una panoramica sul Progetto *ECARE*, dai suoi presupposti teorici e metodologici sino alla sua implementazione ed illustra tutte le fasi, i *milestones*, i modelli, gli strumenti e i manuali che sono stati messi a punto all'interno dello stesso (Consorzio ECARE, 2020b).

Il progetto, esaurita la fase di valutazione del suo impatto, si è concluso ad agosto 2020.

7 Origine, radici, principali tappe del progetto

- ***Le origini e le radici***

ECARE è nato nel 2018 per affrontare la sfida data dall'invecchiamento della popolazione in Italia e in Austria, che, secondo le proiezioni, toccherà il suo apice nel 2043 portando il numero di anziani con più di 65 anni al 32% della popolazione. Si è tenuto in considerazione anche il crescente isolamento sociale dato dal fatto che già oggi il 30% delle persone con più di 75 anni vivono da sole, cui va aggiunto il rischio di fragilità delle condizioni di salute dovuto all'adozione di stili di vita inadeguati, ad abitudini alimentari e di movimento che possono condurre a compromissioni funzionali crescenti se non gestite per tempo.

Il progetto si colloca nel quadro di una riflessione più ampia che riguarda sia l'andamento demografico in complesso e l'impatto della popolazione *senior* rispetto a quella complessiva, sia la capacità dei singoli territori di assorbire/gestire l'eventuale istituzionalizzazione delle persone anziane.

L'attuale offerta di servizi sociali, assistenziali e sanitari per la popolazione anziana non è sostenibile nel medio e lungo termine dal sistema di finanza pubblica in entrambi i Paesi inclusi nel progetto (Italia e Austria). Attraverso lo sviluppo di un modello di assistenza ad alto grado di

digitalizzazione, il Progetto *ECARE* propone strumenti che consentano alla popolazione anziana di vivere il più a lungo possibile in autonomia nella propria abitazione, riducendo fenomeni di isolamento sociale (Consorzio ECARE, 2020c), e che permettano di affrontare l'impatto dell'aumento dell'età media della popolazione sui servizi sociali e sanitari – aumento dovuto da una parte, all'allungamento della speranza di vita e alla diminuzione delle nascite e, dall'altra, all'abbandono dei territori da parte di segmenti di popolazione con età media più bassa rispetto a chi rimane.

▪ ***Principali tappe del progetto***

L'attivazione e il potenziamento della rete sociale delle persone anziane (familiari, amici, vicini, volontari e altri soggetti della comunità) si combinano con un'opera più generale di sensibilizzazione e mobilitazione del territorio e con la creazione di nuove relazioni e interessi comuni.
Per il conseguimento dell'obiettivo di inclusione sociale sono attuate operativamente le seguenti azioni/fasi:

- Reperimento e formazione di cittadini disponibili a diventare volontari a sostegno degli anziani, e con il compito di coinvolgere i diversi attori locali (negozianti, parrocchie, farmacie e altri soggetti) nella segnalazione degli anziani a rischio di solitudine, da invitare agli incontri previsti dal progetto per promuovere la socialità e l'aggregazione (Zanutto and Tuis, 2019).
- Effettuazione di interviste agli anziani partecipanti al progetto, prima di cominciare la fase di formazione, per indagare: situazione abitativa, autonomia nel far fronte alla gestione della vita quotidiana, attività svolte nel tempo libero, stato di salute e di benessere. Esito del questionario è la profilazione di ogni intervistato e una mappatura di comunità, attraverso le quale poter selezionare i cittadini che rientrano nei parametri definiti in termini di fragilità e isolamento sociale.
- Creazione di gruppi di incontro in presenza con gli anziani, all'interno dei quali svolgere le attività di formazione, promuovere l'adozione di uno stile di vita sano, potenziare/mantenere le capacità cognitive, emotive, fisiche e sociali (Zanutto and Tuis, 2019).
- Coinvolgimento e valorizzazione delle comunità locali. In particolare, viene implementata una metodologia di intervento di comunità basata su azioni mirate nelle quali i vicini, gli amici e i familiari di anziani soli possono partecipare a momenti pubblici di socializzazione/partecipazione a gruppi di discussione tematici (ad esempio sulla salute e sugli stili di vita sani) animati da un professionista socio-sanitario, o in alternativa, svolgere anche attività di movimento, o partecipare ad uscite di stampo culturale proposte dagli attori culturali locali, anche declinate in versione *online* all'interno di un portale dedicato agli anziani inclusi nel progetto (Zanutto and Tuis, 2019).

Il supporto della tecnologia si attiva tramite un sistema di applicazioni digitali e di supporti hardware – *tablet, smartwatch, smartphone* e altri dispositivi per l'auto-rilevazione di alcuni parametri sanitari (bilancia, misuratori di pressione e di glicemia) – forniti dal progetto, che consentono un collegamento intelligente fra la persona anziana e le persone appartenenti alla sua comunità. Questi sistemi tecnologici offrono l'opportunità di monitorare in maniera continuativa e migliorare lo stile di vita delle persone anziane coinvolte nel progetto e di costruire una rete sociale di contatti preferenziali (centri servizi, i partner di progetto, il vicinato, i familiari, i volontari), con cui condividere contenuti e comunicazioni *online*, all'interno di apposite *chat room* moderate dai *care manager* afferenti ai centri servizi, previo download da parte delle persone che rientrano nel network dell'anziano di un'apposita App sul proprio *smartphone* (Zanutto, 2019). Per consentire un corretto uso ti tali dispositivi e tecnologie, si effettuano sessioni di apprendimento delle necessarie competenze digitali.

Per i dispositivi hardware forniti agli anziani, il progetto ha potuto usufruire di *tablet* già disponibili; il *software* invece è stato messo a punto da una società austriaca.
Operativamente, il *tablet* o lo *smartphone* forniti ad ogni partecipante possono attivare tre funzioni principali:

- sistema di allarme per richiesta di assistenza rivolta alla lista di persone individuate dall'anziano: il sistema continua a chiamare in sequenza i numeri di telefono dei soggetti della rete fino a che uno di essi risponde al telefono;

- chiamata/videochiamata non per urgenze alla rete di persone che si trova nella rubrica telefonica dell'anziano che vivono nello stesso territorio.
- geolocalizzazione dell'anziano effettuata con *smartphone*.

8 Agency e relazioni con il sistema

▪ ***Principali attori ed eventuale leadership***

Il progetto è implementato da un consorzio guidato dall'Istituto per Servizi di Ricovero ed Assistenza agli Anziani (ISRAA) di Treviso e dai *partners* associati.

▪ ***Relazioni con il sistema***

Iniziativa autonoma, collegata al sistema, in quanto attuata con il coinvolgimento delle istituzioni locali.

▪ ***Cosa è rimasto del progetto***

Il *team* di ISRAA ha effettuato il *training* ai cittadini e coordinato lo scambio di opinioni con i partecipanti, utile per le preziose indicazioni, ma anche per le critiche costruttive che ne sono emerse. Il tutto in un'ottica di progetto condiviso e compartecipato.

9 Risorse mobilitate (finanziarie, umane, organizzative, politiche)

▪ ***Risorse finanziarie***

Il progetto è stato finanziato su bando 2017 Interreg V-A Italia-Austria, come segue:

- sostegno finanziario dell'UE FESR: 675.168,19 euro;
- sostegno finanziario nazionale: 102.186,79 euro.

Il *budget* complessivo di progetto è pari a 810.864,78 euro.

▪ ***Risorse umane, organizzative e politiche***

Le risorse umane sono rappresentate dalla rete informale degli anziani (che costituiscono una rete di sostegno dal basso e non professionale), dai *care providers*, dagli *stakeholders* locali (interpellati per effettuare un'analisi preliminare dei bisogni degli anziani residenti sul territorio comunale, per individuare zone/quartieri a maggior rischio di isolamento, incluse alcune zone delle zone centrali), dalle municipalità di residenza dei cittadini, dalle associazioni locali, dalla rete di relazioni del volontariato, e da vari attori locali (negozianti, parrocchie, farmacie). Le risorse organizzative sono quelle messe in campo dal consorzio e dai *partners* associati sopra elencati.

10 Dimensioni innovative

La principale dimensione innovativa di *ECARE* è quella di coniugare la tecnologia attuale con una popolazione anziana che spesso non ha le conoscenze adeguate a utilizzarla. Questo per favorire la socializzazione, la creazione e/o il consolidamento di legami sociali *peer to peer*. Questo tipo di relazioni si basano anche su una logica di auto-mutuo aiuto spontaneo ed auto organizzato, che non prevede un diretto coinvolgimento di enti pubblici o privati di assistenza ma che fa leva (grazie al supporto della dotazione tecnologica) sul capitale sociale (anche potenziale e non ancora sviluppato) degli individui partecipanti.

Un ulteriore elemento di innovazione risiede nella digitalizzazione dei processi assistenziali che permettono l'attivazione di risposte di cura personalizzate e in tempo reale (Consorzio ECARE, 2020c).

▪ ***Soddisfazione di bisogni non coperti dal sistema di cura***

Il modello di intervento di *ECARE* soddisfa il bisogno di momenti aggregativi e di scambio tra anziani e comunità locale (vicini di casa, amici, parenti), difficilmente coperti dall'attuale sistema di cure. Offre inoltre attività di formazione e stimolo per l'adozione di uno stile di vita sano. Infine, la digitalizzazione dei processi di assistenza e di gestione delle relazioni, consente l'attivazione di

risposte personalizzate anche attraverso la co-progettazione degli interventi con l'utente, che ne diventa soggetto attivo (Consorzio ECARE, 2020b: 14).

▪ ***Modifica delle relazioni sociali/istituzionali tra anziani e altri attori***

«L'implementazione di un modello di *engagement* della comunità fondato sulla valorizzazione della rete degli *stakeholder* locali, aggregati e connessi con i *care providers*» (Consorzio ECARE, 2020c), volontari, e anziani, rende consapevoli questi ultimi di non essere soli e di poter trovare supporto nella comunità.

▪ ***Empowerment/aumento della capacità di esprimersi e incidere***

Il progetto predisporne percorsi di accompagnamento all'invecchiamento capaci di sostenere l'*empowerment* dei cittadini, affinché possano gestire al meglio la propria salute e le proprie relazioni con il contesto sociale in cui vivono. Inoltre, valorizza il ruolo svolto da i *care providers* (fornitori di servizi socio-assistenziali) esistenti sul territorio, che localmente possono farsi carico di una protezione a distanza, quali aggregatori di bisogni e fornitori di risposte di cura dei senior fragili e realizza al contempo percorsi formativi finalizzati al potenziamento e mantenimento delle capacità cognitivo-emotive, fisiche e sociali degli anziani. Inoltre, questi ultimi, grazie all'utilizzo della tecnologia (es. *tablet, smartwatch*) sono connessi e interagiscono in tempo reale con la comunità di appartenenza, anche rimanendo a casa propria.

11 Principali risultati dell'iniziativa

ECARE contribuisce alla creazione di una rete innovativa di relazioni tra istituzioni pubbliche quali Municipalità, *care providers*, aziende di servizi dedicate all'assistenza di persone anziane. Tale rete si strutturerà anche successivamente al ciclo di progetto per definire un gruppo permanente a supporto dei soggetti che, nei territori afferenti all'area di cooperazione territoriale, intenderanno migliorare i servizi sociali erogati a favore degli anziani fragili.

Grazie al coordinamento attuato da i *care providers*, e supportato dalle municipalità di residenza dei cittadini, e grazie ai contatti e alla rete di relazioni con gli *stakeholders* locali di cui il volontariato dispone, si realizzano azioni di coinvolgimento delle persone maggiormente isolate.

A ciò si affiancano momenti di formazione degli anziani, volti a fornire loro conoscenze e competenze sia per migliorare le abitudini alimentari, di movimento e di socialità, e sia per utilizzare alcune tecnologie e applicazioni informatiche che permettono di rimanere in contatto, condividere contenuti e comunicazioni con le persone significative della propria rete e con i servizi presenti nel territorio, attraverso un'App scaricabile sul proprio *smartphone* da parte di chi vorrà partecipare al progetto In tal modo, partendo da una facilitazione delle dinamiche sociali *de visu* si aggiungono momenti di vita *online*.

Sono previste inoltre: una valutazione dei risultati tramite indicatori dello stato di salute e della qualità della vita; un'analisi costi/benefici per valutare quale sia la riduzione della spesa per la produzione di servizi sociali e sanitari conseguente all'adozione del modello sviluppato dal progetto (Zanutto and Tuis, 2019). In relazione allo studio della qualità della vita, saranno esaminati i seguenti aspetti: mobilità, contatti sociali, situazione sanitaria, situazione finanziaria, possibilità di accesso alle informazioni ed alle offerte di assistenza, in particolare a prestazioni private e di assistenza volontaria.

12 Punti di forza e fattori di successo

▪ ***Punti di forza***

- Utilizzo di un «sistema di applicazioni digitali a basso costo disponibili sul mercato fra i quali uno smartwatch, che consente un collegamento intelligente fra la persona anziana e le persone appartenenti alla sua comunità» (ASP Umberto I, 2019).
- Insieme a questo collegamento, la piattaforma consente di monitorare il miglioramento dello stile di vita nelle sue diverse componenti e soprattutto la capacità di conseguirlo in maniera continuativa, individuando un percorso di miglioramento continuo.
- Utilizzo degli interventi di comunità a sostegno e potenziamento dell'attività di assistenza domiciliare, mediante la valorizzazione della rete sociale delle persone anziane, quali vicini,

familiari, amici e altri cittadini che abitano nei contesti di vita degli anziani isolati. In sostanza si attuano *community-based interventions*, accompagnati dalla digitalizzazione delle comunicazioni e relazioni tra anziani, servizi e circuito sociale.
- Personalizzazione dell'approccio e del modello di *training*, sui bisogni formativi del gruppo *target* (Consorzio ECARE, 2020b: 13).

▪ ***Fattori di successo***

- Coinvolgimento di associazioni locali, attive e presenti sul territorio, e di associazioni di volontariato fin dalle prime fasi di progetto, che ha permesso di intercettare con maggiore efficacia persone che possono trarre il maggior beneficio possibile dalle attività di progetto.
- Possibilità di attuare azioni volte alla prevenzione e al contenimento della fragilità.
- Efficientamento dei servizi esistenti, specie quelli domiciliari.
- Integrazione tra servizi formali e prestazioni informali, proprie dei *caregivers* (Consorzio ECARE, 2020c).

13 Punti di debolezza e fattori di rischio

- Sostenibilità a lungo termine del progetto, che richiede l'elaborazione di un *business model*, che permetta di mantenere una compatibilità delle attività con le spese da sostenere.
- Utilizzo da parte degli anziani di dispositivi tecnologici che, sebbene largamente diffusi, sono per loro completamente nuovi o poco familiari, il che può costituire un fattore di rischio e debolezza in termini di scarsa partecipazione e coinvolgimento degli stessi anziani nella comunità, nella creazione di nuovi legami e nelle dinamiche di auto-mutuo aiuto alla base del progetto.
- *Digital divide*, che può rappresentare un fattore di difficoltà di accesso agli strumenti digitali per le persone meno alfabetizzate.
- Reclutamento, formazione e valorizzazione dei volontari, coinvolgimento delle associazioni del territorio, tenuta dei rapporti con gli *stakeholders* e i *care providers*, sono attività che richiedono qualità e capacità specifiche, ed un impegno non facile da gestire con continuità.

14 Potenziale in termini di policy: replicabilità e/o *up-scaling*

Il modello di intervento di *ECARE* si ritiene possa essere facilmente reiterabile in altri contesti territoriali analoghi a quelli del progetto, ed economicamente sostenibile con un non eccessivo impiego di risorse umane grazie alla valorizzazione degli *staff* di cura disponibili e al volontariato esistente o attivabile mediante la metodologia di azione proposta, opportunamente reclutato e formato. Tale metodologia si avvale inoltre dei risultati e delle conoscenze derivanti da altri progetti già sviluppati in questo ambito specifico nel territorio italiano ed austriaco. In particolar modo, lo scambio di *best practice* con l'Austria, riguardanti l'innovazione dell'assistenza, potrà innescare utili meccanismi di imitazione istituzionale (Consorzio ECARE, 2020c).

Il progetto (ai WP3 e WP4) prevede anche la realizzazione di una serie di *toolkit* dedicati all'adozione del modello da altre istituzioni che lo riterranno benefico per la loro situazione.

Il Direttore di ISRAA, Giorgio Pavan, i vari capi sede e i referenti dei servizi coinvolti nel progetto hanno inoltre definito una strategia ancor più strutturata di individuazione e coinvolgimento dei cittadini residenti nella città di Treviso. *ECARE*, oltre a perseguire le finalità per il quale è stato sviluppato, ossia sperimentare le potenzialità offerte dalla tecnologia al fine di contrastare l'isolamento sociale degli anziani, rappresenta quindi un'opportunità per ulteriori sviluppi relativi all'assistenza agli anziani che si colloca al di fuori delle residenze. Questa iniziativa appare dunque una delle vie da percorrere nell'intento di rafforzare il dialogo con il territorio, coglierne le potenzialità, le risorse e le criticità, ascoltarne le esigenze e le proposte, intercettando i cittadini rimasti sinora invisibili ai radar dei servizi, ma che potrebbero trarre giovamento dall'ascolto e dal sostegno da parte dell'IPAB e dei suoi servizi. *ECARE* è quindi veicolo di un'innovazione che è vitale per restare in linea con le direzioni dettate dal cambiamento sociale e demografico contemporaneo su larga scala. Possiede inoltre un enorme potenziale per analizzare e interpretare in profondità il contesto locale (prima manifestazione di ciò che accade a livello macro) e intercettare il bisogno che gli anziani hanno di accoglienza e comunità.

Al fine della replicabilità del modello di training sviluppato dal progetto, questo deve possedere alcune caratteristiche e cioè: essere coerente con il quadro concettuale di riferimento costruito per l'acquisizione di conoscenze pratiche, garantendo ai formatori la possibilità di adattarla al contesto specifico; essere coerente con i bisogni formativi del gruppo *target*; essere agganciato a scenari realistici del gruppo *target*, sia in connessione con la vita reale e quotidiana dei partecipanti, sia riguardo agli obiettivi di apprendimento che vanno calibrati anche sulla base delle pratiche concrete di applicazione; concepire l'intervento formativo come occasione di co-progettazione con l'utente, del quale vengono ulteriormente incoraggiate ed enfatizzate le capacità di autodeterminarsi, negoziare preferenze ed obiettivi, farsi in definitiva soggetto attivo e non passivo dell'intervento; essere costruito secondo un curriculum che tenga conto degli stili di apprendimento degli utenti (attività *face-to-face*, approcci orientati al *cooperative learning*, pratica individuale, ecc.) (Consorzio ECARE, 2020b: 13-4).

15 Fonti

▪ ***Riferimenti bibliografici e sul web***

ASP Umberto I (2019) 'Progetto ECARE', ASP Umberto I [website]. Accessibile su: http://www.aspumbertoprimo.it/asp-informa/progetto-ecare. (Consultato: febbraio 2020).

Comuni-Italiani.it (2019a) 'Comune di Treviso', Accessibile su: http://www.comuni-italiani.it/026/086/index.html. (Consultato: febbraio 2020).

Comuni-Italiani.it (2019b) 'Comune di Pordenone', Accessibile su: http://www.comuni-italiani.it/093/033/index.html. (Consultato: febbraio 2020).

Comuni-Italiani.it (2019c) 'Comune di Belluno', Accessibile su: http://www.comuni-italiani.it/025/006/index.html. (Consultato: febbraio 2020).

Consorzio ECARE (2020a) 'Panoramica E.CA.R.E.' [website]. Accessibile su: https://ecareproject.eu/panoramica/. (Consultato: febbraio 2020).

Consorzio ECARE (2020b) *Handbook del Modello E.CA.R.E. Un manuale per l'implementazione* [online]. Accessibile su: http://www.israa.it/blog/wp-content/uploads/2021/01/Handbook_del_Modello_E_CA_R_E_Un_manuale_per_limplementazione.pdf . (Consultato: marzo 2020)

Consorzio ECARE (2020c) 'A proposito di E.CA.R.E.' [website]. Accessibile su: https://ecareproject.eu/a-proposito-di-ecare/. (Consultato: febbraio 2020).

Hdjtkg (2019) 'Klagenfurt am Wörthersee: città statutaria', Hdjtkg [website]. Accessibile su: http://hdjtkg.blogspot.com/2019/08/klagenfurt-am-worthersee.html. (Consultato: febbraio 2020).

Interact (2019) 'Elderly home CAre Residential Engagement (Coinvolgimento anziani a casa e in residenza)', Keep.eu [website], 1 ottobre 2019. Accessibile su: https://www.keep.eu/project/19797/elderly-home-care-residential-engagement-social-commitment-and-support-for-seniors-at-home-and-in-care-living. (Consultato: febbraio 2020).

Interreg Italia-Osterreich (senza data) 'ECARE – Elderly home CAre Residential Engagement - Kit di strumenti per il miglioramento della qualità della vita' [online], *docplayer.it*. Accessibile su: https://docplayer.it/139060829-E-ca-r-e-elderly-home-care-residential-engagement-kit-di-strumenti-per-il-miglioramento-della-qualita-della-vita.html. (Consultato: febbraio 2020).

Telebelluno (2017) Nonni con il tablet contro l'isolamento [You Tube video]. Accessibile su: https://www.youtube.com/watch?v=WLvw6ellUsQ&feature=youtu.be. (Consultato: febbraio 2020).

Zanutto, O. (2019) Progetti E.CA.R.E. ed ENACT: La tecnologia che migliora la vita dei senior a casa propria [online], Bollettino, luglio-agosto 2019. Accessibile su: https://ecareproject.eu/wp-content/uploads/2019/07/BOLLETTINO-LUGLIO-AGOSTO-2019_ECARE_ENACT.pdf. (Consultato: febbraio 2020).

Zanutto, O., Tuis, D. (2019) 'Iniziative europee per la digitalizzazione dei modelli di cura per gli anziani a domicilio' [online], Percorsi di Secondo Welfare, 2 gennaio 2019. Accessibile su: https://www.secondowelfare.it/innovacare/iniziative-europee-per-la-digitalizzazione-dei-modelli-di-cura-per-gli-anziani-a-domicilio.html. (Consultato: febbraio 2020).

- ***Interviste a testimoni privilegiati***

de Stefani Adele e Catoni Raffaele, ISRRA, Treviso (TV), intervista in videoconferenza e per e-mail, febbraio 2020.

16 Data chiusura del caso studio

La ricostruzione e l'analisi critica del caso studio si sono concluse nel mese di marzo 2020.

17 Contatti

Referenti del progetto:

Oscar Zanutto, ISRAA di Treviso, FABER Coordinator

e-mail: faber@israa.it
website: www.fabbricaeuropa.eu

Stefani Adele e Catoni Raffaele, Ricercatori dell'ISRAA di Treviso.

18 Ringraziamenti

Si ringraziano i ricercatori Adele de Stefani e Raffaele Catoni, dell'ISRAA di Treviso, per aver partecipato alla videoconferenza del 27 febbraio 2020 e revisionato la scheda.

IN-AGE - INclusive AGEing in place
Laboratorio Politiche Sociali, Politecnico di Milano
Dipartimento Architettura e Territorio, Università Mediterranea di Reggio Calabria
Centro Ricerche Economico-Sociali per l'Invecchiamento, INRCA-IRCCS, Ancona

11 ABITARE SICURI (Attivi, Sereni, Indipendenti) Sicheres Wohnen

di Sabrina Quattrini
Centro Ricerche Economico-Sociali per l'Invecchiamento, INRCA-IRCCS, Ancona.

1 Breve descrizione dell'iniziativa

Il Progetto *Abitare Sicuri*, sperimentato ed attuato dal 2010 ad oggi nella città di Bolzano da parte del comune, che lo ha anche in larga parte finanziato, mira a migliorare la qualità della vita nella propria abitazione di anziani e soggetti fragili, attraverso l'impiego di tecnologie che leggono ed interpretano l'ambiente domestico e le condizioni di salute degli utenti. Si tratta quindi di un intervento di assistenza domiciliare a distanza, fondato su telemonitoraggio e teleassistenza, per persone anziane autosufficienti o in condizione di parziale non autosufficienza, preventivo rispetto all'ingresso dell'anziano in casa di riposo.

2 Luogo

ITALIA, Trentino Alto-Adige, Provincia Autonoma di Bolzano, **Comune di Bolzano.**

3 Contesto territoriale

▪ ***Tipologia di area***

Il Comune di Bolzano, nel 2016, presenta i seguenti dati (Comuni-Italiani.it, 2019):

- la popolazione residente è pari a 106.951 abitanti con una dinamica di crescita che fa registrare, tra il 2001 e il 2016, un incremento pari al 12,8%;
- è il secondo comune con l'età media più alta (44,3) nella Provincia di Bolzano;
- la popolazione con più di 65 anni di età rappresenta il 23,5% del totale e l'indice di vecchiaia è pari al 162,4%;
- la percentuale di stranieri residenti sul totale della popolazione è pari al 14,3%;
- il reddito medio pro capite è di 19.744 euro.

▪ ***Scala di azione***

Il modello di intervento del progetto si basa sulla dotazione di tecnologie fisse (es. sensori) o mobili (es. *smartphone*, ciondoli) con lo scopo di monitorare a distanza le condizioni di salute dell'anziano fragile che vive da solo e la sicurezza del suo ambiente di vita. Quindi la scala di azione è l'abitazione.

4 Tipologia dell'iniziativa e approccio

▪ ***Tipologia***

Politica pubblica comunale finanziata con fondi pubblici e privati.

▪ ***Soggetti attuatori***

Il Progetto *Abitare Sicuri* è promosso dal Comune di Bolzano e in particolare dall'Assessorato Politiche Sociali, in collaborazione con soggetti diversi, nel corso delle diverse fasi e relative sperimentazioni.

1) Durante la prima fase di sperimentazione o pilota (2010-11) in collaborazione con:

- Azienda Servizi Sociali di Bolzano (ASSB);
- Azienda Sanitaria Alto-Adige;
- Comprensorio Sanitario di Bolzano.

2) Durante la seconda fase di sperimentazione (2017-18) all'interno del Progetto *gAALaxy* (gAALaxy, 2020), in collaborazione con:

- Eurac Research (Istituto di ricerca di Bolzano e provincia, capofila italiano del Progetto di Ricerca Europeo *gAALaxy*, finanziato a seguito di un bando del 2015 del Programma *AAL* (*Active and Assisted Living*) e diretto allo sviluppo di un sistema *smart home*) (Eurac Research, 2020);
- Università di Innsbruck (*lead partner* del Progetto di Ricerca Europeo *gAALaxy*, e responsabile del Progetto *gAALaxy* a livello di consorzio complessivo);
- Villa Melitta Srl (casa di cura privata a Bolzano, partner di progetto, Italia).

3) Durante la terza fase di sperimentazione (2019-20) e la quarta fase di diffusione (dopo il 2020) il soggetto attuatore è solo il Comune di Bolzano.

▪ ***Altri soggetti coinvolti (rete mobilitata dal progetto)***

1) *Prima sperimentazione o fase pilota (2010-11)*

- IBM Italia (partner tecnologico);
- TIS innovation park – Area Tecnologie Digitali (partner tecnologico);
- Dr. Hein Healthcare GmbH (che ha sviluppato i sistemi di telemonitoraggio e teleassistenza) (Dr. Hein, 2020);
- EVOcare GmbH (fornitore di soluzioni di telemedicina che ha sviluppato le applicazioni);
- Eurotech e HUAWEI per il supporto tecnico.

2) *Seconda sperimentazione all'interno del Progetto gAALaxy (2017-18)*

- Croce Bianca (partner di cooperazione di Eurac Research che risponde agli allarmi che provengono dalle abitazioni dotate di sistemi AAL (*Active and Assisted Living*);
- Croce Rossa Austria (partner di progetto, Austria);
- Cogvis srl (azienda partner di progetto, Austria);
- SIS consulting srl (azienda partner di progetto, Austria);
- Università di Anversa (partner di progetto, Belgio);
- Fifthplay nv (azienda partner di progetto, Belgio);
- SF1 bvba (azienda partner di progetto, Belgio);
- Altre aziende coinvolte, che non sono partner di progetto: 2PCS Solutions GmbH, Kelag AG (partner dell'azienda tedesca Innogy, per l'acquisto dei sensori *smart home*).

3) *Terza sperimentazione (2019-20)*

- Università di Innsbruck e Eurac Research: hanno assistito il Comune di Bolzano nella preparazione del bando.

Durante questa fase il Comune di Bolzano, soggetto attuatore, ha effettuato due gare vinte rispettivamente da:

- 'SYSTEMS': ditta altoatesina aggiudicataria della gara con la quale il Comune di Bolzano ha acquistato le dotazioni tecnologiche per i propri alloggi per anziani;
- Cooperativa sociale 'SOS': cooperativa che gestisce a titolo gratuito gli allarmi provenienti dagli alloggi comunali per anziani nei quali è attiva la tecnologia AAL (Librera, 2020).

4) *Quarta fase di diffusione delle tecnologie a tutta la popolazione di Bolzano dopo il 2020 (sospesa a causa del Coronavirus)*

- ALPERIA, società partecipata dal Comune di Bolzano, che gestisce l'energia elettrica e il gas.

▪ ***Fonti di finanziamento***

Il Progetto *Abitare Sicuri* è stato inizialmente cofinanziato da:

- Comune di Bolzano,
- Fondazione Cassa di Risparmio di Bolzano,
- Dussmann Service, nell'ambito del Progetto Bolzano *Città Laboratorio del Benessere* (Comune di Bolzano, 2007).

Il Progetto *gAALaxy* (gAALaxy, 2020) è un progetto europeo finanziato dall'*Active and Assisted Living Joint Programme* (*AAL* Programme) e dagli enti nazionali aderenti dei vari partner di progetto (per l'Italia dal MIUR). Questo progetto ha avuto una durata complessiva di 36 mesi, dal 2016 al 2019, ma ha riguardato l'Italia soltanto dal 2017 al 2018.

Attualmente *Abitare Sicuri* è a totale carico dell'Amministrazione comunale di Bolzano.

▪ ***Approccio***

L'approccio parte dall'alto e via via che si procede con le sperimentazioni, pur restando il Comune di Bolzano il principale attore, si aggiungono altri enti, aziende, associazioni nella realizzazione del progetto che è dunque in co-produzione tra diversi soggetti.

▪ ***Target e beneficiari***

1) *Prima sperimentazione o fase pilota (2010-11):*

Target: *Abitare Sicuri* è rivolto alle persone anziane che vivono in casa e che non necessitano di assistenza continuativa e ai familiari delle persone anziane, che desiderano sapere i propri cari al sicuro in casa.

Beneficiari: «Il progetto pilota è indirizzato a un gruppo ristretto di 30 persone anziane (età media 77 anni; range 66-80 anni; genere: 24 donne, 6 uomini), autosufficienti, o in condizione di parziale non autosufficienza, senza particolari patologie (es. problemi cognitivi) e senza particolari necessità di assistenza.

Il progetto ha previsto l'identificazione di due sottogruppi di utenti:

- 14 persone anziane per sperimentare il telemonitoraggio e la teleassistenza presso le loro abitazioni (con uno schermo tattile denominato 'Evolino');
- 16 persone anziane per sperimentare il telemonitoraggio e la teleassistenza su supporto mobile (telefoni mobili/*Smartphone*).

2) *Seconda sperimentazione all'interno del Progetto Europeo gAALaxy (in Italia 2017-18)*

Target: persone anziane che vivono a casa loro, di età compresa tra i 53 e i 93 anni, alcuni con malattie croniche, altri con disabilità di vario tipo.

Beneficiari: «numero totale di abitazioni testate dal progetto europeo nelle tre regioni pilota (Austria, Italia, Belgio): 89, di cui 18 a Bolzano, due delle quali sono alloggi protetti per anziani del Comune di Bolzano e 16 sono case private» (Vigl, Simbrig, 2020).

3) *Terza sperimentazione (2019-20)*

Beneficiari: 40 persone affittuarie degli appartamenti di proprietà del Comune di Bolzano dotati della tecnologia messa a punto da SYSTEMS. La tecnologia è stata acquistata per 43 appartamenti ma non è ancora installata in tre di questi (Librera, 2020).

4) *Quarta fase di diffusione (dopo il 2020)*

Target: cittadini di Bolzano che hanno bisogno di telemonitoraggio e teleassistenza al domicilio.

5 L'iniziativa

▪ ***Ambito di intervento***

1. Pratiche innovative che riguardano la vita *in casa* dell'anziano.
1.2. Nuove tecnologie e domotica nell'abitazione.

▪ ***Obiettivi***

L'obiettivo generale è quello di migliorare la qualità della vita delle persone anziane che vivono da sole a casa, attraverso l'utilizzo di nuove tecnologie per l'assistenza a distanza e la sicurezza, in grado di migliorare la loro qualità della vita, e soprattutto agevolarne *l'ageing in place,* rimandando o evitando la loro istituzionalizzazione (Palmarini, 2012: 12).

Gli obiettivi specifici sono:

- sperimentare e testare l'utilizzo delle nuove tecnologie per l'assistenza a distanza e la sicurezza delle persone anziane che vivono a casa, e renderle sempre più rispondenti ai bisogni degli utenti, correggendone eventuali problemi o errori rilevati nel corso delle sperimentazioni;
- accelerare i tempi di reazione in caso di segnalazioni di emergenza da parte della strumentazione;
- utilizzare le tecnologie per attività di prevenzione;
- costruire un *business case,* sostenibile per le pubbliche amministrazioni, nella gestione di una fetta della popolazione con andamento crescente;
- lanciare sul mercato le attrezzature testate dal progetto.

6 Temporalità

- **2008** Il Progetto *Abitare Sicuri* è approvato dal Comune di Bolzano, attraverso l'Assessorato alle Politiche Sociali.
- **2009** Vengono individuati i partners tecnologici.
- **2010** Viene firmato il protocollo di intesa, presentato ufficialmente il Progetto *Abitare Sicuri* e avviata la prima sperimentazione o fase pilota l'1 ottobre, in occasione della Giornata Internazionale dell'Anziano ad opera del direttore generale del Comune di Bolzano (Comune di Bolzano, 2008, 2009, 2010a, 2010b; 2010e).
- **2011** Si conclude la fase pilota e vengono comunicati i risultati ottenuti.
- **2015** È stato fondato lo *spin off* 2PCS Solutions GmbH (2PCS Solutions GmbH, 2018b).
- **2016** La Giunta Comunale di Bolzano manifesta l'intenzione di riprendere e sviluppare il Progetto pilota *Abitare Sicuri*, sperimentato con successo nel 2010-11 e di procedere ad una sua evoluzione, inserita all'interno del Progetto Europeo *gAALaxy*, dopo averne valutato i risultati ed aver considerato le proiezioni relative all'aumento della popolazione anziana di Bolzano.
- **2017-18** Si procede con la seconda sperimentazione all'interno del Progetto *gAALaxy*, quando diventa sindaco il direttore generale del Comune di Bolzano, che aveva promosso la fase pilota.
- **2019-20** Si procede con la terza sperimentazione di *Abitare Sicuri*.
- **2020** Tutto è pronto per la fase della diffusione delle tecnologie a tutta la popolazione di Bolzano e di lancio delle tecnologie testate durante le varie sperimentazioni sul mercato, il tutto è stato sospeso a causa dell'epidemia da Covid-19.

7 Origine, radici, principali tappe del progetto

▪ ***Le origini e le radici***

A Bolzano, una delle città più ricche d'Europa e con una popolazione di oltre 100.000 abitanti di cui il 23.5% ha superato i 65 anni, per rispondere al progressivo invecchiamento della

cittadinanza, si è pensato a un modo innovativo per aiutare gli anziani a vivere nelle proprie case in piena indipendenza grazie all'adozione di soluzioni tecnologiche all'avanguardia, che rappresentano «un'opportunità *win-win-win*», in cui cioè:

- i bisogni di autonomia presso il domicilio delle persone anziane possono essere soddisfatti;
- i costi dell'assistenza possono essere significativamente ridotti;
- nuove opportunità di mercato per l'ICT (Tecnologie dell'Informazione e della Comunicazione) si concretizzano (Palmarini, 2012).

▪ ***Principali tappe del progetto***

Quattro sono le tappe principali che caratterizzano l'attuazione del progetto:

1) *Prima sperimentazione o fase pilota della durata di 9 mesi (2010-11)*

In questa fase, «sono state coinvolte attivamente una trentina di persone anziane autosufficienti, o in condizione di parziale non autosufficienza», nelle cui abitazioni sono state installate tecnologie non invasive e di facile utilizzo. «Sono stati dunque sperimentati il tele-monitoraggio e la tele-assistenza presso le abitazioni di una metà degli anziani, mentre con gli altri si è sperimentato il telemonitoraggio e la teleassistenza su supporto mobile»; in dettaglio sono state realizzate:

- una prima fase di comunicazione, training e preparazione (durata due mesi),
- una fase di sperimentazione del sistema di telemonitoraggio e teleassistenza (durata 6 mesi),
- infine la valutazione dei risultati (durata un mese)' (Comune di Bolzano, 2010c).

Per quanto riguarda la tecnologia utilizzata in questa fase, sono stati installati sensori in grado di monitorare costantemente l'ambiente domestico e di rilevare eventuali situazioni di pericolo, come fughe di gas, presenza di fumo e anidride carbonica, perdite d'acqua o allagamenti, non adatta temperatura ambientale e umidità (Comune di Bolzano, 2010d; Palmarini, 2012: 13). Tra le altre cose, è stata rilevata la regolarità dell'assunzione dei pasti, attraverso il monitoraggio del monossido di carbonio (CO). «I sensori e l'interfaccia utente adottati sono basati su un sistema *wireless* ('ZigBee') interattivo per la comunicazione utente/centrale, e sull'impiego di un televisore tattile dotato di sistema *touch-screen*» (Comune di Bolzano, 2010c). Gli anziani si sono cimentati con questo schermo interattivo, anche con esercizi e attività dedicate a incrementare il proprio livello di attenzione e di abilità motoria. Il sistema ha infatti consentito all'utente di eseguire semplici esercizi fisici o di *training* mentale (*brain training*), che mantengono allenata la mente. Questi giochi sono stati studiati appositamente e si adattano in maniera automatica al livello di apprendimento dell'utente, in modo da mantenere un giusto compromesso tra allenamento e motivazione. L'intero sistema ha inoltre permesso un monitoraggio regolare delle condizioni di salute dell'utente al quale è stato richiesto di inserire, a intervalli regolari e prestabiliti, alcuni parametri vitali del proprio stato di salute (ad es. pressione arteriosa, peso, glucosio) attraverso la strumentazione a disposizione.

Eventuali anomalie riscontrate nei dati raccolti ed elaborati da una Centrale di Controllo, generano degli allarmi (*alerts*) che possono essere inviati tramite *sms*, *e-mail, Twitter, cellulare o PC* sia ai familiari, sia all'Azienda Servizi Sociali di Bolzano, che si fa carico di mettere in atto i protocolli di intervento stabiliti, che garantiscono la velocizzazione dei tempi di intervento in caso di emergenza (Peruzzo, 2014).

Una parte degli utenti, con maggiore familiarità con le nuove tecnologie, ha ricevuto un dispositivo portatile (*smartphone*) che, attraverso una semplice interfaccia grafica, consentiva loro di effettuare segnalazioni di emergenza, inviare informazioni sulle proprie condizioni di salute e ottimizzare il raggiungimento dei propri obiettivi terapeutici» (Comune di Bolzano, 2010c).

Le caratteristiche, gli obiettivi, il target, i costi e i servizi forniti in questa fase del progetto sono sintetizzati nel volantino (vedi Figura 1).

2) *Seconda sperimentazione all'interno del Progetto gAALaxy (2017-18)*

In questa fase, Eurac Research, ente di ricerca capofila per l'Italia del Progetto Europeo *gAALaxy* (nel quale il Comune di Bolzano è entrato in un secondo momento come partner di altri enti nazionali e internazionali), finalizzato allo sviluppo delle imprese fornitrici di tecnologia, dopo aver verificato e adattato le tecnologie AAL (*Active and Assisted Living*) ai bisogni degli utenti dell'Alto-Adige, le ha installate in 18 abitazioni di anziani che vivevano da soli oppure con altre persone, nella città di Bolzano e dintorni.

Figura 1. Volantino del Progetto Abitare sicuri (2010) (Fronte e retro)
Fonte: Comune di Bolzano, 2010f.

Si trattava sempre di sensori per la gestione dell'ambiente domestico che fanno parte del sistema di domotica *smart home*. Nello specifico sensori:

- *di movimento*, che rilevano spostamenti inusuali nell'abitazione;
- *di benessere*, per ricordare all'anziano di prendere ad esempio le medicine (il sensore invia un *alert* al familiare in caso contrario);
- *per* la *gestione delle luci*; per la gestione di elettrodomestici (ad es. spegnimento automatico della macchina da caffè o del ferro da stiro tramite interruttori intelligenti);
- *per rilevare le attività dell'anziano* (ad es. un sensore disposto sulla porta del frigorifero che rivela se l'anziano lo utilizza durante la giornata, e che quindi invia un segnale di allarme ai familiari *caregivers*/operatori dei servizi se la porta non viene aperta entro una certa ora).

La dotazione prevedeva anche due prodotti AAL (sviluppati in Progetti *AAL* europei precedenti):

- «il sensore intelligente di caduta a 3D, FEARLESS, che non solo rileva le cadute, ma aiuta a prevenirle; è semplice da installare ed è montato in una parte alta della stanza. Agisce calibrando il pavimento, e quando rileva un peso sullo stesso segnala la caduta. Il sistema gestito dalla centrale di emergenza riesce anche a calcolare una percentuale di probabilità della caduta» (Cogvis, 2020);
- «l'orologio di emergenza 2PCS (Personal Protection and Caring System): 2PCS è un sistema mobile di allerta e localizzazione progettato per le funzioni di assistenza professionale relative alla sicurezza e all'indipendenza delle persone. La soluzione e il *design* tecnologico di 2PCS ne consentono l'utilizzo in vari contesti abitativi e assistenziali, sia in ambito ospedaliero che ambulatoriale. La soluzione 2PCS è costituita da componenti auto-sviluppati unificati in un sistema olistico» (2PCS Solutions GmbH, 2018a).

Al termine del Progetto *gAALaxy* le attrezzature sono state disinstallate dagli appartamenti nella maggior parte dei casi. I partecipanti che erano interessati potevano comunque tenere i sensori *smart home* gratuitamente in prestito e utilizzo. Inoltre, le ricercatrici offrivano consulenze a tutti i partecipanti su possibilità analoghe disponibili nella Provincia Autonoma di Bolzano (Librera, 2020).

3) *Terza sperimentazione (2019-20)*

La terza sperimentazione è nata dall'esperienza maturata nelle due precedenti, con le quali condivide l'obiettivo di offrire all'anziano la possibilità di rimanere a casa propria, monitorando a distanza il suo stato di salute e la situazione all'interno dell'abitazione. Durante questa terza fase, 40 su 43 alloggi comunali destinati agli anziani fragili, sono stati dotati di apparecchiature ed impianti di domotica acquisiti attraverso una gara vinta dalla ditta SYSTEMS. Si trattava sempre di tecnologie non invasive, facili da usare, in grado di controllare alcuni parametri relativi alla sicurezza dell'abitazione e alla salute psico-fisica dell'anziano. Un'altra gara è stata vinta dalla Cooperativa sociale SOS di Bolzano, incaricata di rispondere agli allarmi generati dai dispositivi tecnologici installati.

In questa fase, è stato possibile controllare la corretta installazione delle attrezzature ed effettuare delle migliorie per perfezionare le tecnologie utilizzate. Ad esempio, si è potuto osservare che era necessario spostare il rilevatore di fumo, inizialmente posto sopra ai fornelli, poiché generava allarmi appena si accendeva un fuoco; è stato anche necessario mettere a punto il rilevatore antiallagamento, poiché si innescava anche quando si passava lo straccio sul pavimento. Riguardo alla sicurezza della persona anziana, si è messo a punto anche un sistema di prevenzione delle cadute (segnali luminosi a terra che si attivano quando la persona si alza in piedi di notte e indicano la strada per raggiungere il bagno) e di gestione in caso di caduta (attraverso un ciondolo GPS, che gli anziani portano al collo e che possono attivare in caso di emergenza, e che comunque è anche dotato di un sensore di caduta che può inviare un *alert* in automatico in caso di emergenza). I dati sono sempre inviati ad una centrale di gestione degli allarmi, che allerta gli operatori socio-sanitari, o i famigliari e amici, permettendo di intervenire tempestivamente in caso di bisogno. Questo permette di mantenere le persone nelle proprie case e di ridurre i costi del servizio socio-sanitario.

4) *Quarta fase di diffusione delle tecnologie a tutta la popolazione di Bolzano (a partire dal 2020)*

In questa fase di 'lancio' sul mercato delle tecnologie sperimentate, si è ipotizzato di assegnare alla società ALPERIA (società pubblica, partecipata dal Comune di Bolzano, che in Alto-Adige eroga energia elettrica e gas) il compito di estenderne l'uso alla popolazione bolzanina con bisogni che possono essere soddisfatti attraverso le stesse. Il ruolo di ALPERIA consiste nell'installazione delle attrezzature fornite in comodato di uso gratuito, inserendo il costo del servizio all'interno della bolletta di luce e gas. Inoltre la società, si occuperebbe della formazione per l'utilizzo delle tecnologie e dell'organizzazione dell'eventuale soccorso. Le tecnologie fornite possono essere di tre livelli di complessità: base, intermedio, completo. Tale fase è stata sospesa a causa del Coronavirus.

8 Agency e relazioni con il sistema

▪ ***Principali attori ed eventuale leadership***

Il principale attore e leader del Progetto *Abitare Sicuri* è il Comune di Bolzano.

▪ ***Relazioni con il sistema***

Iniziativa inserita in contesto legislativo/di *policy*/programmatico.

▪ ***Cosa è rimasto del progetto***

Tuttora il progetto, pur avendo subito nel tempo parziali cambiamenti di attori, finanziatori e tecnologie, non ha mutato lo scopo, che è rimasto quello di favorire la domiciliarità e garantire l'autonomia di anziani e adulti non completamente autosufficienti che vivono presso il proprio domicilio, attraverso attrezzature e dotazioni tecnologiche all'avanguardia che ne aumentano la sicurezza e la possibilità di monitoraggio da remoto. A marzo 2020, era pronto il lancio sul mercato della possibilità di dotare il proprio appartamento con i prodotti tecnologici sviluppati dal progetto, rivolto a tutta la città di Bolzano, ma a causa dell'emergenza Coronavirus questa evoluzione è stata sospesa, fino a data da determinarsi.

9 Risorse mobilitate (finanziarie, umane, organizzative, politiche)

▪ ***Risorse finanziarie***

La stima del costo complessivo della prima sperimentazione o progetto pilota è pari a 231.600 euro, importo che tiene conto dei costi a carico di ciascun partner dell'iniziativa. In particolare il costo a carico del Comune di Bolzano è pari ad un importo di 78.000 euro, di cui 50.000 euro messi a disposizione dalla Fondazione Cassa di Risparmio di Bolzano, per il noleggio delle attrezzature tecnologiche necessarie alla sperimentazione su un gruppo campione di 30 anziani, e all'acquisizione della relativa supervisione tecnologica.

Nella seconda fase di sperimentazione i costi ammessi dal MIUR per i partner italiani del Progetto *gAALaxy* (Eurac Reserach e Villa Melitta srl) sono stati di 355.921,82 euro. Questi costi hanno compreso la fase di test e tutte le altre attività del progetto (indagini sui bisogni e requisiti, ecc.).

Nella terza fase di sperimentazione il Comune di Bolzano ha finanziato il progetto con un importo pari a 148.500 euro.

▪ ***Risorse umane, organizzative e politiche***

1) *Prima sperimentazione o fase pilota (2010-11)*

- Personale: quattro impiegati;
- tre WS (Web Server) con Windows XP;
- quattro *Smartphones* Android donati da Huawei a supporto del progetto. I dispositivi elettronici sono in grado di convertire il segnale 3G in segnali Wi-Fi e possono essere usati come *hotspot* per connettere tutte le apparecchiature in casa: questo consente di monitorare in sicurezza le persone che necessitano di assistenza e di intervenire. Usando lo *smartphone*

Huawei, lo *staff* dei servizi sociali può gestire tutte le necessità degli anziani in maniera più semplice ed efficace.

2) *Seconda sperimentazione all'interno del Progetto gAALaxy (2017-18)*

- Personale del Comune di Bolzano: due persone per redazione di atti amministrativi per partecipare al bando europeo, coadiuvati da una terza per svolgere le due gare durante la terza fase;
- due ricercatrici dell'Eurac Research e i tecnici che hanno installato le tecnologie presso le abitazioni (seconda sperimentazione, *gAALaxy*);
- prodotti installati da Eurac Research durante il Progetto *gAALaxy*, forniti dalle aziende coinvolte (2PCS GmbH, Cogvis GmbH) oppure acquistati (Kelag AG).

3) *Terza e quarta sperimentazione (2019 in poi)*

- Personale del Comune di Bolzano: in aggiunta alle due persone che hanno lavorato alla seconda sperimentazione, una terza collaboratrice per svolgere le due gare per acquisto attrezzature e per la gestione delle emergenze;
- tecnologie acquisite durante le precedenti sperimentazioni.

10 Dimensioni innovative

La principale dimensione innovativa riguarda la progettazione e costruzione di «un modello 'olistico', definito *smarter care*, con l'obiettivo di promuovere una filosofia della dignità, nel rispetto della persona e del suo spazio affettivo, e al tempo stesso dell'ambiente e del territorio» (Palmarini, 2012: 9).

In generale, «il tele-monitoraggio può prevenire o ritardare la necessità di assistenza e di conseguenza ridurre i costi socio economici e personali richiesti; può prevenire la necessità di interventi complessi e il peggioramento delle condizioni individuali; può rappresentare una scelta economicamente conveniente per le necessità di assistenza sociale, riducendo potenzialmente il bisogno di assistenza formale; può rappresentare un miglioramento della qualità di vita delle persone anziane e delle loro famiglie, fornendo tranquillità e sicurezza psicologica» (Faifer and Trentini, 2016: 7).

Nell'ambito di tutte le sperimentazioni sono stati messi a punto strumenti di AAL, anche attraverso un consistente lavoro di adattamento e riduzione degli errori. Tali strumenti hanno seguito le evoluzioni del mercato durante gli anni, e sono attualmente pronti per il lancio sul mercato.

▪ ***Soddisfazione di bisogni non coperti dal sistema di cura***

Il Progetto *Abitare Sicuri* ha affiancato, ai bisogni coperti dal sistema di cura, una tecnologia all'avanguardia a costi accessibili per la popolazione di Bolzano.

▪ ***Modifica delle relazioni sociali/istituzionali tra anziani e altri attori***

Le relazioni tra anziani e altri attori sono modificate in quanto la dotazione di apparecchiature per il tele-monitoraggio e la teleassistenza domiciliari a distanza, fornisce indipendenza, migliora la qualità della vita e conferisce un maggior senso di benessere, sicurezza e tranquillità agli anziani e alla loro famiglia. Inoltre, le tecnologie impiegate non si sostituiscono alle relazioni interpersonali, ma le sostengono.

▪ ***Empowerment/aumento della capacità di esprimersi e incidere***

Gli anziani partecipanti al progetto hanno attivamente collaborato alla sua buona riuscita, imparando ad utilizzare le nuove tecnologie, e fornendo da remoto i propri parametri vitali al fine di poter monitorare la propria salute. Hanno anche fornito indicazioni su esigenze da soddisfare e aspetti da migliorare.

11 Principali risultati dell'iniziativa

«L'esperienza del progetto ha permesso a IBM, Eurach Research e al Comune di Bolzano di progettare un modello sostenibile di business, che dimostra che quando si considerano tutti i fattori e si disegnano strategie che includono modelli di autofinanziamento, un sistema come 'Abitare Sicuri' è in grado di produrre risparmi sulla gestione dell'assistenza domiciliare fino al 31%» (Palmarini, 2012: 28) attraverso l'uso di tecnologie accessibili e poco invasive.

Durante la prima sperimentazione o fase pilota, si è potuto constatare che attraverso l'uso delle tecnologie sperimentali l'80% degli anziani si è sentito più sicuro, il 66% ha migliorato la propria mobilità grazie ad esercizi fisici, e il 50% ha imparato un nuovo modo per interagire con gli altri attraverso la tecnologia; sono aumentate le capacità di attenzione e di concentrazione, che sono caratteristiche importanti per l'autonomia di una persona anziana; inoltre nessun anziano durante il progetto è stato ricoverato in ospedale.

Tra i risultati raggiunti, va ricordato che il Progetto sperimentale *Abitare Sicuri – Sicheres Wohnen* «ha vinto un premio durante il 'Computerworld Honors Program 2012', concorso annuale a cura del Computerworld Information Technology Awards Foundation, una fondazione del Massachussets negli Stati Uniti che studia e premia le organizzazioni che utilizzano la tecnologia a beneficio della società. Il progetto si è classificato tra i cinque finalisti della categoria 'Innovazione'» (Comune di Bolzano, 2012).
Nel momento in cui si scrive, il Comune di Bolzano ha autorizzato una piccola ricerca che sarà effettuata dall'Osservatorio del Comune che si occupa di ricerche sociali. Il sondaggio è rivolto alle persone che hanno utilizzato le tecnologie installate negli alloggi di proprietà del Comune, per avere un *feedback* dai diretti fruitori su cosa ha funzionato e cosa no, dati da poter condividere con ALPERIA, affinché li tenga in considerazione durante la fase diffusione dei prodotti sul mercato.

12 Punti di forza e fattori di successo

- ***Punti di forza***

  - Predisposizione di una postazione dimostrativa presso l'Azienda Servizi Sociali di Bolzano, per permettere alle persone interessate alla prima fase pilota del progetto di visionare e testare dal vivo gli strumenti.
  - Partecipazione gratuita al progetto, con l'unica richiesta fatta agli utenti di mettere a disposizione la corrente elettrica per alimentare le attrezzature.
  - Percorso virtuoso in crescendo, *step by step*, intrapreso dal Comune di Bolzano: la prima sperimentazione è stata approfondita con la seconda e la terza, durante la quale in 40 alloggi si è verificato il funzionamento delle tecnologie AAL, e si è pronti ad estenderle a tutta la città tramite la società ALPERIA, partecipata dal Comune di Bolzano.
  - Creazione di una rete solida, costituito dal Comune di Bolzano, Eurac Research, SYSTEMS, Cooperativa sociale SOS, familiari, anziani che è risultata fondamentale per far funzionare il complesso sistema e l'intero processo.
  - Soddisfazione degli anziani e delle famiglie verso la tecnologia AAL messa a punto durante tutte le sperimentazioni del Progetto *Abitare Sicuri*.
  - Senso di sicurezza che la tecnologia AAL dà alle famiglie, che possono anche chiedere di essere coinvolte nel monitoraggio quotidiano dei propri componenti anziani, e nella realizzazione degli interventi.
  - Accurata formazione dei soggetti reclutati, effettuata in tutte le sperimentazioni, finalizzata a fornire spiegazioni sul funzionamento delle tecnologie ad anziani e ai familiari interessati (competenze digitali, come utilizzare l'APP, ecc.).

- ***Fattori di successo***

Efficienza complessiva del sistema, non solo legata all'utilizzo di tecnologia all'avanguardia, ma che tiene conto anche dei seguenti aspetti:

- «comunicazione alla cittadinanza;
- coinvolgimento di tutti gli attori;

- qualità del monitoraggio;
- analisi ed elaborazione dei dati;
- correlazione tra dati ambientali medici e sociali;
- raccolta di 'segnali' informali» (Palmarini, 2012: 10).

13 Punti di debolezza e fattori di rischio

Un punto di debolezza riguarda la cultura e l'accettazione delle nuove tecnologie e della domotica nell'ambiente domestico a Bolzano, che risultano più arretrate rispetto all'area tedesca (Austria e Germania), dove tale cultura è già molto diffusa e le persone accettano di buon grado le tecnologie AAL. Si sta ancora lavorando per far sì che la tecnologia e la domotica siano percepite come «virtuose, di uso comune e alla portata di tutti» (Librera, 2020).

14 Potenziale in termini di policy: replicabilità e/o *up-scaling*

Da un punto di vista tecnologico, sono state individuate e adottate soluzioni semplici da utilizzare per le persone anziane, poco invasive e facilmente replicabili. In particolare, Eurac Research ha raccolto e fornito tutte le informazioni per passare dalle fasi sperimentali alla diffusione su larga scala, nella fase di lancio sul mercato dei servizi, tramite ALPERIA.

Una volta lanciate sul mercato, l'adozione delle nuove tecnologie pensate all'interno del progetto, dipenderà comunque dai costi di installazione e di monitoraggio e dall'eventualità che la Provincia Autonoma di Bolzano decida di finanziare i costi del servizio.

Con il coinvolgimento di ALPERIA, si desidera rendere disponibile la tecnologia al costo più economico possibile e con il minimo *iter* burocratico. Da ALPERIA si acquisterà un servizio che prevede l'installazione gratuita e il comodato d'uso gratuito delle attrezzature.

15 Fonti

▪ ***Riferimenti bibliografici e sul web***

Cogvis (2020) 'cogvisAI' [website]. Accessibile su: https://www.cogvis.at/?lang=en. (Consultato: maggio 2020).

Comune di Bolzano (2012) 'Premiato il progetto Abitare Sicuri'. Comune di Bolzano' [website]. Accessibile su: http://www.comune.bolzano.it/stampa_context.jsp?ID_LINK=426&area=295&id_context=21689&COL0008=38&COL0008=48. (Consultato: maggio 2020).

Comune di Bolzano (2010a) 'Invito ai media: Sottoscrizione del progetto Abitare sicuri'. Comune di Bolzano [website]. Accessibile su: http://www.comune.bolzano.it/stampa_context.jsp?area=295&ID_LINK=426&page=6249. (Consultato: maggio 2020).

Comune di Bolzano (2010b) *Conferenza stampa progetto "Abitare Sicuri – Sicheres Wohnen".* Invito. Comune di Bolzano [website]. Accessibile su: http://www.comune.bolzano.it/stampa_context.jsp?area=295&ID_LINK=426&page=6812. (Consultato: maggio 2020).

Comune di Bolzano (2010c) *Abitare Sicuri: tecnologia al servizio degli anziani* [Video online]. Accessibile su: http://www.comune.bolzano.it/stampa_context.jsp?area=295&ID_LINK=426&page=6861. (Consultato: maggio 2020).

Comune di Bolzano (2010d) *'Abitare Sicuri: tecnologia innovativa al servizio degli anziani'.* Comune di Bolzano [website]. Accessibile su: http://www.comune.bolzano.it/stampa_context.jsp?area=295&ID_LINK=426&page=7388. (Consultato: maggio 2020).

Comune di Bolzano (2010e) *Progetto "Abitare sicuri" – Projekt: "Sicheres Wohnen"* [Presentazione Power Point online]. Conferenza stampa. Bolzano. novembre 2011. Accessibile

su:
http://www.comune.bolzano.it/UploadDocs/10299_Presentazione_per_Conferenza_Stampa_24_11_2011_ESTESA.ppt. (Consultato: maggio 2020).

Comune di Bolzano (2010f) *Abitare sicuri – Sicheres Wohnen.* Volantino del Progetto [online]. Accessibile su:
http://www.comune.bolzano.it/UploadDocs/8511_flyerITA_13set2010_corretto.pdf.
(Consultato: maggio 2020).

Comune di Bolzano (2009) 'Decisioni Giunta Comunale'. Conferenza stampa sindaco. Comune di Bolzano [website]. Accessibile su:
http://www.comune.bolzano.it/stampa_context.jsp?area=295&ID_LINK=426&page=4429.
(Consultato: maggio 2020).

Comune di Bolzano (2008) 'Due progetti per la terza età', Comune di Bolzano [website]. Accessibile su:
http://www.comune.bolzano.it/stampa_context.jsp?area=295&ID_LINK=426&page=1041.
(Consultato: maggio 2020).

Comune di Bolzano (2007) *Bolzano Città Laboratorio del Benessere.* Brochure [online]. Comune di Bolzano [website]. Accessibile su:
http://www.comune.bolzano.it/UploadDocs/9617_brochure_bolzano.pdf. (Consultato: maggio 2020).

Comuni-Italiani.it (2019). 'Comune di Bergamo'. Accessibile su: http://www.comuni-italiani.it/016/024/index.html.(Consultato: maggio 2020).

Dr. Hein (2020) 'eHealth Expert' [website]. Accessibile su: http://dr-hein.com/. (Consultato: maggio 2020).

Eurac Research (2020) 'Eurac Research' [website]. Accessibile su:
http://www.eurac.edu/en/pages/default.aspx . (Consultato: maggio 2020).

Eurac Research (2019) *L'Europa sta invecchiando* [You Tube video]. Accessibile su:
https://www.youtube.com/watch?v=J4igYhRME6c. (Consultato: maggio 2020).

Faifer, M., Trentini, M. (2016) *Progetto: "Abitare sicuri" – Projekt: "Sicheres Wohnen"* [Presentazione Power Point online]. Accessibile su:
http://www.comune.bolzano.it/UploadDocs/18735_Presentazione_stampa_abitare_sicuri_2_2016.ppt. (Consultato: maggio 2020).

gAALaxy (2020) 'Living at Home: autonomous, secure, independent' [website]. Accessibile su:
www.gaalaxy.eu. (Consultato: maggio 2020).

Palmarini, N. (2012) *Il Progetto Abitare Sicuri Sicheres Wohnen a Bolzano, Milano, Copyright, IBM Corporation 2012* [Presentazione Power Point online]. Accessibile su:
https://www.slideshare.net/thinkfoundation/terzo-settore-2103-bolzanopalmarinithink.
(Consultato: maggio 2020).

Peruzzo, M. (2014) 'Bolzano, la città intelligente dà risposta agli anziani' [online], *Linkinkiesta,* 16 gennaio 2014. Accessibile su: https://www.linkiesta.it/it/article/2014/01/16/bolzano-la-citta-intelligente-da-risposta-agli-anziani/18960/. (Consultato: maggio 2020).

2PCS Solutions GmbH (2018a) 'The 2CPS System' [website]. Accessibile su: https://www.2pcs-solutions.com/en/solutions/. (Consultato: maggio 2020).

2PCS Solutions GmbH (2018b) 'Freedom and Security, The New Way of Providing Safety and Managing Alerts' [website]. Accessibile su: https://www.2pcs-solutions.com/. (Consultato: maggio 2020).

▪ ***Interviste a testimoni privilegiati***

Librera Carlo Alberto, Comune di Bolzano, Bolzano (BZ), interviste telefoniche e per e-mail, maggio 2020.

Vigl Sonja e Simbrig Ines, Eurac Research, Bolzano (BZ), interviste telefoniche e per e-mail, giugno 2020.

16 Data chiusura del caso studio

La ricostruzione e l'analisi critica del caso studio si sono concluse nel mese di giugno 2020.

17 Contatti

Referenti del progetto:

Carlo Alberto Librera, Comune di Bolzano

e-mail: carlo.alberto.librera@comune.bolzano.it

Sonja Vigl e Ines Simbrig, Ricercatrici di EURAC RESEARCH

e-mail: sonja.vigl@eurac.edu; ines.simbrig@eurac.edu

18 Ringraziamenti

Si ringraziano il responsabile del progetto, Carlo Alberto Librera, Comune di Bolzano, e le ricercatrici Sonja Vigl e Ines Simbrig, Eurac Research, Comune di Bolzano, per aver revisionato la scheda via telefono ed e-mail, a giugno 2020.

IN-AGE - INclusive AGEing in place
Laboratorio Politiche Sociali, Politecnico di Milano
Dipartimento Architettura e Territorio, Università Mediterranea di Reggio Calabria
Centro Ricerche Economico-Sociali per l'Invecchiamento, INRCA-IRCCS, Ancona

12 SCAMBIO
Solidarietà Con Anziani, Mamme, Bambini Insieme Oggi
Vecchi problemi da risolvere con pratiche innovative

di Sabrina Quattrini
Centro Ricerche Economico-Sociali per l'Invecchiamento, INRCA-IRCCS, Ancona.

1 Breve descrizione dell'iniziativa

Il Progetto *SCAMBIO* (Solidarietà Con Anziani, Mamme, Bambini Insieme Oggi), promosso dalla Cooperativa di Comunità di Melpignano (CCM) e finanziato con il Fondo Sociale Europeo (FSE), è un «dispositivo di *welfare* di comunità per integrare collettivamente, dal basso, i servizi di supporto alle fasce più vulnerabili della popolazione, in un'ottica di prevenzione e riduzione delle varie forme di disagio sociale e di promozione dell'inclusione sociale» (CSV Brindisi Lecce, 2019). Il progetto è rivolto principalmente alla comunità di Melpignano, nel Leccese, e prevede azioni di contrasto alle solitudini involontarie, comprese quelle delle persone anziane, che pertanto sono coinvolte in molte delle attività previste dal progetto. Le iniziative favoriscono l'incontro tra i vari componenti della comunità e puntano a riallacciare il dialogo intergenerazionale, erogare servizi per migliorare la qualità dell'assistenza domiciliare e della mobilità garantita.

2 Luogo

ITALIA, Puglia, Provincia di Lecce, **Comune di Melpignano**.

3 Contesto territoriale

▪ ***Tipologia di area***

Melpignano, Comune in Provincia di Lecce, fa parte dell'Area Minoranza Linguistica Greca, denominata 'Grecia Salentina'.
Melpignano, nel 2016, presenta i seguenti dati (Comuni-Italiani.it, 2019):

- la popolazione residente è pari a 2.235 abitanti con una dinamica di crescita che fa registrare, tra il 2001 e il 2016, un incremento pari all'1,1%;
- la densità di popolazione è di 204,5 abitanti/kmq, non particolarmente elevata rispetto agli altri comuni della Provincia di Lecce;
- l'età media è di 45,2 anni;
- la popolazione con più di 65 anni di età rappresenta il 23,7% del totale e l'indice di vecchiaia è pari al 205%;
- la percentuale di stranieri residenti sul totale della popolazione è pari al 1,5%;
- il reddito medio pro capite è di 8.979 euro.

▪ ***Scala di azione***

La scala di azione riguarda sia il livello urbano (il piccolo Borgo di Melpignano è il primo comune d'Italia che ha dato vita, nel 2011, ad una 'cooperativa di comunità') che quello dell'alloggio con riferimento agli interventi di potenziamento dell'assistenza domiciliare e della domotica a domicilio.

4 Tipologia dell'iniziativa e approccio

▪ ***Tipologia***

Progetto finanziato per il 75% da ente pubblico (Regione Puglia) e per il 25% da un ente privato (CCM, Comunità Cooperativa di Melpignano).

▪ ***Soggetti attuatori***

La CCM è ideatrice e capofila del Progetto *SCAMBIO*, il primo per cui la Cooperativa di Comunità ha ricevuto un finanziamento dalla Regione Puglia.

La progettazione e la realizzazione delle azioni prevedono la collaborazione di enti e associazioni del territorio provenienti da ambiti differenti, ma tutti compartecipi e corresponsabili nel generare benessere all'interno della comunità di riferimento.

Il partenariato individuato comprende:

- Comune di Melpignano;
- Unione dei Comuni della Grecia Salentina;
- Lega Italiana Lotta Tumori (LILT);
- Associazione Borghi Autentici d'Italia;
- Pro Loco di Melpignano.

▪ ***Altri soggetti coinvolti (rete mobilitata dal progetto)***

L'idea di fondo del progetto è quella di favorire un'ampia partecipazione e coinvolgimento di quanti più gruppi di *stakeholders*. Questi soggetti, che sono stati individuati da CCM con affidamento diretto, stanno lavorando a nome della CCM, e vengono pagati per i servizi che forniscono con il fine di svolgere attività operative nel progetto, come ad esempio la comunicazione, lo sviluppo dell'App *SCAMBIO*, l'erogazione di prestazioni di sostegno domiciliare da parte di società di servizi, professionisti, associazioni, altre cooperative e *start-up*.

Anche se non riveste alcun ruolo nel processo attuativo del Progetto *SCAMBIO*, va riconosciuto a Legacoop Puglia il merito di aver sostenuto la CCM sin dalla sua fondazione e di aver sostenuto il riconoscimento giuridico alle Cooperative di Comunità. Per poter arrivare ad ottenere dei finanziamenti è stato infatti fondamentale, innanzitutto, che le Cooperative di Comunità fossero riconosciute in quanto tali, cosa che è avvenuta con la LR n. 23 del 20 maggio 2014, a cui soltanto nel 2018 è seguito il regolamento attuativo (DPR n. 1933 del 2018).

▪ ***Fonti di finanziamento***

Il progetto, finanziato con risorse del FSE (Fondo Sociale Europeo) ottenute tramite la partecipazione all'Avviso Pubblico Regionale 'PugliaSociale In' (Coop di comunità 2018 – POR Puglia 2014-2020) (Regione Puglia, 2018; Progetto SCAMBIO, 2020a; 2020b; 2020c), rappresenta la nuova sfida di innovazione sociale lanciata dalla Cooperativa di Comunità di Melpignano, già modello di riferimento in Italia per le imprese di comunità.

Il ricavato di cene sociali e di altre iniziative socio-culturali va a cofinanziare il Progetto *SCAMBIO* e le altre attività sociali della Comunità Cooperativa Melpignano.

▪ ***Approccio***

L'approccio di *SCAMBIO* parte dal basso, dalla Cooperativa di Comunità di Melpignano che si fa portavoce delle esigenze della comunità, manifestate durante i laboratori partecipati. I servizi ideati sono rivolti a tutta la cittadinanza.

▪ ***Target e beneficiari***

Target: tutte le persone sole (inclusi gli anziani) residenti a Melpignano e paesi limitrofi, e persone che necessitano in generale di piccoli aiuti per condurre una vita autonoma e dignitosa.

5 L'iniziativa

▪ ***Ambito di intervento***

1. Pratiche innovative che riguardano la vita *in casa* dell'anziano.
1.2. Nuove tecnologie e domotica nell'abitazione.
2. Pratiche innovative che riguardano la vita fuori casa degli anziani.
2.1. Servizi innovativi per facilitare la socializzazione.
2.2. Servizi innovativi per la mobilità e Progetti urbani *age-friendly.*

▪ ***Obiettivi***

L'obiettivo generale del progetto è mobilitare e valorizzare le risorse della comunità di Melpignano (cittadini, famiglie, imprese, enti, associazioni) per agire in modo innovativo sulle aree prioritarie di intervento individuate, tra cui:

- contrastare la solitudine involontaria degli anziani e di persone socialmente sole (famiglie mononucleari, donne casalinghe sole o con figli, adolescenti e ragazzi), attraverso l'incontro intergenerazionale;
- soddisfare la domanda di servizi socio-assistenziali sul territorio per i gruppi sociali e le persone con maggiore fragilità socio-economica;
- recuperare gli antichi mestieri tradizionali e le tradizioni locali per attivare nuove attività economiche e iniziative di *marketing* territoriale.

Il fine ultimo del progetto è quello di creare felicità del singolo e di tutta la comunità, attraverso la realizzazione di una serie di azioni rivolte alla creazione del benessere collettivo.

Gli obiettivi specifici che il progetto intende raggiungere sono:

- adottare soluzioni innovative sia dal punto di vista sociale e tecnologico, in risposta ai bisogni sociali pregressi e nuovi rilevati;
- promuovere l'animazione di spazi pubblici per i cittadini di Melpignano, al fine di favorire la coesione sociale;
- sviluppare il *welfare* di comunità e l'economia sociale mediante l'innovazione di prodotti e di processi;
- incentivare lo scambio di buone pratiche;
- incrementare la capacità manageriale della Cooperativa di Comunità di Melpignano (CCM), anche in un'ottica di crescita del capitale sociale e del rapporto tra pubblico e privato, per la produzione di esternalità positive nel contesto locale, in una logica di responsabilità sociale;
- attivare percorsi di animazione territoriale volti a sostenere contesti collaborativi e processi generativi nelle comunità locali (Gualtieri and Stomeo, 2019; Centro Studi Cooperativi Danilo Ravera, 2016).

6 Temporalità

Il progetto è stato avviato a marzo 2019. La data di fine progetto, fissata al 31 dicembre 2020, è stata prorogata per recuperare il tempo perso a causa della pandemia da Codiv-19.

L'auspicio è che il progetto abbia un futuro al di là della sua durata, legato necessariamente alla creazione di una rete di comuni limitrofi, prioritariamente quelli della 'Grecia Salentina', e il conseguente allargamento dell'utenza, perché è difficile che possa sostenersi con una popolazione di poco più di 2.000 abitanti.

7 Origine, radici, principali tappe del progetto

▪ ***Le origini e le radici***

Il Progetto *SCAMBIO* trova origine nel piccolo centro del Salento pugliese, Melpignano, promotore nel 2011 della prima Cooperativa di Comunità della Regione (Cooperativa di Comunità di Melpignano – CCM) – prima che fosse emanata la Legge della Regione Puglia (LR n. 23 del 2014) – e su impulso del suo giovane sindaco allora neoeletto, Ivan Stomeo.

Tale Cooperativa nasce con l'intento di promuovere *partnership* pubblico-private finalizzate al bene del proprio territorio, attraverso la promozione di uno stile di vita ecosostenibile e la creazione di nuove opportunità di lavoro. Essa si impegna ad essere una nuova infrastruttura sociale nel territorio, giuridicamente costituita, aperta alla partecipazione di tutti i cittadini e degli operatori economici che assumono il ruolo di 'strumento comunitario condiviso per lo sviluppo della qualità di vita delle comunità', così come sancisce l'art. 2 della legge della regione Puglia n. 23/2014 (Centro Studi Cooperativi Danilo Ravera, 2016; Gualtieri and Stomeo, 2019) e che si pone come risposta ai processi di declino e di spopolamento che molti piccoli comuni italiani devono affrontare a causa della crisi finanziaria che colpisce gli enti locali, e che determina un restringimento nell'erogazione di servizi essenziali.

▪ ***Principali tappe del progetto***

L'8 luglio 2019 viene presentato il Progetto *SCAMBIO* alla comunità di Melpignano. Nel corso dell'incontro con la cittadinanza è stata svolta un'attività partecipata, utile a realizzare una prima mappatura delle aspettative e dei bisogni dei potenziali destinatari del progetto.

Di seguito riportiamo la locandina dell'avvenimento durante il quale sono state anche discusse le innovazioni che il progetto si ripromette di apportare (vedi Figura 1):

- 'connessione umana' stabile garantita;
- 'autoricarica' intergenerazionale;
- 'minuti di conversazione' e socialità illimitati;
- 'assistenza' in tempo reale;
- 'antivirus' contro le solitudini;
- 'trans-portabilità' totale;
- 'zero costi' di attivazione.

Figura 1. Locandina di presentazione alla cittadinanza del Progetto SCAMBIO, 8 luglio 2019. Fonte: Riprodotto da Borghi autentici d'Italia, 2020.

Il *focus* del progetto si può sintetizzare con la seguente affermazione: «Il Progetto SCAMBIO è avere cura per rigenerare le persone attraverso l'esperienza cha apre all'innovazione» (Progetto SCAMBIO, 2019; 2020b; 2020c).

A Dicembre 2019 è stato effettuato anche un sondaggio tra i soci della CCM attraverso il quale si è potuto constatare che nel comune di Melpignano gli anziani possono ancora contare su reti di vicinato, amicali e familiari ben funzionanti e anche il volontariato è ben organizzato.

Le attività programmate da *SCAMBIO* sono:

- *Domotica di comunità:* realizzazione di soluzioni/applicazioni di domotica nella quotidianità degli anziani. (Progetto SCAMBIO, 2020d; 2020e). È prevista l'installazione di diversi sensori: sensori per l'inquinamento, indoor e outdoor, che avvertono in caso di fughe di gas; sensori di movimento e luce, che durante il passaggio da una camera ad un'altra permettono automaticamente di attivarsi al buio ed illuminare la zona interessata; sensori per una temperatura e umidità ottimali. Sempre in via sperimentale, saranno forniti gratuitamente sistemi di intelligenza artificiale.
- *App SCAMBIO*: applicazione digitale per *tablet/smartphone*, attraverso cui richiedere assistenza immediata (servizi domestici, relativi al vitto, alla richiesta di spesa presso negozi o alimentari, alla fornitura ed acquisto di beni e farmaci, per accompagnamento e/o mobilità e compagnia per combattere la solitudine, per il primo soccorso, ecc.) e supportare il lavoro degli operatori domiciliari. Inoltre questo strumento rappresenta un punto di incontro tra anziani e giovani in due direzioni (elemento unificante dell'intergenerazionalità): dagli anziani ai giovani, con il trasferimento di saperi sugli antichi mestieri; dai giovani agli anziani, con la formazione necessaria a poter utilizzare l'App.
- *Taxi di comunità/Eco-corriere:* una macchina elettrica era stata ideata per gestire gli spostamenti più semplici e soddisfare molteplici di esigenze delle persone anziane (fare la spesa, recarsi presso il centro medico più vicino, partecipare ad un evento culturale fuori porta, o visitare gli amici che risiedono in un comune limitrofo, ma anche andare al mare, ecc.) (Progetto SCAMBIO, 2019). Purtroppo a causa del blocco delle licenze per il servizio di 'noleggio con conducente' non è stato ancora possibile realizzare il taxi di comunità (Cerullo, 2020), ma l'auto elettrica assieme ad una bici da carico sono utilizzate per realizzare il servizio di consegna a domicilio di spesa ed acqua – denominati rispettivamente 'La spesa che non pesa' e 'Buona & Leggera' – attraverso il sistema Figaro, l'Eco-corriere veloce e a impatto zero per una logistica urbana sostenibile realizzata con i mezzi sopra menzionati (Progetto SCAMBIO, 2020f).
- *Laboratori intergenerazionali e di cittadinanza attiva*: laboratori per il recupero degli antichi mestieri e per l'inclusione sociale, gratuiti all'interno del progetto, che poi potranno diventare spunto per iniziative *start-up* autonome e a pagamento o *spin-off* dipendenti dalla cooperativa (Progetto SCAMBIO, 2020b).
- *Apiario di comunità:* creato per contribuire alla salvaguardia della pratica dell'apicoltura, presente nel Salento da molti secoli e sostenere un'attività economica facilmente accessibile e totalmente ecosostenibile, in grado di offrire un'esperienza di lavoro gratificante per i cittadini di Melpignano. Tale iniziativa inerente al Progetto viene riportata pur non realizzando alcun intervento rivolto specificamente agli anziani, solo perché nella gestione dell'apiario è stata coinvolta anche una signora di quasi 70 anni, assieme ad altre sette di 30 anni o più (Cerullo, 2020).

A corollario di queste attività, si organizzano periodicamente campagne di sensibilizzazione ambientale nelle scuole e per la cittadinanza.

Da febbraio 2020, a causa dell'epidemia di Codiv-19, le attività del progetto sono state quasi tutte sospese, ma è stata chiesta una proroga del progetto. In tale situazione, è stata presa l'iniziativa di realizzare un laboratorio online di sartoria, il cui *tutorial/know-how* è stato distribuito a numerosi volontari, tra cui sarte e sartorie per la realizzazione e distribuzione di 1.700 mascherine protettive anti-Covid. È stata la dimostrazione che il 'fare comunità' aiuta

ad affrontare e spesso a risolvere le problematiche socio-economiche che affliggono le comunità.

La Figura 2, di seguito riportata, mostra il manifesto del servizio gratuito di assistenza domiciliare attivato durante la pandemia da Covid-19, per quanti si trovavano in quarantena, positivi al tampone, immunodepressi, in particolare anziani. L'iniziativa è gestita dall'Amministrazione comunale di Melpignano, in collaborazione con l'Organizzazione di Volontariato 'Protezione civile Melpinius' e la CCM, nell'ambito del Progetto *SCAMBIO* (Progetto SCAMBIO, 2020g).

Figura 2. Manifesto del servizio gratuito di assistenza domiciliare, nell'ambito del Progetto SCAMBIO
Fonte: Riprodotto da Progetto SCAMBIO, 2020g.

8 Agency e relazioni con il sistema

▪ ***Principali attori ed eventuale leadership***

Il principale attore e leader del Progetto è la Cooperativa di Comunità di Melpignano (CCM), in collaborazione con operatori del territorio.

▪ ***Relazioni con il sistema***

Iniziativa autonoma ma integrata con il sistema pubblico a livello regionale.

▪ ***Cosa è rimasto del progetto***

Il progetto è in corso di svolgimento. In particolare, si stanno mettendo a punto l'App e l'Eco-corriere e cercando di risolvere il problema della licenza necessaria per realizzare il Taxi di comunità.

9 Risorse mobilitate (finanziarie, umane, organizzative, politiche)

▪ ***Risorse finanziarie***

Il progetto ha potuto contare su un finanziamento regionale di 195.000 euro, a seguito del premio 'PugliaSociale In' (FSE), di cui il 25% deve essere cofinanziato dalla CCM.

▪ ***Risorse umane, organizzative e politiche***

- Le risorse umane sono rappresentate dal personale della CCM: cinque dipendenti assunti a tempo indeterminato, cinque a tempo determinato (Bottega del terzo settore, 2019) in aggiunta ad un numero vario di collaborazioni *ad hoc* per gli avvenimenti organizzati durante l'anno; i soci sono poco meno di 300, e mettono a disposizione il proprio *know-how* grazie ai laboratori partecipati, che contribuiscono a creare un'economia circolare (Futurae, 2019).
- Un'auto elettrica e una bici da carico adibite alla consegna di spesa e acqua.
- La 'Casa del turista' di Melpignano, di proprietà comunale, è stata adibita a sala per cene sociali e incontri, per la raccolta fondi.

10 Dimensioni innovative

- *Processo partecipativo:* la principale dimensione innovativa riguarda il contesto in cui il Progetto *SCAMBIO* opera, il quale, grazie alla CCM, incoraggia l'attivazione e la partecipazione dei cittadini soci della Cooperativa di Comunità di Melpignano nelle varie iniziative intraprese.
- *Impianto intergenerazionale:* nel caso specifico del Progetto *SCAMBIO*, la dimensione più interessante è rappresentata dall'impianto intergenerazionale all'interno del quale la domotica e l'App *SCAMBIO* vengono veicolate agli anziani.

▪ ***Soddisfazione di bisogni non coperti dal sistema di cura***

Il Progetto *SCAMBIO* opera in stretta sinergia con l'amministrazione comunale – analogamente a quanto accade per tutte le attività promosse dalla CCM – e con i servizi pubblici presenti sul territorio del Comune di Melpignano, che cerca di integrare con attività innovative che coinvolgono gli stessi utenti-cittadini.

▪ ***Modifica delle relazioni sociali/istituzionali tra anziani e altri attori***

Gli anziani di Melpignano, che possono già contare su una rete informale (familiare, amicale, di vicinato) abbastanza solida, sono resi ancor più indipendenti dall'utilizzo della domotica, dell'App e del taxi di comunità, oltre a sentirsi più partecipi della vita di comunità attraverso le numerose occasioni di socializzazione, soprattutto con i giovani e i nipoti.

▪ ***Empowerment/aumento della capacità di esprimersi e incidere***

Il Progetto *SCAMBIO* contribuisce ad aumentare la capacità di esprimersi e incidere da parte delle persone anziane, che possono trasmettere gli antichi saperi su mestieri e giochi del passato.

11 Principali risultati dell'iniziativa

Attualmente sono stati realizzati diversi laboratori partecipati, l'App *SCAMBIO*, la domotica a domicilio ed è in arrivo il servizio di consegna di spesa e acqua a domicilio, oltre all'apiario.

L'auspicio è che le persone sole e gli anziani possano capire le potenzialità di questi servizi e usufruirne in numero sempre maggiore, in modo tale che il modello possa essere replicato in altre comunità e contribuire quindi allo sviluppo di *best practice.*

Il progetto è risultato vincitore, nel dicembre 2018, dei FSE messi a disposizione tramite Avviso pubblico regionale 'PugliaSociale In – Coop di comunità 2018' (Regione Puglia, 2018).

12 Punti di forza e fattori di successo

▪ ***Punti di forza***

- Innovazione sociale e tecnologica*:* realizzazione di varie tipologie di azioni ed interventi di cittadinanza attiva e di coinvolgimento partecipato in una logica di prossimità, condivisione,

ed innovazione. Questo grazie alla messa a disposizione di un'applicazione per *tablet* e *smartphone*, (la App *SCAMBIO*) appositamente creata per le esigenze degli over65 ed in generale per le persone in difficoltà anche temporanea, oltre che per i *caregivers*, cioè tutti i membri della famiglia che si prendono cura di persone malate.

- Iniziative di valorizzazione e mobilitazione delle risorse della comunità locale: in una logica sostenibile e di innovazione sociale, tramite lo scambio intergenerazionale ed il recupero e la valorizzazione delle tradizioni locali e degli antichi mestieri, si potranno costruire nuove iniziative di sviluppo socio-economico.
- Reti di collaborazione non occasionali: grazie al partenariato socio economico territoriale attivato (Futurae, 2019).
- Gratuità del servizio di consegna spesa e acqua a domicilio per il primo mese di prova e sua disponibilità presso la maggior parte dei negozi e supermercati del borgo, con consegna su più giorni e fasce orarie (Progetto SCAMBIO, 2020f).

▪ ***Fattori di successo***

- Implementazione di un *welfare di comunità*, che coinvolge più fasce di età, nella convinzione che lo scambio reciproco tra più generazioni, con *background* sociale, economico e culturale a confronto, possa creare valore aggiunto e abbattere la solitudine anche involontaria, tramite il coinvolgimento della comunità di Melpignano.
- Attivazione di un'*economia circolare*, perché tutte le risorse coinvolte sono del luogo.
- Attività progettate per creare un'economia fondata sulla *felicità della comunità*.
- Incoraggiare il *reciproco incontro dei vari partecipanti* al progetto, azione che può creare le condizioni per migliorare la vita di una piccola comunità.
- Raggiungimento dei destinatari del progetto utilizzando diversificando i canali di comunicazione: sondaggi, utilizzati in tutte le fasi di progetto (prima, durante e dopo ogni attività); canali *social*, *web* e carta stampata. Il rapporto diretto rimane comunque il mezzo di comunicazione più importante per questo progetto (Futurae, 2019).

13 Punti di debolezza e fattori di rischio

Il principale fattore di rischio è quello di non riuscire a estendere le esperienze maturate dalla CCM e in particolare dal Progetto *SCAMBIO* fuori dai confini comunali. Diversamente, allargando il bacino di utenti e fruitori dei servizi avviati con il progetto si raggiungerebbe una sostenibilità economica che la ridotta numerosità della popolazione di Melpignano non può garantire.

È ancora da risolvere il problema del mancato ottenimento della licenza di 'noleggio con conducente' necessaria per realizzare il trasporto tramite taxi sociale.

14 Potenziale in termini di policy: replicabilità e/o *up-scaling*

Il Progetto *SCAMBIO*, per come è ideato, si presta alla possibilità di replica in ogni contesto ove esista una realtà di autorganizzazione comunitaria (quale è una cooperativa di comunità) che voglia provare a intervenire su problemi come la solitudine involontaria, la mancanza di servizi socio-assistenziali e l'oblio di antichi mestieri e tradizioni, problematiche comuni a moltissimi piccoli e medi comuni italiani, specialmente del Sud Italia.
Il Progetto *SCAMBIO* non ha ancora espletato pienamente i suoi obiettivi. È quindi ancora presto per considerarlo un modello, tuttavia è da sottolineare che, nelle intenzioni dei suoi ideatori, vi è l'idea di una sua futura estensione ai comuni limitrofi, come quelli della 'Grecia Salentina'. Estensione che rappresenta la *conditio sine qua non* per la prosecuzione del progetto.
Il progetto ha inoltre degli obiettivi di crescita futura. I laboratori intergenerazionali e di cittadinanza attiva, ad esempio, potranno creare le condizioni per avviare attività imprenditoriali vere e proprie basate sulla trasmissione e l'apprendimento di antichi mestieri. Con la rielaborazione in chiave imprenditoriale, potranno così nascere start-up autonome oppure *spin-off* dipendenti dalla CCM, con opportunità di lavoro per i cittadini.
Per quanto riguarda invece la Cooperativa di Comunità di Melpignano, questa è certamente un modello già replicato oltre i confini pugliesi, con esempi anche nell'entroterra ligure (a Torri Superiore, Mendatica, Cadibona, Arnasco e Orco Feglino).

15 Fonti

▪ ***Riferimenti bibliografici e sul web***

Borghi autentici d'Italia (2020) *Puglia, Melpignano –Mi Connetto, Condivido, Scambio* [Locandina online]. Accessibile su: https://www.borghiautenticiditalia.it/mi-connetto-condivido-scambio. (Consultato: maggio 2020).

Bottega del terzo settore (2019) 'Melpignano apripista' [online], *VE Magazine,* 2. Accessibile su: https://www.bottegaterzosettore.it/index.php/magazine/articolo/454/f73abc2a1a5b911abf38371942f7e6de. (Consultato: maggio 2020).

Centro Studi Cooperativi Danilo Ravera (2016) 'Melpignano e la comunità cooperativa: Presentazione del libro di Ivan Stomeo del 2015, dal titolo *La Cooperativa Perfetta'.* Collana 'L'Italia migliora'. Editrice Missionaria Italiana: Verona. ISBN: 9788830722842'[online]. *Biblioteca*. Cooperative e Imprese sociali. CSC Puglia. Accessibile su: https://www.cscliguria.it/melpignano-e-la-comunita-cooperativa/. (Consultato: maggio 2020).

Comuni-Italiani.it (2019) 'Comune di Melpignano'. Accessibile su: http://www.comuni-italiani.it/075/045/. (Consultato: maggio 2020).

CSV Brindisi Lecce (2019) 'La Comunità Coop. di Melpignano lancia una sfida di innovazione sociale' [website] 26 novembre 2019. Accessibile su: https://csvsalento.org/la-comunita-cooperativa-di-melpignano-lancia-una-sfida-di-innovazione-sociale/. (Consultato: maggio 2020).

Futurae (2019) 'Il nuovo progetto della cooperativa di comunità Melpignano' [website]. 3 settembre 2019. Accessibile su: https://www.fondazionefuturae.it/il-nuovo-progetto-della-cooperativa-di-comunita-melpignano/. (Consultato: maggio 2020).

Gualtieri, T., Stomeo, I. (2019) 'A Melpignano istituzione e comunità condividono progetti e lavoro per il bene del territorio' [online], Collana 'Urban@it Background Papers – Rapporto sulle città 2019, Le Agende per lo Sviluppo Urbano Sostenibile – Pratiche di Sostenibilità', Working Paper, *Rivista online di Urban@it*. Centro nazionale di studi per le politiche urbane, 2, dicembre 2019. ISSN 2465-2059. Accessibile su: https://www.urbanit.it/wp-content/uploads/2019/12/BP_Gualtieri_Stomeo.pdf. (Consultato: maggio 2020).

Progetto SCAMBIO (2019) *Progetto SCAMBIO – 29.11.2019 – Infoday* [YouTube video]. Accessibile su: https://www.youtube.com/watch?v=jejvyPcaRo8. (Consultato: maggio 2020).

Progetto SCAMBIO (2020a) 'Riattivare le potenzialità creative della comunità, co-progettare soluzioni ai bisogni individuali e collettivi' [website]. Accessibile su: https://www.progettoscambio.it/#!/progetto. (Consultato: maggio 2020).

Progetto SCAMBIO (2020b) *Progetto SCAMBIO* [pagina Facebook]. Accessibile su: https://www.facebook.com/Progetto-SCAMBIO-110119890457726. (Consultato: maggio 2020).

Progetto SCAMBIO (2020c) 'Progetto SCAMBIO' [website]. Accessibile su: https://www.progettoscambio.it. (Consultato: maggio 2020).

Progetto SCAMBIO (2020d) *Canale YouTube del Progetto SCAMBIO* [YouTube video]. Accessibile su: https://www.youtube.com/channel/UC2HNJvQmknz_IZvt0QpbAyQ. (Consultato: maggio 2020).

Progetto SCAMBIO (2020e) 'La casa si fa più intelligente e ritorna a portato di mano' [website]. Accessibile su: https://www.progettoscambio.it/?dt_portfolio=la-casa-intelligente. (Consultato: maggio 2020).

Progetto SCAMBIO (2020f) 'Figaro! L'eco-corriere' [website]. Accessibile su: https://www.progettoscambio.it/?dt_portfolio=figaro-eco-corriere. (Consultato: maggio 2020).

Progetto SCAMBIO (2020g) *Coronavirus - Assistenza domiciliare gratuita.* [pagina Facebook]. Accessibile su:

https://www.facebook.com/110119890457726/photos/a.116064423196606/155392609263787/?type=3&source=48. (Consultato: maggio 2020).

Regione Puglia (2018) 'POR Puglia 2014-2020 – Asse IX – Promuovere l'inclusione sociale, la lotta alla povertà e ogni forma di discriminazione. Azione 9.6 –Interventi per il rafforzamento delle imprese sociali' (FSE). PugliaSociale In – Coop di Comunità 2018' [online]. Accessibile su: https://pugliasociale.regione.puglia.it/c/document_library/get_file?uuid=cf916397-e032-4d4c-b7a3-1de263e42ba0&groupId=10186. (Consultato: maggio 2020).

- ***Interviste a testimoni privilegiati***

Giovannetti Grazia e Cerullo Sara, Comunità Cooperativa di Melpignano, Melpignano (LE), interviste telefoniche e per e-mail, effettuate nel mese di giugno 2020.

16 Data chiusura del caso studio

La ricostruzione e l'analisi critica del caso studio si sono concluse nel mese di giugno 2020.

17 Contatti

Referenti del progetto:

Grazia Giovannetti, Coordinatrice del Progetto *SCAMBIO,* Presidente Comunità Cooperativa di Melpignano, Melpignano (LE).

e-mail: info@coopcomunitamelpignano.it

Sara Cerullo, Segreteria Progetto *SCAMBIO.*

Renato Pacella**,** Direttore del Progetto *SCAMBIO* e socio CCM.

18 Ringraziamenti

Si ringraziano la coordinatrice del Progetto *SCAMBIO* Grazia Giovannetti, e Sara Cerullo, segretaria della CCM, per aver risposto alle domande dell'autrice, sia per telefono, sia per e-mail e per aver revisionato la scheda.

IN-AGE - INclusive AGEing in place
Laboratorio Politiche Sociali, Politecnico di Milano
Dipartimento Architettura e Territorio, Università Mediterranea di Reggio Calabria
Centro Ricerche Economico-Sociali per l'Invecchiamento, INRCA-IRCCS, Ancona

13 SmartyourHome
Smart home for seniors – Case intelligenti per anziani

di Sabrina Quattrini
Centro Ricerche Economico-Sociali per l'Invecchiamento, INRCA-IRCCS, Ancona.

1 Breve descrizione dell'iniziativa

SmartyourHome (*SYH*) è un Progetto *Erasmus plus,* condotto in cinque paesi europei tra cui l'Italia, che intende diffondere le conoscenze sul «tema delle *smart home* (letteralmente case intelligenti), cioè abitazioni in cui diversi dispositivi e sensori sono collegati tra loro» e talvolta con una centrale di controllo e sono in grado di interagire tra loro, per automatizzare determinate funzioni in casa e consentire agli anziani di migliorare la qualità della propria vita, di pari passo con una «maggior sicurezza, buon *comfort,* e supporto adeguato» (Eurocrea Merchant, 2020). Questi dispositivi consentono di continuare a vivere in casa il più a lungo possibile e in autonomia.

Il progetto, attraverso corsi di formazione *online* rivolti agli anziani messi a punto durante il suo svolgimento, intende diffondere le conoscenze su tecnologie, dispositivi, servizi e applicazioni di casa intelligente e fornire un modello di apprendimento permanente.

2 Luogo

ITALIA, GERMANIA, ROMANIA, IRLANDA, SPAGNA.

3 Contesto territoriale

- ***Tipologia di area***

La diffusione dei corsi *online* sviluppati dal progetto è estesa a tutte le tipologie di aree, da quelle rurali alle metropoli, nei cinque paesi partecipanti: Italia, Germania, Romania, Irlanda, Spagna.

- ***Scala di azione***

Il modello di intervento di *SYH* si basa sulla diffusione e sul consolidamento delle conoscenze sulle dotazioni di tecnologie installate all'interno delle case intelligenti, attraverso lo sviluppo e la partecipazione degli anziani a corsi di formazione *online*. La scala è dunque quella dell'abitazione.

4 Tipologia dell'iniziativa e approccio

- ***Tipologia***

Progetto finanziato da ente pubblico (Commissione Europea).

- ***Soggetti attuatori***

1) *Institute for Learning Innovation* (ILI, Coordinamento del progetto, Università Friedrich Alexander Erlangen-Norimberga, Germania)

ILI è un *team* interdisciplinare composto da 30 membri delle discipline umanistiche e delle scienze tecnologiche. L'istituto svolge attività di ricerca nell'ambito dell'apprendimento basato sui media e digitali per tutta la durata della vita, compresi i bambini delle scuole e gli anziani. Facendo parte di una vasta rete di partner europei e internazionali, ILI partecipa a numerosi progetti e fornisce assistenza, orientamento e *know-how* (SYH, 2020a).

2) *Agentia pentru Dezvoltare Regionala Nord-Est* (*Partner* di progetto per la Romania)

L'Agenzia di Sviluppo Regionale del Nord-Est della Romania è un'organizzazione non governativa, senza fini di lucro, di pubblica utilità, fondata nel 1999 con la missione di essere un generatore di sviluppo economico e sociale nella regione nord-orientale della Romania, promuovendo strategie, attirando risorse, identificando e attuando programmi di finanziamento e offrendo servizi per stimolare lo sviluppo economico sostenibile, i partenariati e lo spirito imprenditoriale. Uno dei suoi Dipartimenti è il 'Centro Regionale di Studi Nord-Orientale', che è stato fondato nel 2010 come centro di sviluppo delle risorse umane attraverso formazione, valutazione delle competenze professionali, formazione specializzata per adulti e principalmente per laureati e ricerca nello sviluppo regionale (SYH, 2020a).

3) *Asociación Empresarial de Investigacion Centro Tecnologico del Mueble y la Madera de la Region de Murcia (CETEM)* (*Partner* di progetto per la Spagna)

CETEM è un'organizzazione di ricerca scientifica e di formazione senza scopo di lucro con sede nel sud-est della Spagna, nata nel 1994, con gli obiettivi principali di promuovere l'industria attraverso ricerca, sviluppo e trasferimento tecnologico e di contribuire al maggior bene della società. CETEM gestisce oltre 30 programmi di formazione professionale ed educativa all'anno e in relazione a *SmartyourHome*, si occupa della formazione e di sviluppo di sistemi e sensori elettronici integrati (SYH, 2020a).

4) *Dublin City University* (*Partner* di progetto per l'Irlanda)

L'Istituto di istruzione DCU è un centro di competenza ed eccellenza nella formazione degli insegnanti e di studenti in generale. Ospita una serie di centri di ricerca in settori chiave prioritari e ha un ambizioso programma di ricerca attraverso l'istruzione. L'Istituto è impegnato nella promozione dell'eccellenza accademica e dell'innovazione (SYH, 2020a).

5) *Eurocrea Merchant* (*Partner* di progetto per l'Italia)

Eurocrea Merchant è una società di consulenza gestionale, attiva anche nella ricerca e formazione, con uffici in Italia a Milano, Napoli e Aversa (CE) e un punto di contatto a Bruxelles, la cui missione è migliorare la competitività e l'innovazione della società europea (SYH, 2020a).

- ***Fonti di finanziamento***

SmartyourHome è un Progetto europeo finanziato dalla Commissione Europea nell'ambito del Programma *Erasmus plus*.

- ***Approccio***

L'approccio è autogestito dai *partners* di progetto e parte dal basso, il finanziamento invece è dall'alto, provenendo da fondi europei.

- ***Target e beneficiari***

Target: il target specifico di questo progetto è rappresentato dagli anziani e da persone che si trovano nella fascia d'età precedente a quella anziana (dai 50 anni in su).

Beneficiari: per le fasi già espletate dal progetto, sono stati raggiunti 176 soggetti nei cinque paesi coinvolti, con un questionario *online* sulle competenze tecnologiche. In Italia, 29 persone di cui 24 sopra i 60 anni. Per le fasi successive, i beneficiari potranno essere le popolazioni nazionali dei paesi coinvolti nel progetto.

5 L'iniziativa

- ***Ambito di intervento***

1. Pratiche innovative che riguardano la vita *in casa* dell'anziano.
1.2. Nuove tecnologie e domotica nell'abitazione.

▪ ***Obiettivi***

L'obiettivo generale del progetto è di consentire agli anziani di rimanere autonomi nelle proprie case il più a lungo possibile, in sicurezza, attraverso il miglioramento e l'ampliamento delle loro opportunità di apprendimento digitale con competenze ICT (Tecnologie dell'Informazione e della Comunicazione) e insegnare loro ad essere creatori e innovatori del proprio ambiente di casa intelligente (Eurocrea Merchant, 2020).

Gli obiettivi specifici sono:

- fornire una formazione di base ad anziani che non hanno alcuna competenza digitale nè alcuna conoscenza sulle case intelligenti, permettendo loro in prospettiva di utilizzare le nuove tecnologie ed eseguire le installazioni iniziali;
- migliorare le opportunità di apprendimento digitale per gli anziani che hanno già qualche competenza di base;
- facilitare l'accesso all'apprendimento digitale continuo attraverso corsi *online* ed offerte basate su Internet;
- permettere agli anziani di partecipare attivamente alla progettazione di corsi *online* sulle case intelligenti;
- promuovere la creazione di reti interregionali ed europee e la cooperazione tra cittadini anziani, per lo scambio di buone pratiche (Consorzio SmartyourHome, 2019; Eurocrea Merchant, 2019).

6 Temporalità

La durata del progetto va da ottobre 2018 fino ad oltre il 2020.

In particolare le principali fasi del progetto sono (SYH, 2020b):

- **2018** ad ottobre ha avvio il progetto;
- **2018** il 13-14 dicembre ha luogo il primo *meeting* (*kick-off*) di *SmartyourHome* in Fürth, ospitato dal partner tedesco (ILI), durante il quale i partner si sono conosciuti di persona, sono state chiarite le prime questioni riguardanti i contenuti e sono stati fissati i principali *milestones*;
- **2019** dal 2 al 28 aprile è stata condotta un'analisi preliminare attraverso un questionario *online* sviluppato dai partners, per raccogliere dati all'interno di ciascun paese coinvolto relativi alle competenze pregresse e ai bisogni dei cittadini anziani in rapporto alle tecnologie domotiche presso l'alloggio (Consorzio SmartyourHome, 2019: 11-2).
- **2019** il 10-11 luglio ha luogo il secondo *meeting* tra i *partners* a Milano, ospitato dal *partner* italiano, Eurocrea Merchant, durante il quale sono state discusse le fasi successive dei singoli risultati intellettuali a livello nazionale e la fissazione di scadenze individuali per le varie attività;
- **2019** il 24 settembre, presentazione da parte dell'Agenzia di Sviluppo Regionale Nord-Est della Romania, tra gli altri progetti europei gestiti anche di *SmartyourHome*. Sono stati presentati gli obiettivi del progetto e i benefici che gli anziani possono ottenere partecipando a corsi *online* dedicati alle tecnologie *smart home;*
- **2019** il 17 ottobre, il coordinatore di *SYH*, ILI, partecipa alla Seconda Conferenza Internazionale del Progetto *Sheld-On*, in Ohrid, sul tema 'Solutions for ageing well at home, in the community and at work' (Soluzioni per invecchiare bene a casa, in comunità e al lavoro), presentando i primi risultati ottenuti (Suttner and Held, 2019a; 2019b). La coincidenza tra i temi della conferenza e gli obiettivi di *SYH* è stata sorprendente e il contributo fornito dal progetto, notevole;
- **2019** il 20 novembre, il coordinatore di *SYH*, ILI, rappresentato dalla relatrice e coordinatrice del progetto Tamara Suttner, è stato ospite presso l'Alten-Akademie di Norimberga, dove ha presentato il Progetto *SmartyourHome*, con gran partecipazione di pubblico interessato ai dispositivi, applicazioni e servizi resi disponibili dalle nuove tecnologie domotiche;

- **2019** il 28 novembre, la North-East Regional Development Agency (NERDA), attraverso il North-East Regional Studies Center, ha organizzato un corso di formazione sulle competenze in ambito digitale, a Piatra Neamt, in Romania, a cui hanno partecipato più di 30 soggetti, L'evento è stata una grande opportunità per diffondere le attività dei risultati del progetto *SmartyourHome*;
- **2020** 25-27 febbraio, si doveva tenere il terzo incontro dei partner in Romania, il quale è stato annullato a causa dell'epidemia da Covid-19. Di conseguenza è stato programmato un incontro *online* (25-27 febbraio 2020), durante il quale si è svolta una sessione di 'Power online Meeting', nella quale i partner sono stati in grado di discutere tutti i punti importanti del progetto, di fissare nuove scadenze e determinare i prossimi impegni di lavoro per la fase successiva del progetto, durante la quale si dovrà ideare e lo sviluppare un corso base sulle *smart home*.
- **2020** 4-5 marzo il coordinatore di *SYH* (Institute for Learning Innovation) ha partecipato ad un OER (Educational Resources) Barcamp, a Fürth, in Germania. Durante una sessione è stato presentato un poster di *SmartyourHome* che ha attirato l'attenzione sulle tematiche del progetto e cioè, il tema della *smart home* e degli *anziani*.

7 Origine, radici, principali tappe del progetto

▪ ***Le origini e le radici***

Il Progetto *SYH* ha come finalità principale-la creazione di corsi *online* sui concetti e i dispositivi di casa intelligente, che hanno lo scopo di consentire alle persone anziane di vivere più a lungo in modo autonomo nella propria casa dotata di dispositivi domestici intelligenti; e di rendere gli anziani consapevoli di quali dispositivi o applicazioni sono più utili per loro, e quali meno (SYH, 2020b).

Un'altra finalità del progetto, consiste nella messa a punto di *raccomandazioni* per lo sviluppo dei corsi di formazione *online* per anziani riguardanti le case intelligenti.

Nelle fasi iniziali del progetto, i *partners* hanno ritenuto necessario condurre un'analisi preliminare, attraverso un questionario *online* sviluppato dagli stessi, per raccogliere dati, all'interno di ciascun paese coinvolto, relativi alle competenze pregresse e ai bisogni dei cittadini anziani in rapporto all'uso di tecnologie domotiche presso l'alloggio. Tale analisi è stata ritenuta necessaria in quanto la letteratura in merito, non è ancora considerata sufficiente al fine di poter prendere determinate decisioni all'interno del progetto (Consorzio SmartyourHome, 2019: 11).

Sono state intervistate 176 persone nei cinque paesi da cui è emerso che nel campione italiano e in quello rumeno è molto elevata la percentuale degli utenti principianti riguardo le conoscenze sulle case intelligenti (rispettivamente 75,9% e 73,9%), mentre nel campione irlandese e in quello tedesco prevale la percentuale di utenti con livello intermedio di conoscenze (rispettivamente 70% e 66,7%) (Consorzio SmartyourHome, 2019: 11).

Successivamente, sono stati condotti dei *focus groups* in ogni paese, formati da un numero limitato di persone, coordinate da un moderatore, che vengono invitate a discutere di un tema specifico, al fine di produrre dati qualitativi (preferenze ed opinioni) anche se non rappresentativi della popolazione generale (Consorzio SmartyourHome, 2019: 13).

Utilizzando i risultati ottenuti da queste due fonti, ogni *partner* ha elaborato le conclusioni sul proprio paese, riguardanti principalmente i seguenti aspetti:

- la conoscenza pregressa degli anziani sulle tecnologie domotiche presso l'alloggio;
- i modi in cui tali tecnologie influenzino le vite degli anziani;
- in che misura gli anziani possano beneficiare di queste tecnologie.

Inoltre, i partners insieme hanno formulato le raccomandazioni per lo sviluppo di corsi di formazione *online* per anziani sulle case intelligenti.

Di seguito viene riportata una sintesi dei *framework* nazionali *e dei risultati dei questionari e dei focus groups nei cinque paesi*, in termini di relazioni tra anziani e case intelligenti e le conseguenti

raccomandazioni per lo sviluppo dei corsi di formazione *online* (Consorzio SmartyourHome, 2019).

1) *ITALIA*

Framework italiano

L'Italia presenta un'elevata quota di popolazione anziana e una tendenza all'invecchiamento in crescita nei prossimi anni, quindi la società italiana sarà composta da cittadini sempre più anziani, molti dei quali vivono da soli (il 52% degli ultra 85enni). Inoltre, gli ultra 65enni italiani hanno redditi significativamente più bassi rispetto alle altre classi di popolazione (Consorzio SmartyourHome, 2019). Riguardo all'attuale livello delle abilità digitali e delle competenze sulle nuove tecnologie, gli anziani italiani non raggiungono la sufficienza, in quanto solo il 24,4% delle persone intervistate di età compresa tra 65 e 74 anni e il 6,6% di quelle con più di 74 anni sono in grado di usare il *computer*, e simili sono i dati sull'uso di Internet. In sintesi, gli anziani italiani sono dei 'primitivi digitali', hanno cioè competenze di base e limitate o assenti, e ciò influenza negativamente anche la loro disponibilità ad acquistare e utilizzare tecnologie intelligenti (Consorzio SmartyourHome, 2019: 9).

Analisi dei dati e focus group in Italia

Dall'analisi dei dati provenienti dal questionario *online*, la tecnologia domotica è ampiamente apprezzata e suscita interesse fra gli anziani italiani e i vantaggi ad essa attribuiti sono soprattutto quelli riguardanti la sicurezza personale e dell'alloggio, la salute (misurazioni di parametri e allarmi medicali), l'energia, la comunicazione e l'intrattenimento.

Gli anziani intervistati sono consapevoli di contenuti, caratteristiche e finalità delle tecnologie domotiche, oltre ad essere disposti a spendere per dotarsi di tali dispositivi, ma allo stesso tempo sono preoccupati oltre che dei costi da sostenere, percepiti come elevati, anche di eventuali violazioni della propria *privacy*.

L'immagine generale che emerge dal questionario in Italia evidenzia però un forte interesse a conoscere più approfonditamente e ad apprendere come usare i dispositivi tecnologici, riconoscendone i potenziali benefici.

Ciò nondimeno la principale barriera alla diffusione di queste innovazioni in Italia è proprio il basso livello di conoscenze tecnologiche tra gli anziani.

I tre *focus group* condotti tra gli anziani italiani hanno sostanzialmente confermato i dati emersi dall'analisi del questionario. In tutti e tre i gruppi, l'interesse degli anziani per il tema era elevato. I partecipanti hanno sottolineato l'importanza di tutte le tecnologie (e non solo quelle domotiche) per tenersi in contatto con la famiglia e gli amici e per essere connessi col mondo circostante. Per contro, gli anziani hanno mostrato una certa preoccupazione sul proprio livello di competenze digitali e hanno sottolineato di avere bisogno di aiuto con le tecnologie domotiche, a partire dalle fasi di installazione, fino a quelle di uso e manutenzione. La discussione all'interno dei *focus group* ha confermato che i vantaggi principali sono rappresentati dalla sicurezza e i rischi sono quelli connessi ad eventuali minacce alla *privacy* e ad alti costi attesi (Consorzio SmartyourHome, 2019: 20-1).

2) *GERMANIA*

Framework tedesco

La società tedesca sarà sempre più caratterizzata dalla presenza delle persone anziane, sia a causa dell'ingresso nell'età considerata anziana dei cosiddetti *baby boomers,* sia per l'aumento dell'aspettativa di vita, che va di pari passo con il miglioramento delle condizioni di vita. Attualmente, una persona su quattro in Germania ha 60 anni o più ed entro il 2050 sarà una persona su tre. Inoltre, la maggior parte degli anziani ultra 65enni, in Germania, si sente in forma e afferma di voler vivere il più a lungo possibile nella propria casa. In questo paese, le dotazioni che rientrano nel concetto di casa intelligente sembrano avere il potenziale per contribuire a soddisfare questa domanda di domiciliarità, ma solo dopo aver insegnato agli anziani come usare e gestire tali dotazioni (Consorzio SmartyourHome, 2019: 5).

Analisi dei dati e focus group in Germania

Più del 95% dei partecipanti al sondaggio *online* considerano di grande aiuto per gli anziani che vivono nelle proprie case, l'uso delle tecnologie e della domotica. Questa caratteristica positiva delle tecnologie per la casa intelligente viene riconosciuta anche dai cittadini anziani che vivono in zone rurali, che hanno più difficoltà nel partecipare agli sviluppi sociali, rispetto a quelli che vivono in aree urbane. Il tema della domotica suscita interesse, in egual misura tra uomini e donne. I risultati dell'analisi del questionario *online*, mostrano come i partecipanti tedeschi dai 50 ai 99 anni possiedano già delle abilità ICT ed esperienza nell'uso di Internet, *computer* e *smartphone.* La maggior parte degli anziani dei *focus group* conosce la definizione di casa intelligente e il suo significato, ma pochi ne conoscono l'uso e la programmazione. Di conseguenza, i corsi di formazioni *online* dovrebbero impartire sia una conoscenza di base sulla domotica, sia una conoscenza di livello esperto per chi ha già delle conoscenze o delle esperienze dirette. Dal sondaggio emerge che i dispositivi intelligenti per il controllo della casa, il riscaldamento autonomo, il controllo remoto dei sistemi d'allarme con sensori antintrusione, i rilevatori di fumo e d'acqua, il controllo automatico dell'illuminazione e della temperatura e l'irrigazione automatica del giardino sono quelli ritenuti in assoluto più utili dagli intervistati. Coloro che non avevano avuto nessun contatto con i dispositivi domotici erano interessati, in particolar modo, alla domotica applicata alla sfera dell'intrattenimento, seguita da quelle relative a salute, sicurezza della casa, gestione dell'energia e automazione.

I cittadini *senior* attribuiscono particolare importanza alla sicurezza e alla lunga permanenza in casa, il che rende indispensabile fornire le dovute informazioni sull'uso corretto e la giusta manipolazione dei dispositivi domotici. L'argomento della protezione dei dati rappresenta fonte di sfiducia negli anziani. In generale, il *focus group* ha aiutato a rinforzare le informazioni ottenute tramite il questionario *online* e ha dato modo di approfondire certi aspetti più nel dettaglio, di particolare importanza per lo sviluppo e la creazione della piattaforma, dei corsi *online* e dei video interattivi. Tutti i partecipanti erano molto motivati a prender parte alle discussioni di gruppo e hanno espresso il loro interesse sul tema della domotica (Consorzio SmartyourHome, 2019: 13-5).

3) *IRLANDA*

Framework irlandese

Mentre l'Europa registra una crescita generale dell'invecchiamento della popolazione, l'Irlanda è in controtendenza, con un'età media della popolazione di 37,4 anni (a fronte della media europea di 42,4) e solo il 13,4% della popolazione irlandese ha 65 anni o più, con una previsione di crescita degli ultrasessantenni fino al 25% entro il 2041. Inoltre, più di un anziano su quattro di età pari o superiore a 65 anni vive solo. Gli anziani irlandesi non hanno però un adeguato supporto nello sviluppare le proprie competenze digitali, sperimentando quindi il fenomeno noto come 'esclusione digitale'. Le statistiche confermano che 'solo il 3% degli irlandesi di 75 anni o più usa *Internet*, mentre il 70% della popolazione con più di 65 anni, non è mai stato *online*. Solo il 17% degli irlandesi di età compresa tra 65 e 74 anni possiede qualche competenza digitale (rispetto al il 25% della media dell'UE)' (Consorzio SmartyourHome, 2019: 6-7).

Analisi dei dati e focus group in Irlanda

I risultati del questionario di *SmartyourHome* mostrano che gli anziani irlandesi desiderano dalle case intelligenti: sicurezza, efficienza energetica e risparmio. Tuttavia essi sono preoccupati da eventuali violazioni della *privacy* e dai costi d'installazione e manutenzione. La maggioranza dei partecipanti è disponibile a diventare un *tutor* virtuale di domotica e ha una percezione positiva riguardo le case intelligenti e i loro potenziali vantaggi. Tale indagine si è rivelata particolarmente utile in Irlanda, a fronte della quasi totale assenza di dati sulla popolazione specifica di cittadini anziani e l'uso che essi fanno dei dispositivi e dei servizi domotici, un vuoto che il progetto *SmartyourHome* ha parzialmente coperto con il questionario. L'analisi del campione del questionario di *SmartyourHome* indica che esiste una notevole distanza tra la domotica e gli anziani irlandesi: solo un adulto su 10 ha una casa intelligente e appena il 20% ha acquistato prodotti o servizi domotici, anche se il 70% sa cosa sono. Soltanto il 17% degli Irlandesi di età compresa fra 65 e 74 anni ha competenze digitali di base o leggermente superiori.

Il *focus group* ha evidenziato che il 91% dei partecipanti usa *computer* e *smartphone* quotidianamente, il che dimostra un alto livello di coinvolgimento con le tecnologie di base e che le preoccupazioni principali includono: sicurezza (36%), risparmio (18%), difficoltà ad apprendere a proposito della tecnologia domotica (18%), e fiducia (9%). Tutti i partecipanti hanno concordato che tra i fattori principali che potrebbero convincerli a domotizzare le loro case ci sono: il controllo sul proprio ambiente, la flessibilità e l'efficienza data dalle case intelligenti; mentre risultano fattori secondari la sicurezza, la comodità e l'indipendenza (Consorzio SmartyourHome, 2019: 15,17).

4) *SPAGNA*

Framework spagnolo

In Spagna l'invecchiamento della popolazione è in rapida crescita: nel 2020 l'età mediana si attesta su 44,9 anni, ma nel 2025 essa salirà a 53,2 (Worldometers, 2020).

Si stima che in Spagna, oltre l'81% degli anziani non riceva alcun tipo di assistenza formale o teleassistenza, il che implica che esiste un grande mercato per i dispositivi domestici intelligenti. Purtroppo, in questo paese, il mercato delle case intelligenti per l'assistenza agli anziani è ancora nella fase iniziale del suo sviluppo (Consorzio SmartyourHome, 2019: 7-8).

Analisi dei dati e focus group in Spagna

I risultati del questionario evidenziano che il campione spagnolo è composto da persone con basse competenze digitali e nessuna competenza di programmazione, ma con un buon livello di competenza nell'installare i dispositivi. Questo aspetto, unito alla loro predisposizione ad aiutare gli altri allievi, prospetta buone possibilità di individuare tra essi degli *e-tutor*. Riscuote diverse preferenze una formazione di due massimo quattro ore settimanali, in sessioni faccia a faccia o in gruppo, con una tendenza a preferire un tipo di apprendimento che contemperi sia il corso di formazione virtuale e sia l'apprendimento intergenerazionale, ma non separatamente. Considerando gli interessi, i benefici e i dubbi riguardo la domotica emersi dai *focus groups*, il contenuto della formazione in Spagna dovrebbe includere le seguenti tematiche: energia e risparmio sui costi, assistenza e salute, sicurezza domestica, temi relative alla *privacy*, soluzioni a basso costo; secondariamente: intrattenimento, comunicazione e comodità.

I partecipanti al *focus group* spagnolo hanno preoccupazioni inerenti alla loro scarsa familiarità con la tecnologia e il linguaggio a essa associato. I partecipanti ai *focus groups* spagnoli prediligono l'apprendimento faccia a faccia e rifiutano quello *online*. Un corso *online* potrebbe essere accettato eventualmente solo dopo una sessione iniziale di persona, che insegni loro anche come prendere parte alle lezioni. L'interesse a diventare *tutor* virtuali è risultato scarso (Consorzio SmartyourHome, 2019: 18).

5) *ROMANIA*

Framework rumeno

La Romania sta sperimentando un cambiamento demografico senza precedenti, nel quale al naturale processo di invecchiamento della popolazione connesso ai miglioramenti dell'aspettativa di vita e del calo dei tassi di fertilità si cumula con quello derivante dal recente fenomeno della crescita drammatica dell'emigrazione dei giovani verso l'estero. Per quanto riguarda la digitalizzazione della popolazione rumena, nel 2017 quasi i due terzi delle famiglie avevano un *computer* domestico, il 66% dei quali era concentrato nelle aree urbane; mentre nello stesso anno il 69% delle famiglie ha avuto accesso ad Internet, di cui il 64% è concentrato nell'area urbana. Il *computer* è più usato da utenti che vivono in aree urbane, rispetto a quelli che vivono in ambiti rurali (1,7 volte maggiore) (Consorzio SmartyourHome, 2019: 8).

Analisi dei dati e focus group in Romania

Le competenze sulle tecnologie domotiche degli intervistati rumeni sono molto deboli, considerando che il 73,9% ha un livello minimo di competenze ICT e solo il 35% ha qualche nozione sul concetto di casa intelligente. D'altra parte, si è riscontrato che gli intervistati sono interessati a conoscere ogni metodo che possa migliorare la qualità della loro vita. Le tecnologie

intelligenti che hanno riscosso più successo sono quelle che riguardano: la sicurezza dell'alloggio, il controllo della salute e la comodità.

Considerando quanto emerso dai *focus groups* in Romania, va premesso che l'atteggiamento iniziale dei partecipanti alla discussione è risultato riluttante, ma una volta presentati i concetti della casa intelligente in parole semplici, sono diventati proattivi e hanno cominciato a fare domande per saperne di più. Il corso di formazione *online* e la relativa piattaforma dovrebbero usare un lessico semplice, video interattivi con una forte componente visiva, che descrivano ogni concetto con esempi pratici e sottolineando che il prezzo di questi dispositivi tende a diminuire con l'allargamento del mercato, rendendoli dunque sempre più accessibili (Consorzio SmartyourHome, 2019: 19).

Raccomandazioni per lo sviluppo dei corsi di formazione online

Dalle analisi svolte nei singoli paesi sono state elaborate le raccomandazioni per lo sviluppo dei corsi *online*, che riflettono i principali punti in comune emersi dalle analisi di dati derivanti dai questionari e dai *focus group*.
Al fine di ottenere i migliori risultati possibili in termini di prodotti che devono essere creati dal Progetto *SmartyourHome*, queste sono le raccomandazioni da tenere in considerazione:

- Semplicità nel maneggiare dispositivi domotici.
- Operazioni di tecnologie domotiche facili e semplici.
- Temi importanti da trattare:
  - salute;
  - assistenza;
  - protezione dei dati personali;
  - (propria) sicurezza;
  - comodità;
  - energia.
- Spiegare alle persone anziane l'uso e manutenzione dei dispositivi e delle applicazioni domotiche per renderli in grado di farne uso autonomamente.
- Concepire e sviluppare corsi virtuali a partire dal livello base, con l'aumento progressivo della difficoltà dei livelli durante lo svolgersi dei corsi.
- Inizialmente, focalizzare l'attenzione sui dispositivi domotici, dalla concezione allo sviluppo dei corsi virtuali e prodotti in questo progetto (concepibile soltanto come l'ultima unità del corso avanzato, per anziani esperti).
- Insegnare agli anziani a saper distinguere i dispositivi utili da quelli meno utili, in relazione ai loro bisogni specifici.
- Tentare di ridurre la sfiducia degli anziani verso la domotica attraverso i prodotti sviluppati dal progetto.
- Assicurare che le applicazioni domotiche e i servizi della casa intelligente funzionino anche in modalità *offline*, cioè in caso di mancanza di energia o senza rete fissa.
- Stabilire e garantire il supporto, l'assistenza e i punti di contatto per i cittadini anziani che dovessero avere domande o problemi riguardo al progetto e i suoi prodotti (tipo *tutor* virtuali affiancati ai corsi *online*) (Consorzio SmartyourHome, 2019: 22-3).

È importante sottolineare che, secondo gli anziani, le lezioni virtuali non devono durare più di quattro ore ciascuna e si dovrebbero basare su una varietà di metodi che tengano in considerazione sia l'apprendimento indipendente, sia il contatto sociale, quest'ultima considerata la modalità preferenziale di apprendimento da parte degli anziani (Consorzio SmartyourHome, 2019: 22-3).

Framework pedagogico

Il progetto prevede anche la costruzione di un *framework* o quadro pedagogico, con lo scopo di esporre in modo strutturato i risultati e le raccomandazioni emerse nelle fasi precedenti del progetto, e di descrivere *le componenti e le attività didattiche* che nel loro complesso rappresentano un modello che guidi la pianificazione e l'implementazione delle offerte di apprendimento *online* nell'ambito di *SYH* (Consorzio SmartyourHome, 2019: 23-4), e cioè:

a) Motivazione intrinseca

La maggior parte degli anziani hanno una motivazione, rappresentata dal proprio interesse, ad apprendere nuove nozioni, in particolare sulla casa intelligente, che è il *focus* del Progetto *SYH*. Tale motivazione è, però, qualcosa fragile e non immutabile e lo sviluppo dei corsi deve tenerlo in considerazione (Consorzio SmartyourHome, 2019: 25).

b) Eterogeneità

Vista l'eterogeneità degli studenti, i corsi di formazione *online* in *SmartyourHome* dovrebbero prevedere percorsi diversi, in base alle loro conoscenze pregresse, partendo da un livello molto basso, destinato alle persone con meno conoscenze ed articolarsi in altri di livello medio o avanzato con di difficoltà di apprendimento crescenti, tutti con previsione di piccoli *step* di apprendimento. In questo modo ogni studente può decidere autonomamente a quale livello desidera accedere e a quale contenuto è interessato (Consorzio SmartyourHome, 2019: 26-7).

c) Inclusione sociale/autonomia

L'inclusione sociale è un desiderio molto sentito dagli anziani, che si realizza tramite la loro partecipazione attiva alla creazione e attuazione dei corsi e prodotti *online* sviluppati al suo interno, oltre che con un approccio misto che preveda un rapporto 'faccia a faccia', che si attua quando gli anziani con più conoscenze insegnano ad altri anziani l'argomento della casa intelligente, nelle vesti di *e-tutor*, che va ad integrare le parti dell'apprendimento *online* che sono seguite da soli. Anche l'autonomia è un aspetto molto sentito dagli anziani, che vogliono poter rimanere autonomi nelle proprie case il più a lungo possibile anche in età avanzata e con problematiche di autonomia non così gravi da rendere impossibile il vivere da soli. Considerando questi aspetti, il progetto può rendere gli anziani più consapevoli del grande vantaggio dell'uso dei dispositivi della casa intelligente per la loro vita quotidiana, spiegando in modo completo le funzionalità di dispositivi, applicazioni e servizi della casa intelligente e insegnando loro come usarli in modo responsabile (Consorzio SmartyourHome, 2019: 27-8).

d) Apertura verso problemi di natura tecnica

Gli anziani usano *computer* o *smartphone*, o accedono a Internet senza aiuto, spesso anche ogni giorno. Ciò significa che sovente non c'è nessuno a cui chiedere aiuto per risolvere eventuali problemi tecnici che potrebbero presentarsi. Il Progetto *SmartyourHome* mette a punto corsi *online* che oltre ad essere di semplice comprensione, offrono anche un supporto tecnico adeguato. Particolare attenzione va posta per assicurare che le applicazioni e i servizi della casa intelligente funzionino davvero, soprattutto in caso di emergenza, di interruzione di corrente o malfunzionamento della rete *wireless* (Consorzio SmartyourHome, 2019: 28-9).

e) Responsabilità e capacità di auto-gestione

La strutturazione dei corsi *online* è fatta in modo tale da incoraggiare gli anziani ad essere i responsabili del proprio percorso di apprendimento, quindi in grado di decider in autonomia cosa, quando e quanto vogliono imparare (Consorzio SmartyourHome, 2019: 29).

f) Comunicazione

La comunicazione tra i partecipanti al corso va stimolata e attuata, fin da subito, ad esempio attraverso un giorno di presenza all'inizio del corso *online*, un'*e-mail* da parte di un *tutor* del corso, discussioni e commenti nei *forum* ed essere promossa durante l'intero corso. Inoltre, è importante garantire supporto, accompagnamento, supervisione e punti di contatto per permettere alle persone anziane di porre domande e ottenere risposte sull'uso, sulla gestione dei dispositivi e in generale sui problemi incontrati relativi al progetto e ai suoi prodotti (Consorzio SmartyourHome, 2019: 30-1).

Alla fine del quadro pedagogico si trova una prima bozza di strutturazione e sviluppo di corsi *online* nel progetto *SmartyourHome*, che sintetizza tempi e metodi (vedi Figura 1).

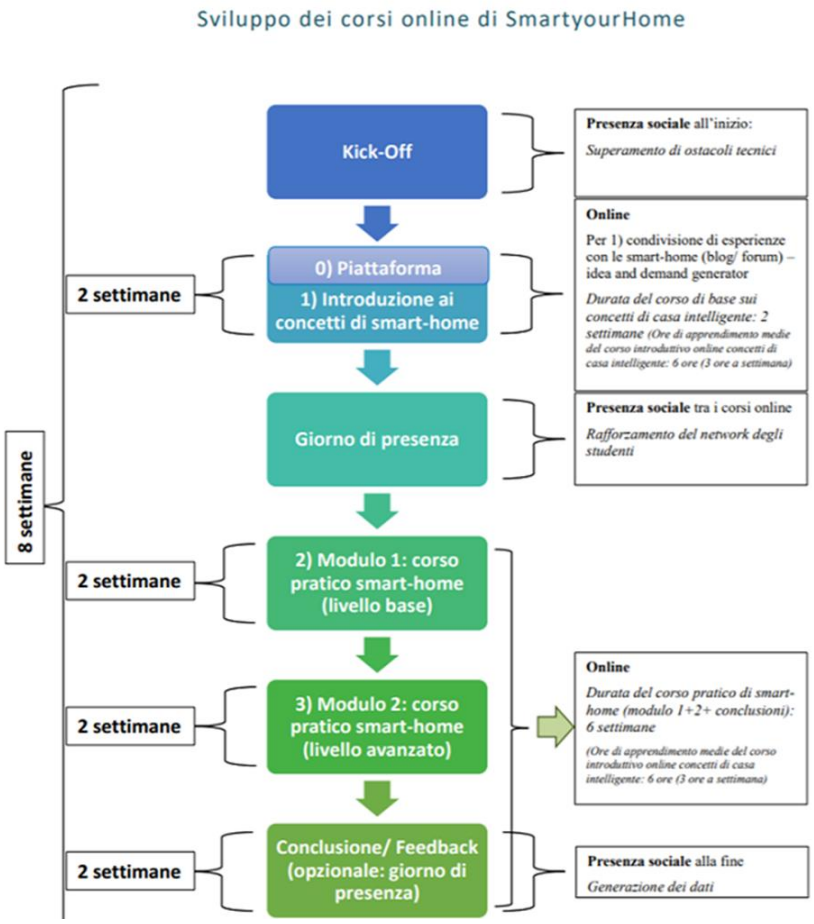


Figura 1. Sviluppo di corsi online di SmartyourHome.
Fonte: Consorzio SmartyourHome, 2019: 32.

8 Agency e relazioni con il sistema

▪ ***Principali attori ed eventuale leadership***

La *leadership* del progetto spetta all'Innovation in Learning Institute (ILI, Germania). Gli altri attori sono gli altri quattro *partners* di progetto.

▪ ***Relazioni con il sistema***

Iniziativa autonoma ma integrata con il sistema pubblico per quanto riguarda il finanziamento.

▪ ***Cosa è rimasto del progetto***

Le attività del progetto che rappresentano gli *output* da implementare nei relativi contesti nazionali dei paesi *partners* e in prospettiva anche in altri, consistono in:

- piattaforma di apprendimento *online*;
- training degli *e-tutor*;
- corsi *online* sulla domotica.

9 Risorse mobilitate (finanziarie, umane, organizzative, politiche)

▪ ***Risorse finanziarie***

L'importo del finanziamento non è stato reperibile.

▪ ***Risorse umane, organizzative e politiche***

Quelle messe in campo dai *partners* di progetto e dal coordinatore (non meglio specificate).

10 Dimensioni innovative

▪ ***Soddisfazione di bisogni non coperti dal sistema di cura***

La partecipazione a corsi *online* per apprendere l'utilizzo delle nuove tecnologie e delle case intelligenti messi a punto da *SYH* rappresenta una risposta a bisogni di apprendimento e formazione continua dei potenziali utilizzatori di tali strumenti non coperti dal sistema di cura.

▪ ***Modifica delle relazioni sociali/istituzionali tra anziani e altri attori***

Gli anziani che partecipano a corsi *online* sull'utilizzo delle nuove tecnologie e delle case intelligenti vedono modificarsi le proprie relazioni con altri attori, in quanto diventano meno dipendenti dagli altri quando si tratta di utilizzare le nuove tecnologie sulle case intelligenti, diventando protagonisti della creazione del proprio ambiente di vita domotico.

▪ ***Empowerment/aumento della capacità di esprimersi e incidere***

Avendo maggiori conoscenze sull'utilizzo delle nuove tecnologie, inclusi *smartphone, computer* e *Internet*, gli anziani che partecipano a corsi *online* sviluppati dal Progetto *SYH*, vedono aumentare le proprie possibilità di comunicazione e conseguentemente le opportunità di esprimere le proprie idee ed incidere sulla realtà. Inoltre, è previsto che gli anziani siano attivi nel progettare i corsi *online* che rispondano al loro livello di conoscenza di partenza ed esigenze di apprendimento.

11 Principali risultati dell'iniziativa

- Aumento della conoscenza sul sapere e sui bisogni degli anziani rispetto alle case intelligenti.
- Formulazione di linee guida per la creazione di corsi di apprendimento *online* per anziani sulle case domotiche che tengano conto delle peculiarità degli anziani di ogni paese.
- Formulazione di raccomandazioni e strutturazione utili alla creazione di corsi *online* per anziani sulle tecnologie domotiche per l'alloggio.

12 Punti di forza e fattori di successo

▪ ***Punti di forza***

- Rappresentare un volano per innescare processi virtuosi di apprendimento, laddove il mercato della casa intelligente per l'assistenza agli adulti più anziani è ancora agli esordi.
- Colmare le lacune riguardanti le abilità digitali degli anziani, le quali possono limitare la loro disponibilità ad acquistare e utilizzare elettrodomestici intelligenti anche dove il mercato delle case intelligenti è già a buon punto di sviluppo.
- Insegnare agli anziani come gestire e usare le attrezzature digitali che possono essere installate nelle loro case e a destreggiarsi con la crescente digitalizzazione della vita quotidiana.
- Traduzione i cinque lingue delle analisi degli attuali *framework* nazionali, dei risultati dei questionari e dei *focus groups* condotti nei cinque paesi *partners* del progetto (SYH, 2020c).

▪ ***Fattori di successo***

- Strutturazione e sviluppo dei corsi *online* a partire dal livello base, fino ai livelli più avanzati a seconda delle competenze digitali pregresse dei partecipanti. In tal modo le preoccupazioni legate all'uso delle nuove tecnologie possono essere facilmente dissipate.
- Incremento della capacità degli anziani nel distinguere i dispositivi utili da quelli meno utili, in relazione ai loro bisogni specifici.
- Presenza di *e-tutor* che si affiancano ai corsi *online*, per garantire il supporto, l'assistenza e i punti di contatto per i cittadini anziani che hanno domande o problemi riguardo al progetto e i suoi prodotti.

- Partecipazione attiva degli anziani alla creazione e all'implementazione di corsi e prodotti *online*, oltre che alla costruzione autonoma del proprio ambiente di casa intelligente.

13 Punti di debolezza e fattori di rischio

- Sfiducia e scetticismo degli anziani verso la domotica e timori per eventuali violazioni della propria *privacy* e la sicurezza dei propri dati. Tali aspetti vanno affrontati nello sviluppo di offerte formative in grado di tranquillizzare gli anziani sui timori espressi rispetto alle nuove tecnologie e all'innovazione e rendendoli consapevoli dei grandi vantaggi ad esse connesse e aiutandoli a considerale come un supporto quotidiano alla vita domestica, seguendo le indicazioni contenute nel *framework* pedagogico sviluppato.
- Limitata disponibilità di tempo da parte degli anziani per la partecipazione alle lezioni *online*, che non devono superiore le quattro ore ciascuna, anche per non disperdere l'attenzione dei discenti. Timori degli anziani per gli alti costi derivanti dall'utilizzo della domotica nelle case intelligenti. Necessità di tradurre i risultati e gli output del progetto nelle lingue madri dei vari paesi che vorranno costruire corsi *online* per anziani sulle case domotiche.

14 Potenziale in termini di policy: replicabilità e/o *up-scaling*

L'impianto multicentrico del progetto, che ha coinvolto già cinque paesi, è di per sé orientato alla sua replicabilità, se ci saranno la volontà politica e i finanziamenti per estendere i prodotti e gli insegnamenti creati e formulati dal Progetto *SYH* ad altri paesi.

15 Fonti

▪ ***Riferimenti bibliografici e sul web***

AeA (2020) 'Le Abitazioni per la Terza Età' [website]. Accessibile su: http://www.abitareeanziani.it/le-abitazioni-per-la-terza-eta/. (Consultato: luglio 2020).

Carrino, A. (2019) 'Cresce la Silver Economy in Italia: i senior producono benessere' [online], *Spazio50.org – Portale over50*, 31 ottobre 2019. Accessibile su: https://www.spazio50.org/cresce-la-silver-economy-in-italia-i-senior-producono-benessere/. (Consultato: luglio 2020).

Consorzio SmartyourHome (2019) *Smart home per senior – Analisi delle esigenze dei senior nel campo della domotica* [online], Consorzio di SmartyourHome, giugno 2019. Accessibile su: https://www.smartyourhome-project.ili.eu/wp-content/uploads/2020/01/SmartyourHome-Publication_italian.pdf. (Consultato: luglio 2020).

Eurocrea Merchant (2020) 'Project description SYH' [website]. Accessibile su: http://www.eurocreamerchant.it/progetti/smartyourhome/. (Consultato: luglio 2020).

Eurocrea Merchant (2019) 'Make your home smarter with SmartyourHome' [website]. Accessibile su: http://www.eurocreamerchant.it/en/make-your-home-smarter-with-smartyourhome/. (Consultato: luglio 2020).

Sheld-on (2019) *Second Sheld-on conference meeting - Solutions for ageing well at home, in the community and at work – Proceedings: Indoor living space improvement: Smart habitat for the elderly* [online]. 'Proceedings Book'. COST Action CA16226 – Indoor living space improvement: Smart Habitat for the Elderly. Ohrid (North Macedonia). 17 ottobre 2019. Accessibile su: http://www.sheld-on.eu/wp-content/uploads/2019/09/sheld-on-second-conference-meeting-proceedings-book.pdf. (Consultato: luglio 2020).

SYH (2020a) 'Progetto SmartyourHome: partners del progetto' [website]. Accessibile su: https://www.smartyourhome-project.ili.eu/it/project-partners-ita/ (Consultato: luglio 2020).

SYH (2020b) 'Progetto SmartyourHome', News [website]. Accessibile su: https://www.smartyourhome-project.ili.eu/news/. (Consultato: luglio 2020).

SYH (2020c) 'Progetto SmartyourHome', Pubblicazioni [website]. Accessibile su: https://www.smartyourhome-project.ili.eu/it/downloads-ita/. (Consultato: luglio 2020).

Suttner, T., Held, P. (2019a) 'Smart homes for seniors –analysis on competences and needs of senior citizens related to domotics', in Sheld-on (ed.) *Sheld-on second conference meeting,* 'Book of abstracts', COST Action CA16226 – Indoor living space improvement: Smart Habitat for the Elderly. Ohrid (North Macedonia), 17 ottobre 2019, p. 25. Accessibile su: http://www.sheld-on.eu/wp-content/uploads/2019/10/publicacion-peq-3-web-paginado.pdf. (Consultato: luglio 2020).

Suttner, T., Held, P. (2019b) 'Analysis on competences and needs of senior citizens related to domotics', in Sheld-on (ed.) *Second Sheld-on conference meeting - Solutions for ageing well at home, in the community and at work – Proceedings: Indoor living space improvement: Smart habitat for the elderly.* 'Proceedings Book'. COST Action CA16226 – Indoor living space improvement: Smart Habitat for the Elderly. Ohrid (North Macedonia). 17 ottobre 2019. *pp. 99-102.* Accessibile su: http://www.sheld-on.eu/wp-content/uploads/2019/09/sheld-on-second-conference-meeting-proceedings-book.pdf. (Consultato: luglio 2020).

Worldometers (2020) 'Spain population'. Accessibile su: https://www.worldometers.info/world-population/spain-population/. (Consultato: luglio 2020).

16 Data chiusura del caso studio

La ricostruzione e l'analisi critica del caso studio si sono concluse nel mese di agosto 2020.

IN-AGE - INclusive AGEing in place
Laboratorio Politiche Sociali, Politecnico di Milano
Dipartimento Architettura e Territorio, Università Mediterranea di Reggio Calabria
Centro Ricerche Economico-Sociali per l'Invecchiamento, INRCA-IRCCS, Ancona

14 WELCOMTECH
Reti a sostegno degli anziani vulnerabili

di Luigi Nava
Dipartimento di Architettura e Studi Urbani, Politecnico di Milano

1 Breve descrizione dell'iniziativa

WelComTech eroga servizi a soggetti non in carico ai servizi sociali perché ancora autosufficienti ma privi di una rete di sostegno. Il progetto nasce dall'aspirazione di intercettare preventivamente casi che in futuro potrebbero aggravarsi così da iniziare a strutturare una rete di relazioni (professionale e di volontari) in loro supporto e costruire così un rapporto di fiducia. Dal punto di vista operativo il progetto è articolato in due assi: 1) costituzione di una rete di tutor di comunità, figura che gestisce il rapporto tra anziani, servizi e territorio; 2) digitalizzazione dei processi di assistenza e di cura delle persone (a distanza e in presenza).

2 Luogo

ITALIA, Piemonte, **Provincia Verbano-Cusio-Ossola, Valle d'Aosta, Canton Ticino**.

3 Contesto territoriale

▪ ***Tipologia di area***

In Piemonte, l'intervento è attuato nella Provincia del Verbano-Cusio-Ossola (VCO) costituita da 77 comuni cui si sommano altri sette dell'Alto Novarese a cui fanno riferimento tre Consorzi Intercomunali dei Servizi Sociali. La Provincia del VCO è l'esito dell'aggregazione amministrativa di quattro distinti territori: Ossola (area interna), Cusio e Vergnante (area settentrionale) e Verbano (area occidentale).

Al 2016 nella Provincia del Verbano-Cusio-Ossola (Comuni-Italiani.it, 2017):

- la popolazione residente era pari a 159.664 abitanti, un valore sostanzialmente stabile dal 2001;
- la popolazione con più di 65 anni di età rappresentava il 25,7% del totale e l'indice di vecchiaia era pari al 218,6%; l'età media era 46,9 anni;
- la percentuale di stranieri residenti sul totale della popolazione era pari al 6,2% (valore quasi doppio rispetto al 2005 che era del 3,7);
- Il reddito medio annuo era pari a 13.994 euro.

▪ ***Scala di azione***

La scala d'azione è *comunale* e riguarda il territorio di competenza dei tre Consorzi Intercomunali dei Servizi Sociali.

4 Tipologia dell'iniziativa e approccio

▪ ***Tipologia***

Il progetto è finanziato da risorse pubbliche nell'ambito del Programma FESR (Fondo Europeo di Sviluppo Regionale) Interreg III, per la cooperazione tra regioni dell'Unione Europea per il periodo 2000-06, poi replicato per il periodo 2007-13 e per il 2014-20.

▪ ***Soggetti attuatori***

- Fondazione Istituto Sacra Famiglia Verbania: nasce nel 1896 a Cesano Boscone e la sede di Intra Verbania viene aperta il 15 settembre 1940. La Fondazione Sacra Famiglia sede di Verbania è impegnata a promuovere cultura e politiche dei servizi sociosanitari per disabili e anziani; è autorizzata e accreditata allo svolgimento di attività sociosanitarie in diversi settori e dispone di 144 posti letto.
- RSA Massimo Lagostina Onlus: nata nel 1864, per volontà di privati benefattori è una struttura che dispone di Servizi Residenziali per Anziani ed un Nucleo Alzheimer. Offre un servizio di assistenza agli ospiti ricoverati, cure personalizzate, servizi medici, infermieristici, assistenziali, di psicologia, fisioterapia, riabilitazione e animazione.
- Fondazione Opera Pia Uccelli Cannobio – Onlus: opera nel campo dell'assistenza residenziale e semiresidenziale per anziani non autosufficienti. È autorizzata al funzionamento per circa 100 posti letto e assicura un servizio di preparazione pasti per gli anziani residenti nel comune e un servizio riabilitativo per utenti esterni in convenzione con il SSR.
- Università Cattolica del Sacro Cuore – CREMIT: Centro di Ricerca sull'Educazione ai Media, all'Informazione e alla Tecnologia.
- Regione Autonoma Valle d'Aosta.
- Comune di Domodossola.
- RSA Samonini Rozio Balassi: struttura residenziale sanitaria assistenziale che offre servizi sanitari, interventi medici, infermieristici e riabilitativi atti a prevenire e curare le malattie croniche e le loro eventuali riacutizzazioni.
- Regione Piemonte – Direzione Coesione Sociale: capofila del progetto per la parte italiana.
- Laboratorio di Ingegneria dello Sviluppo Schürch: capofila del progetto di parte svizzera LISS.

▪ ***Altri soggetti coinvolti (rete mobilitata dal progetto)***

Sul fronte italiano:

- ASL VCO: nata come Asl 14 VCO dall'accorpamento, avvenuto il 1 gennaio 1995, delle tre precedenti Unità Sanitarie Locali (l'USL 55 di Verbania, 56 di Domodossola e 57 di Omegna) è stata denominata ASL VCO dal 1 gennaio 2008.
- Consorzio Servizi Sociali del Verbano: ente autonomo, costituito il 1 settembre 1996, con personalità giuridica e natura pubblica che eroga servizi sociali per 30 comuni della Provincia del Verbano-Cusio-Ossola; ha il compito di gestire i servizi socio-educativi e socio-assistenziali per i cittadini in difficoltà in particolare per coloro che si trovano in una condizione fisica, psicologica o sociale di marginalità (minori a rischio, disabili, anziani, soggetti svantaggiati, persone in stato di povertà); esercita le deleghe in materia di interventi e servizi sociali, previste dalla LR n. 1 del 2004.
- Consorzio Servizi Sociali del Cusio: nato l'1 aprile 1997 quando 20 comuni facenti parte dell'USL 57 di Omegna, decidono di gestire autonomamente i servizi socio-assistenziali. Nell'anno 1999, entra a farvi parte anche il Comune di Brovello Carpugnino. È formato dai 21 comuni del Cusio dei quali sette in Provincia di Novara e 14 nel VCO ed è organizzato su quattro distretti territoriali; fornisce risposte sul proprio territorio, in collaborazione con i servizi sanitari e del lavoro, nei seguenti settori: contrasto della povertà, mantenimento a domicilio e sviluppo dell'autonomia delle persone anziane o disabili, sostegno alla genitorialità, tutela dei minori e delle donne in difficoltà, integrazione dei soggetti disabili, consulenza nell'accesso ai servizi. sviluppo di una comunità solidale.
- Consorzio Servizi Sociali dell'Ossola: nato l'1 gennaio 1997 rappresenta lo strumento di collaborazione scelto da 32 comuni che hanno deciso di associarsi per la gestione delle funzioni socio-assistenziali. I Servizi erogati dal Ciss Ossola riguardano gli interventi per minori, disabili, anziani e adulti in difficoltà.
- VCO Formazione: nasce nel 2003 dall'aggregazione di due enti di formazione ben radicati sul territorio: il Consorzio di Formazione Professionale di Omegna e il Centro di Formazione Professionale del Comune di Verbania, a cui si sono uniti Confartigianato Imprese del Piemonte Orientale e Unione Industriale del Verbano-Cusio-Ossola, costituendo insieme una società consortile a responsabilità limitata. Svolge la propria attività presso le sedi di Omegna, Verbania, Gravellona Toce e Novara ed è accreditata presso la Regione Piemonte per l'erogazione di formazione, orientamento e servizi al lavoro.

- EnAIP, Ente Nazionale Acli Istruzione Professionale: associazione senza fini di lucro che opera a livello nazionale ed internazionale, al servizio di giovani, lavoratori e aziende, giuridicamente riconosciuta dal 1961. Ha come obiettivo la valorizzazione delle risorse umane e come aree prioritarie di intervento la formazione, l'orientamento, la consulenza, l'assistenza all'inserimento lavorativo ed alla creazione di impresa. EnAIP Piemonte aderisce ad EnAIP Nazionale, è anch'essa un'associazione senza fini di lucro che si sta trasformando in impresa sociale. È la più grande agenzia formativa della regione e rappresenta un punto di riferimento per lo sviluppo del capitale umano sul territorio.
- Daily Creative Studio: società di creatività, comunicazione, *design*.
- Accura-GPI: società quotata in borsa dal 2016 opera nel campo delle tecnologie e dei servizi dedicati alla sanità, al sociale o per la Pubblica Amministrazione. Nel campo della sanità accompagna le organizzazioni nel percorso di innovazione, proponendo tecnologie all'avanguardia e nuovi modelli di assistenza, cura e prevenzione.
- La Bitta Società Cooperativa Sociale Onlus: nata nel 1993 per promuovere l'integrazione sociale dei cittadini, per tutelare e far crescere la dignità umana, gestisce servizi sociosanitari, socioassistenziali ed educativi nella Provincia del VCO.

Sul fronte svizzero:

- Eustachio SA: fornitore dei sistemi di monitoraggio ambientale.
- Fondazione Casa San Rocco di Morbio.
- ALVAD di Locarno.
- Centro sociosanitario Le Betulle di Cevio.

▪ ***Fonti di finanziamento***

Il progetto finanziato da *risorse pubbliche* nell'ambito del programma FESR (Fondo Europeo di Sviluppo Regionale) INTERREG III, per la cooperazione tra regioni dell'Unione europea per il periodo 2000-06, poi replicato per il periodo 2007-13 e per il 2014-20.

▪ ***Approccio***

Il progetto nasce grazie ad un finanziamento pubblico.

▪ ***Target e beneficiari***

I beneficiari sono 300 anziani con età superiore a 65 anni non in carico ai servizi, con autonomia precaria e che necessitano, più o meno sporadicamente, del sostegno dei familiari o dell'aiuto di altri. Di questi, 40 soggetti, di cui 20 nel Verbano Cusio-Ossola e 10 ciascuno nel Canton Ticino e nella Valle d'Aosta, sono stati coinvolti nell'installazione dei sistemi di monitoraggio ambientale, prevalentemente nei territori periferici e montani. Le prime installazioni nel Verbano Cusio-Ossola sono state effettuate nei Comuni di Cannobio e Cavaglio Spoccia.

5 L'iniziativa

▪ ***Ambito di intervento***

1. Pratiche innovative che riguardano la vita *in casa* dell'anziano.
1.2. Nuove tecnologie e domotica nell'abitazione.
3. Politiche e azioni innovative 'di sistema': regia, informazione, formazione.

▪ ***Obiettivi***

L'obiettivo del progetto è di permettere alla popolazione che invecchia di continuare a vivere nel proprio ambiente domestico, anche nei contesti territorialmente più periferici e marginali, conservando la propria autonomia ed evitando il ricovero nelle strutture socio-sanitarie. Le pratiche sono finalizzate ad aumentare/prolungare l'autonomia dell'anziano che invecchia a casa propria, a migliorarne la qualità della vita e contrastarne l'isolamento.

6 Temporalità

Il progetto è stato elaborato nel corso 2017, un anno prima dell'avvio avvenuto formalmente il 21 settembre 2018.

Nel momento in cui il progetto è stato elaborato nel territorio erano disponibili, ogni anno, 25 nuovi operatori sociosanitari dai quali era possibile attingere per gli interventi; nel corso dell'attuazione ci si è resi conto che il numero di operatori effettivamente disponibili non era in grado di soddisfare la domanda di servizi. Per questa ragione il progetto è stato rimodulato così da aumentare il numero delle persone da coinvolgere nei percorsi formativi e quindi, di conseguenza, ampliare il sistema di offerta.

In ragione di questa esigenza la *partnership* ha richiesto una proroga che ha spostato la conclusione formale del progetto dal 20 marzo al 20 giugno 2020; per effetto dell'emergenza sanitaria derivante dal Covid-19 la conclusione del progetto è stata fissata nel mese di dicembre 2020.

7 Origine, radici, principali tappe del progetto

▪ ***Le origini e le radici***

Il progetto affonda le sue radici nelle pregresse e significative esperienze sviluppate nel territorio transfrontaliero. In particolare, il progetto, nella Provincia del VCO, assimila alcuni aspetti de *La Cura è di Casa* (in particolare il target di riferimento e parte della rete di intervento) progetto promosso da partner pubblici e privati dalla fine del 2015 (Tidoli, 2019) (rif. Scheda n.8); sul fronte svizzero e quello valdostano capitalizza le conoscenze del progetto di cooperazione transfrontaliera 'Sostegno alle persone anziane e vulnerabili mediante l'adozione di soluzioni innovative'.

Da questo retroterra è nata l'idea di metter in campo alcune azioni innovative per rafforzare un modello di intervento e di prevenzione finalizzato ad accrescere l'accessibilità ai servizi e a sostenere la qualità di vita della popolazione vulnerabile con autonomia precaria. Un obiettivo che si propone, in particolare, di rallentare il più possibile il decadimento psicofisico dei soggetti e la relativa presa in carico da parte dei servizi, con conseguenti ricadute sull'abbattimento dei costi legati alla cura e all'assistenza della popolazione oggetto degli interventi.

La preesistenza di un progetto ad ampia scala territoriale ed estesa partecipazione (23 *partners*) *La Cura è di Casa* sembra essere il principale fattore che ha favorito l'elaborazione del Progetto *WelComTech*.

▪ ***Principali tappe attuative del progetto finanziato***

Il progetto è articolato in due assi:

- la costituzione di una *rete di tutor di comunità*, figura che – anche grazie anche alle nuove tecnologie – gestisce il rapporto tra anziani, servizi e territorio;
- il monitoraggio e la digitalizzazione dei *processi di assistenza e di cura* delle persone (a distanza e in presenza).

I *tutors di comunità* sono 30 nella Provincia del VCO (e 15 ciascuno nel Canton Ticino e nella Valle d'Aosta, e circa 20 operatori dei servizi). Gli operatori dei servizi sono formati da VCO Formazione mentre i *tutors* di comunità sono formati dall'Università Cattolica. Sul versante delle tecnologie, per favorire la permanenza presso domicilio, *WelComTech* ha messo in campo:

- percorsi di formazione dedicata ai tutor di comunità e agli operatori dei servizi alla persona, finalizzati a facilitare il rapporto degli anziani con i servizi e a padroneggiare le tecnologie e gli ambienti di comunicazione a sostegno della popolazione in carico;
- sistemi di monitoraggio delle abitudini di vita attraverso l'installazione a domicilio degli utenti di sensori di posizione e movimento. L'obiettivo è di monitorare in forma intelligente e discreta, con modalità di vigilanza diurna e notturna, la regolarità comportamentale dei soggetti grazie a un'applicazione in dotazione a un familiare o ad un operatore, consentendo un intervento immediato nel caso di un piccolo problema o di una grave emergenza;

- sistemi di monitoraggio dei parametri clinici costituiti da una piattaforma progettata in modo specifico per la gestione della presa in carico e della rete di relazioni tra i diversi soggetti coinvolti nei processi erogativi, in grado di gestire eventi di natura sanitaria, sociale e di supporto e, più in generale, i processi di gestione del paziente e dei *caregivers.*

Il progetto è stato articolato in diverse attività progettuali.

a) *Sviluppo di interventi in chiave preventiva per la popolazione ultra 65enne:* si tratta del primo insieme di attività, finalizzato a sviluppare un modello di intervento sociosanitario in chiave preventiva al fine di intercettare la popolazione ultra 65enne vulnerabile. È stata prevista:

- la graduale intercettazione di 300 anziani vulnerabili;
- l'erogazione dei servizi alla persona per favorire la permanenza nei propri contesti di vita avvalendosi di operatori dei partner di progetto e di risorse di servizi esterni.

Ad oggi l'obiettivo è raggiunto intercettando 316 anziani grazie all'interazione tra i partner e i Consorzi dei Servizi Sociali del Territorio.

b) *Sperimentare sistemi di monitoraggio delle abitudini di vita a domicilio degli utenti*: la tecnologia è finalizzata ad assicurare ai beneficiari maggiori condizioni di sicurezza tramite un costante monitoraggio delle abitudini di vita e un'interazione con gli operatori dei servizi e con i propri familiari.
Questa soluzione viene sperimentata individuando 40 soggetti maggiormente marginalizzati sia dal punto di vista logistico che relazionale. La sperimentazione si è avvalsa in particolare dell'esperienza sviluppata dal capofila svizzero che ha realizzato una soluzione prototipica in grado di monitorare, con modalità di vigilanza diurna e notturna, in forma intelligente e discreta, la regolarità comportamentale dei soggetti che intendono permanere il più a lungo possibile nel proprio domicilio.
Dei 40 soggetti, 30 sono quelli del territorio italiano. Sebbene la tecnologia non sia invasiva, la diffusione di questi sistemi ha dovuto fare i conti con alcune resistenze da parte dei beneficiari e dei familiari. Al momento di conclusione di questa scheda i beneficiari sono 34 (16 nel VCO, 10 in Valle D'Aosta e otto in svizzera) a cui si aggiungono gli ospiti di 13 stanze di RSA del VCO e sei stanze di CPA (Case per l'Anziano) del Ticino nelle quali il *kit* è stato riprogrammato per monitorare i movimenti notturni di anziani a rischio caduta.

c) *Sperimentare sistemi di monitoraggio dei parametri vitali:* la soluzione tecnologica prevede uno zainetto composto da sette dispositivi, equipaggiati con tecnologia *bluetooth*, capaci di rilevare i parametri vitali dell'anziano e dotati di un *tablet* per la raccolta e la comunicazione in tempo reale delle rilevazioni, destinate ad una centrale medica operativa. Sono stati acquistati, come da previsione, 20 dispositivi per la sperimentazione presso le quattro RSA aderenti al progetto.

d) *Incrementare le competenze degli operatori dei servizi alla persona in chiave 2.0*: è stata prevista una formazione specifica per operatori per integrare le competenze specifiche previste dal profilo professionale con quelle relative all'utilizzo dei dispositivi tecnologici dei *kit* elettromedicali. Completata la fase di formazione teorica è seguita una fase di addestramento sul campo allo scopo di testare gli strumenti adottati con un numero limitato di utenti. Durante l'attuazione del progetto è stato possibile formare operatori sociosanitari per residenze per anziani, i servizi territoriali e le strutture sanitarie, attraverso un percorso formativo di mille ore presso VCO Formazione e poi presso EnAIP.
Il progetto complessivamente ha consentito la formazione di 38 operatori con competenze anche per quanto riguarda i dispositivi digitali.

e) *Formare e attivare tutor di comunità*: il tutor di comunità è un facilitatore e animatore che ha il compito di sostenere la permanenza della popolazione anziana nel proprio ambiente domestico attraverso il supporto di una rete comunitaria e grazie all'utilizzo di nuove tecnologie digitali; tra i suoi compiti vi è quello di insegnare all'utente l'uso delle nuove tecnologie così da potenziare le sue possibilità relazionali e l'accesso ai servizi (eventualmente innovativi perché disponibili su piattaforme digitali).
Il tutor di comunità è una figura trasversale che intreccia tre livelli di competenze: è un animatore sociale, capace di sviluppare e gestire le relazioni in presenza e i legami con il territorio; è un *e-tutor*, in grado di sostenere e mediare le relazioni nella dimensione *online* e *social*; è un *media*

educator, competente sui differenti *social network* e sulle strategie di utilizzo comunicativo che li caratterizzano.

Nell'ambito del progetto sono stati formati 60 tutor, 33 per la provincia del VCO, 12 nel Canton Ticino e la e 15 in Valle d'Aosta, utili al coordinamento delle azioni di attivazione e mantenimento dei legami comunitari nel territorio transfrontaliero.
Nel Canton Ticino le attività di formazione sono terminate nel mese di maggio 2019 mentre nel VCO si sono concluse a settembre 2019. Le attività formative in presenza sono state affiancate da un corso *online*, realizzato dall'Università Cattolica.

f) *Definire un modello congiunto innovativo di casa di riposo:* un insieme rilevante di attività ha riguardato la definizione di un modello di casa di riposo in grado di produrre servizi non solo a favore degli utenti della struttura ma anche del territorio circostante. Questa attività è culminata con l'elaborazione di specifiche linee guida che sono il risultato degli incontri che si sono svolti nel periodo compreso tra settembre 2018 e maggio 2019 presso la Casa Anziani San Rocco di Morbio Inferiore, la Residenza alle Betulle di Cevio, l'Opera Pia Uccelli di Cannobio e la Fondazione Sacra Famiglia di Verbania. Queste linee guida hanno l'ambizione di fornire ai *policy maker* alcune indicazioni di carattere generale utili per le future progettazioni di una casa di riposo aperta e orientata al territorio. Oltre ai partner del progetto, l'attività coinvolge la Fondazione Casa San Rocco di Morbio, ALVAD di Locarno e il Centro sociosanitario Le Betulle di Cevio.

8 Agency e relazioni con il sistema

▪ ***Principali attori ed eventuale leadership***

L'attuazione del progetto è coordinata da un 'Tavolo Transfrontaliero' che è formato dai rappresentanti di tutti i *partners* del progetto ed ha il compito di favorire la cooperazione transfrontaliera nonché controllare e monitorare le azioni del progetto per verificarne la coerenza con gli obiettivi prefissati e fronteggiare eventuali problemi emergenti. Al 'Tavolo Transfrontaliero' sono subordinati i *project managers* e i *communication managers* dei tre territori coinvolti. Il *project managers*, con la collaborazione degli operatori per i servizi alla persona referenti per le aree territoriali della provincia, coordina le azioni utili a identificare la popolazione anziana vulnerabile e l'erogazione degli interventi. I *communication managers* hanno il compito di garantire la realizzazione delle attività di comunicazione definite dal 'Tavolo Transfrontaliero'.

▪ ***Relazioni con il sistema***

L'intervento è in parziale continuità con l'esperienza del sistema di welfare locale a favore delle persone anziane non autosufficienti condotta dal partenariato de *La Cura è di Casa* e che ha avuto come attori rilevanti – soprattutto nella prospettiva dello sviluppo territoriale degli interventi – tre enti gestori dei servizi socio-assistenziali del VCO.

Anche se il progetto non è formalmente collegato all'impostazione delle politiche regionali in materia, esso si inserisce tra diverse azioni dell'amministrazione pubblica piemontese orientate a sviluppare i servizi domiciliari e quelli sanitari a favore degli anziani non autosufficienti e a riconfigurare l'assetto organizzativo dell'Assistenza Primaria con la sperimentazione delle Case della Salute.

▪ ***Cosa è rimasto del progetto***

Al momento di stesura di questa scheda il progetto è in corso anche se limitato, in alcune attività, dalla pandemia da Covid-19.

9 Risorse mobilitate (finanziarie, umane, organizzative, politiche)

▪ ***Risorse finanziarie***

L'ammontare delle risorse per la parte italiana è di 1.030.028,52 euro di cui 875.523,89 euro provenienti dal Fondo Europeo di Sviluppo Regionale. Il budget per la parte svizzera è di

293.634,80 CHF. Il *budget* assegnato alla Regione Piemonte è 29.397 euro coperto per 24.987,45 euro dal FESR.

▪ ***Risorse umane, organizzative e politiche***

Per quanto riguarda le risorse umane e organizzative è importante segnalare la formazione di 60 *tutors* di comunità che rappresentano la figura chiave del progetto, in quanto funzionali a favorire il coordinamento delle azioni di innesco e mantenimento dei legami comunitari nel territorio.

Il progetto fa leva sulla precedente e concomitante esperienza del progetto *La Cura è di Casa* il cui partenariato si è orientato alla ricerca di finanziamenti aggiuntivi per sviluppare ulteriormente l'esperienza maturata. Da questo punto di visa il territorio sembra coeso sul piano strategico, alla ricerca di opportunità e risorse per dare continuità a quanto sinora si è riuscito a realizzare.

10 Dimensioni innovative

▪ ***Soddisfazione di bisogni non coperti dal sistema di cura***

Il progetto eroga servizi a soggetti non in carico ai servizi sociali perché ancora autosufficienti ma privi di una rete di sostegno. L'intervento permette di intercettare preventivamente casi che in futuro potrebbero aggravarsi così da iniziare a strutturare una rete di relazioni (professionale e di volontari) in loro supporto e costruire così un rapporto di fiducia.

▪ ***Modifica delle relazioni sociali/istituzionali tra anziani e altri attori***

Il progetto potrebbe contribuire – ma non è una delle sue priorità – a modificare le relazioni tra gli attori del sistema locale e tra questi e gli anziani. È più probabile che nel corso del tempo ci sia un miglioramento e un rafforzamento dei meccanismi di coordinamento degli attori, per effetto del susseguirsi di progetti sullo stesso tema e per l'innesto di figure dedicate ad attività informative e di comunicazione (*tutor* di comunità e *Network Manager* nell'ambito del progetto *La Cura è di Casa*).

▪ ***Empowerment/aumento della capacità di esprimersi e incidere***

Una componente importante del progetto è legata al *tutor di comunità*, che ha il compito di sostenere la permanenza della popolazione anziana nel proprio ambiente domestico attraverso il supporto della rete comunitaria e grazie all'utilizzo delle tecnologie digitali. Il *tutor di comunità* ha il compito di insegnare all'utente l'uso delle nuove tecnologie così da potenziare le sue possibilità relazionali e quelle di accesso a servizi. Nel caso in cui l'utente apprenda a servirsi di questi strumenti, sia quelli per la socialità sia quelli che riguardano i servizi (intendendo anche la gestione della domotica), potrebbe quindi accrescere la sua sfera di azione.

11 Principali risultati dell'iniziativa

- Potenziale diminuzione dell'istituzionalizzazione in RSA e incremento dei casi di permanenza presso domicilio;
- realizzazione di linee guida per l'apertura delle RSA al territorio;
- alfabetizzazione digitale delle persone anziane, sia con immediata finalità preventiva sia a scopi di socializzazione;
- diffusione della domotica e, più in particolare, delle tecnologie digitali per il monitoraggio delle condizioni di salute e per favorire la tempestività degli interventi in caso di bisogno.

12 Punti di forza e fattori di successo

▪ ***Punti di forza***

- Attività orientate alla prevenzione e all'accompagnamento dell'utenza;
- utilizzo della tecnologia da parte dei beneficiari quale strumento utile per tutelarsi e prevenire alcuni problemi e, allo stesso tempo, per garantirsi l'indipendenza e la sicurezza;
- L'interesse e il coinvolgimento delle RSA che, grazie all'uso delle tecnologie installate presso le abitazioni private, potrebbero, da un lato, riconvertire il personale tipicamente impegnato

nelle strutture in servizi a domicilio e, dall'altro, iniziare a conoscere utenti con i quali potrebbero relazionarsi in futuro.

- ***Fattori di successo***

Il progetto si è in parte innestato su uno preesistente (*La Cura è di casa*) per cui ha permesso di realizzare alcune economie di scala – almeno sul versante delle relazioni da instaurare/consolidare – al punto che può essere parzialmente considerato un suo *spin-off.*

13 Punti di debolezza e fattori di rischio

- Alcune persone anziane alle quali è stato proposto di installare i sistemi di monitoraggio ambientale si sono dimostrate diffidenti rispetto alla soluzione ritenuta invasiva; gli operatori del progetto, laddove possibile, hanno provato a convincere beneficiari e famiglie che il sistema di monitoraggio non doveva essere inteso come un sistema di sorveglianza. La resistenza dei beneficiari al dare la loro disponibilità ad installare i sistemi di monitoraggio ha determinato il non pieno raggiungimento dell'obiettivo numerico di utenti da seguire con questa modalità;
- il corso di formazione per i tutor di comunità, inizialmente aperto a 30 persone (nella parte italiana), ha avuto una maggiore richiesta di iscritti (50) che ha portato, in conclusione, ad avere 35 persone diplomate. Si tratta di un elemento rilevante, che testimonia l'attenzione del territorio al tema del progetto, ma che sembra sia stato anche l'indicatore di una domanda di lavoro che però il progetto non sarà in grado di assorbire;
- nel corso dell'attuazione del progetto una problematica ha riguardato l'individuazione delle società in grado di fornire gli strumenti di monitoraggio ambientale e di rilevamento dei parametri vitali. Paradossalmente sembrerebbe che il mercato non offra ancora strumenti in grado di monitorare e tener conto delle (registrare le) abitudini di spostamento delle persone così da segnalare eventuali difformità dalle abitudini preventivamente registrate;
- due diverse aziende per due differenti aree territoriali (Valle D'Aosta e Piemonte) hanno messo a disposizione dispositivi che hanno funzionalità analoghe ma non del tutto equivalenti; si tratta di una eterogeneità all'interno del progetto che potrebbe però rappresentare l'opportunità per testare/confrontare due diversi strumenti.
- allo stato attuale sembrerebbe che i sistemi di monitoraggio ambientale, in ragione della loro configurazione e del loro funzionamento, siano poco impiegabili da persone con problemi di udito;
- i medici di medicina generale non hanno aderito al progetto.

14 Potenziale in termini di policy: replicabilità e/o *up-scaling*

Il partenariato proponente il progetto ha un interesse a svilupparlo ed estenderne la portata; ciò è testimoniato dalla ricerca di altri finanziamenti capaci di coinvolgere altri contesti territoriali, anche grazie alla cooperazione transfrontaliera (Pastore, 2018; Regione Lombardia, 2017; Regione Piemonte, senza data). Nonostante questo impegno, le possibilità concrete di replicabilità e l'estensione sono al momento limitate da difficoltà nel reperire i dispositivi tecnologici, intercettare la platea di utenti da coinvolgere. Questa problematica sembra essere rafforzata anche dal fatto che le tecnologie disponibili hanno costi rilevanti: il *kit* per il monitoraggio ha un costo di circa 4.000 euro.

Sul versante della formazione e della creazione del tutor di comunità, accedendo a nuove fonti di finanziamento, il progetto è pienamente replicabile.

15 Fonti

- ***Riferimenti bibliografici e sul web***

Comuni-Italiani.it (2017) 'Provincia del Verbano-Cusio-Ossola'. Accessibile su: http://www.comuni-italiani.it/103/index.html. (Consultato: maggio 2020).

Pastore, C. (2018) 'Il progetto "La cura è di casa" ha fatto scuola, diventa un modello anche in Canton Ticino' [online], *La Stampa*, 4 novembre 2018. Accessibile su:

https://www.lastampa.it/verbano-cusio-ossola/2018/11/04/news/il-progetto-la-cura-e-di-casa-ha-fatto-scuola-diventa-un-modello-anche-in-canton-ticino-1.34055619. (Consultato: maggio 2020).

Regione Lombardia (2017) *Programma di cooperazione Interreg V-A Italia Svizzera Interreg 2017 – Riepilogo dati adesione*, https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=&ved=2ahUKEwj8u96Dm53sAhUD6qQKHf7CBLEQFjAAegQIBRAC&url=http%3A%2F%2Fwww.regione.lombardia.it%2Famministrazione_aperta%2F104328722&usg=AOvVaw3WJJRH8VeyAyS4_oE8u88J. (Consultato: maggio 2020).

Regione Piemonte (senza data) 'WelComTech – Un welfare comunitario e tecnologico per la popolazione anziana vulnerabile' [online]. Accessibile su: https://www.regione.piemonte.it/web/temi/fondi-progetti-europei/programmi-progetti-europei/cooperazione-territoriale-europea-piemonte/welcomtech-un-welfare-comunitario-tecnologico-per-popolazione-anziana-vulnerabile. (Consultato: maggio 2020).

Tidoli, R. (a cura di) (2019) 'La cura è di casa'…un anno dopo' [online], *LombardiaSociale.it*, 10 aprile 2019. Accessibile su: http://www.lombardiasociale.it/2019/04/10/la-cura-e-di-casaun-anno-dopo/. (Consultato: maggio 2020).

WelComTech (nessuna data) 'WelComTech: reti a sostegno degli anziani vulnerabili' [website]. Accessibile su: http://welcomtech.org. (Consultato: maggio 2020).

- ***Interviste a testimoni privilegiati***

Lo Duca Davide, libero professionista – ingaggio dalla Fondazione Opera Pia Uccelli, Cannobio (VB), intervista telefonica, aprile 2020.

Lo studio di caso è stato interamente rivisto da Giuliana Costa (Politecnico di Milano, Dipartimento di Architettura e Studi Urbani).

16 Data chiusura del caso studio

La ricostruzione e l'analisi critica del caso studio si sono conclusi a giugno 2020.

17 Contatti

Referente del progetto:

Davide Lo Duca, Project Manager

18 Ringraziamenti

Si ringrazia il Referente del progetto, Davide Lo Duca, per aver partecipato all'intervista in telefonica nell'aprile 2020 e per aver risposto alle ulteriori domande dell'autore per e-mail nonché revisionato lo studio di caso nell'ottobre 2020.

1.3. Adattamento degli alloggi e accessibilità degli edifici

Guida alla lettura

di Antonella Sarlo

La fattibilità dell'*ageing in place* è strettamente connessa ai requisiti di accessibilità e fruibilità in sicurezza del contesto spaziale (alloggio, edificio e quartiere). Le persone anziane, e in particolar modo quelle fragili, trascorrono la maggior parte del loro tempo in casa e il mantenimento del legame affettivo e cognitivo che si sviluppa con la propria abitazione rappresenta un bisogno vitale. I possibili problemi di accessibilità e di fruibilità in sicurezza dell'alloggio presentano quindi una forte correlazione con le dinamiche di isolamento, con l'insorgere della percezione della solitudine e con la qualità della vita delle persone anziane. Nel nostro Paese, dove più del 56% delle case di proprietà degli anziani (con più di 65 anni) è privo di ascensore, la domiciliarità si trasforma inevitabilmente in una sorta di stato detentivo, determinando processi di progressivo isolamento. Il tema dell'adattamento degli alloggi e dell'accessibilità degli edifici diventa dunque centrale nella programmazione ed attuazione di politiche finalizzate all'*ageing in place*.

La pratica proposta in questo capitolo – la *rete dei CAAD* (Centri Adattamento Ambiente Domestico) della Regione Emilia-Romagna – rappresenta un'esperienza esemplare ed è parte di una strategia regionale di ampio respiro finalizzata a favorire la permanenza della persona, anche gravemente non autosufficiente, nel proprio contesto di vita.

I CAAD hanno come obiettivo la costruzione di una rete di servizi territoriali di informazione e consulenza per l'adattamento dell'ambiente domestico delle persone anziane e di quelle con disabilità. La rete regionale è costituita da dieci Centri provinciali di primo livello (i *CAAD*) e due Centri regionali di secondo livello specializzati sui temi degli ausili/tecnologie e comfort ambientale (il CRA – Centro Regionale Ausili e il CRIBA – Centro Regionale di Informazione sul Benessere Ambientale).

Il tipo di iniziativa, gli attori, i rapporti con il sistema e le risorse

Il progetto è un'iniziativa esclusivamente pubblica ed è caratterizzato da una forte regia centrale esercitata dalla Regione Emilia-Romagna, che definisce i criteri e le linee di attuazione, finanzia il costo del servizio nella misura del 70%, ma lascia margini di libertà alle autorità locali nelle modalità organizzative, nella costruzione di reti territoriali 'corte' e nell'ampliamento delle prestazioni offerte, pur richiedendo l'ottemperanza con livelli prestazionali di base definiti a livello centrale. Per gli utenti, le prestazioni fornite dai *CAAD* (informazione, consulenza, sopralluoghi) sono gratuite. Le opere di adattamento domestico sono invece finanziate rispetto alle norme nazionali e regionali e in relazione all'ISEE.

Le dimensioni innovative

I *CAAD* nascono come risposta pubblica ad un bisogno rilevato sul territorio dai servizi territoriali socio-sanitari e dai due centri regionali di secondo livello. Questi ultimi, già esistenti all'atto di costituzione dei *CAAD*, cercano di fornire risposte alle crescenti domande di supporto, individuando soluzioni personalizzate per l'accessibilità, la fruibilità e la vivibilità delle abitazioni private. L'iniziativa pubblica si caratterizza come innovativa nella misura in cui affronta bisogni poco espressi e non coperti dal sistema, coinvolgendo gli utenti nella definizione delle risposte.

Punti di forza/fattori di successo e punti di debolezza/fattori di rischio

Il principale punto di forza di questa iniziativa risiede nel modello di governance integrato che è stato costruito nel tempo e che si basa su un 'forte' ruolo di regia e coordinamento svolto dalla Regione e da un'azione proattiva e diversificata svolta dai territori locali. Altro elemento interessante risiede nelle modalità attuative che hanno fatto crescere il progetto attraverso una gradualità delle azioni messe in campo e una connessa e costante attività di valutazione e

monitoraggio. Infine è da rilevare come punto di forza la trasparenza e l'accessibilità alle informazioni, garantita dal portale *web* dell'Emilia-Romagna.

Tra i punti di debolezza si evidenzia la diversa efficacia nell'intercettare i bisogni da parte dei *CAAD* locali; tale questione potrebbe suggerire di operare qualche aggiustamento al sistema di governance del progetto.

Il caso studio

15. Rete CAAD Regione Emilia-Romagna, *Antonella Sarlo*

IN-AGE - INclusive AGEing in place
Laboratorio Politiche Sociali, Politecnico di Milano
Dipartimento Architettura e Territorio, Università Mediterranea di Reggio Calabria
Centro Ricerche Economico-Sociali per l'Invecchiamento, INRCA-IRCCS, Ancona

15 RETE DEI CAAD IN EMILIA-ROMAGNA
Centri Adattamento Ambiente Domestico

di Antonella Sarlo
Dipartimento Architettura e Territorio, Università Mediterranea di Reggio Calabria

1 Breve descrizione dell'iniziativa

Il progetto per la costituzione della *Rete dei CAAD* (Centri Adattamento Ambiente Domestico), insieme alla riorganizzazione della gestione e dell'accesso ai contributi previsti dalla LR n. 29 del 1997, si inserisce in una strategia regionale di ampio respiro finalizzata a favorire la permanenza della persona, anche gravemente non autosufficiente, nel proprio contesto di vita.

Obiettivo dell'istituzione dei *CAAD* è la costruzione di una rete di servizi territoriali di informazione e consulenza per l'adattamento dell'ambiente domestico delle persone anziane e con disabilità. La rete regionale è costituita da:

- dieci Centri provinciali di primo livello per l'adattamento dell'ambiente domestico – *CAAD*;
- due Centri regionali di secondo livello specializzati sui temi degli ausili/tecnologie e *comfort* ambientale: il CRA – Centro Regionale Ausili (con sede a Bologna) e il CRIBA – Centro Regionale di Informazione sul Benessere Ambientale (con sede a Reggio Emilia) (precedentemente denominato Centro Regionale per l'abbattimento delle Barriere architettoniche e per l'Accessibilità).

Questo progetto rappresenta una pratica esemplare e unica nel contesto nazionale.

2 Luogo

ITALIA, **Emilia-Romagna, tutte le province.**

3 Contesto territoriale

▪ ***Tipologia di area***

Questo progetto è attivo nell'intero territorio regionale, con sedi in tutte le province.
In Emilia-Romagna, così come evidenziato nel Rapporto Sociale Anziani del 2019, gli over 65 sono oltre un milione e costituiscono il 23,9% della popolazione regionale. La provincia con la maggiore incidenza di anziani è Ferrara (27,9%), mentre Modena e Reggio Emilia (21,5%) presentano le percentuali più basse a livello regionale. Gli ultrasettantacinquenni sono il 12,8% della popolazione complessiva (571.477) e le persone che hanno superato gli ottant'anni costituiscono l'8,1% (oltre 360.000). Complessivamente nell'ultimo decennio la popolazione anziana è aumentata del 9% mentre i grandi anziani (80 anni e oltre) sono aumentati del 20% (Regione Emilia-Romagna, Rapporto sociale anziani, 2019).
Dal 2012 al 2019 l'indice di vecchiaia fa registrare un progressivo aumento passando da 168 a 182,4. Un ulteriore dato di interesse riguarda la percentuale di persone over 65 anni che vivono da sole: nei primi anni del 2000 tale dato era pari al 12% e nel 2017 si eleva al 29%. Sempre nel 2017 il 34% delle persone dichiarano di percepire la presenza di potenziali ostacoli per gli spostamenti nella propria abitazione (PAR Anziani, 2019).
Le proiezioni demografiche elaborate dalla Regione Emilia-Romagna evidenziano come la percentuale di popolazione con più di 65 anni continuerà a crescere anche in futuro e attorno al 2035 potrebbe superare il 30% della popolazione complessiva (Regione Emilia-Romagna, 2019: 11).

▪ ***Scala di azione***

Il progetto è rivolto principalmente all'ambiente domestico e all'edificio. Già dal 2000 la Regione Emilia-Romagna ha avviato e sostenuto una serie di interventi, raggruppabili sotto la sigla *Programma Casa Amica* che concorrono al miglioramento delle condizioni abitative di anziani e disabili le cui azioni vanno ad integrarsi con le altre politiche di sostegno alla domiciliarità promosse dalla regione.
La *Rete Regionale dei CAAD*, avviata dal 2004, è parte integrante di questo programma e istituisce sedi provinciali operanti nei territori locali in raccordo strutturale con il livello regionale. Tale rete si rivolge a persone anziane e con disabilità e svolge un'intensa attività informativa, di consulenza personalizzata e di comunicazione sui temi collegati all'adattamento dell'ambiente domestico rispetto alle situazioni di non autosufficienza. La scala dell'iniziativa riguarda in particolare:

- l'alloggio e l'adattamento dello stesso alla fruibilità dell'utente (sia in termini edilizi che di domotica);
- l'edificio e le possibili soluzioni di collegamento verticale (ascensori, montascale, ecc.).

▪ ***Range se 'azione di sistema'***

È questa un'azione di sistema che è riuscita a strutturare una rete regionale sul tema dell'adattamento dell'ambiente domestico e ha posto l'Emilia-Romagna in una posizione di eccellenza sulla ricerca, programmazione e gestione di tali tematiche divenendo un modello sperimentale osservato anche a livello internazionale (Germania, Polonia).

4 Tipologia dell'iniziativa e approccio

▪ ***Tipologia***

Politica pubblica regionale.

▪ ***Soggetti attuatori***

L'istituzione dei *CAAD* viene normata dalla regione e prevede che ciascun territorio provinciale sia dotato di questa struttura. Il programma a livello territoriale, nella fase di attuazione, è stato gestito dai comuni capoluogo di provincia. Negli anni successivi i 10 *CAAD* presenti nelle province emiliane hanno definito specifiche modalità di gestione prevedendo il coinvolgimento di enti pubblici locali. In particolare la situazione odierna è la seguente:

- nella provincia di Bologna il centro è gestito dal Distretto Città di Bologna dell'Azienda USL in convenzione con AIAS – Ausilioteca Onlus;
- nella Provincia di Ferrara è gestito dai Servizi Socio Sanitari integrati;
- nella Provincia di Cesena è gestito dal Distretto Territoriale ASL;
- nella Provincia di Forlì è gestito dai comuni della zona sociale forlivese e dell'Azienda Usl di Forlì;
- nella Provincia di Modena è gestito dal comune in collaborazione con i servizi sociali e sanitari;
- nella Provincia di Piacenza è gestito dal comune attraverso lo sportello 'Informasociale' ed in collaborazione con altri enti territoriali;
- nelle Province di Parma, Ravenna e Reggio Emilia è gestito dai comuni e presenta un'articolazione decentrata distrettuale con altre sedi territoriali;
- nella Provincia di Rimini, la gestione è affidata al comune in collaborazione con l'AUSL.

▪ ***Altri soggetti coinvolti (rete mobilitata dal progetto)***

- Comuni;
- AUSL;
- Distretti socio-assistenziali;
- centri regionali di secondo livello specializzati sui temi degli ausili/tecnologie e *comfort* ambientale/accessibilità (CRA e CRIBA);
- altri attori del mondo delle professioni e delle imprese.

▪ ***Fonti di finanziamento***

- Fondi regionali a valere su FRNA (Fondo Regionale Non Autosufficienza);
- Fondi statali (quota da FNA, quota da Fondo 'Dopo di noi');
- Fondi comunali e di altri enti pubblici locali.

▪ ***Approccio***

Il progetto ha un approccio esclusivamente pubblico ed è caratterizzato da una forte regia centrale esercitata dalla regione che svolge il suo ruolo normativo-programmatico in modo chiaro, efficace e continuo nel tempo. La regione definisce i criteri e le linee di attuazione, finanzia il costo del servizio nei territori locali nella misura del 70%, ma lascia margini di libertà nelle modalità organizzative locali, nella costruzione di reti corte territoriali e nell'ampliamento delle prestazioni offerte dai *CAAD* da sperimentare sempre a livello locale, pur nel mantenimento delle prestazioni di base previste a livello centrale. Per gli utenti i costi delle prestazioni fornite dai *CAAD* (informazione, consulenza, sopralluoghi) sono gratuite. Le opere di adattamento domestico sono invece finanziate rispetto alle norme nazionali e regionali e in relazione all'ISEE. La regione con la sua attività di regia nella quale è anche supportata dai Centri Regionali di secondo livello è stata capace di avviare un progetto innovativo e di mantenerlo in attività dal 2004 ad oggi.

▪ ***Target e beneficiari***

- I beneficiari del progetto sono tutte le persone anziane e quelle diversamente abili del territorio regionale.
- Il numero dei soggetti presi in carico dalle diverse azioni promosse non è quantificabile; possiamo comunque evidenziare che nel periodo 2006-18 il numero complessivo di accessi ai CADD (per diverse prestazioni) effettuati da persone anziane (over65 anni) e da persone disabili è pari a 59.893 utenti. Nel periodo 2014-18 il numero di persone anziane e disabili che hanno effettuato gli accesi è invece pari a 11.931.

5 L'iniziativa

▪ ***Ambito di intervento***

1. Pratiche innovative che riguardano la vita *in casa* dell'anziano.
1.2. Nuove tecnologie e domotica nell'abitazione.
1.3. Adattamento degli alloggi e accessibilità degli edifici.
3. Politiche e azioni innovative di sistema: regia, informazione, formazione.

▪ ***Obiettivi***

La finalità dei *CAAD* è quella di offrire informazione e consulenza tecnica a singoli cittadini, alle associazioni o ad enti di rappresentanza dei cittadini, alle organizzazioni tecnico-professionali ed agli operatori della rete regionale dei servizi per anziani e disabili, in modo da individuare soluzioni personalizzate per l'autonomia nell'ambiente domestico.

I servizi di informazione e consulenza offerti, riguardano:

- prestazioni a distanza (tramite telefono, fax o posta elettronica);
- contatti brevi presso la sede del Centro;
- consulenze presso la sede del Centro (interventi che richiedono un approfondimento maggiore, consulenze complesse, informazioni che comportano un impegno di tempo più consistente e prestazioni di aggiornamento agli operatori dei servizi che si rivolgono al Centro);
- sopralluoghi presso l'abitazione del cittadino.

6 Temporalità

- **1997** LR n. 29 'Norme e provvedimenti per favorire le opportunità di vita autonoma e l'integrazione sociale delle persone disabili'. Normativa regionale finalizzata a limitare le situazioni di dipendenza assistenziale e a favorire l'autonomia e la permanenza nel proprio

ambiente di vita delle persone in situazioni di handicap, prevedendo contributi finalizzati all'acquisto di strumentazioni, ausili, attrezzature e arredi personalizzati.

- **2000** La Regione Emilia-Romagna attiva una serie di interventi, raggruppabili sotto la sigla 'Programma Casa Amica' che concorrono al miglioramento delle condizioni abitative di anziani e disabili. Vengono istituiti i due C*entri Regionali di riferimento* per gli Ausili (CRA – Centro Regionale Ausili con sede a Bologna) e per l''abbattimento delle barriere architettoniche e l'accessibilità' (CRIBA – oggi denominato 'Centro Regionale di Informazione sul Benessere Ambientale' con sede a Reggio Emilia).
- **2001** Istituzione del Fondo Regionale finalizzato al superamento e all'eliminazione di barriere architettoniche (LR n. 24 del 2001, art. 56).
- **2003** LR n. 2 del 12 marzo 'Norme per la promozione della cittadinanza sociale e per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali' che all' art 2 comma 4 promuove il sostegno dell'autonomia e della vita indipendente, con particolare riferimento al sostegno delle scelte di permanenza nel proprio domicilio.
- **2003** Istituzione dei 'Centri di informazione e consulenza per l'Adattamento dell'Ambiente Domestico per anziani e disabili' (*CAAD*) e avvio della rete regionale con la DGR n. 2248 del 10 novembre 2003 'Contributi e criteri organizzativi per i comuni per la costituzione di centri territoriali di informazione e consulenza per l'adattamento ambiente domestico per anziani e disabili'. Nello stesso anno con la DCR n.514 viene erogato il primo finanziamento per il 'Programma finalizzato all'autonomia nell'ambiente domestico di anziani e disabili'.
- **2004** La Giunta Regionale approva la Deliberazione n.1161, con la quale ridefinisce i criteri e le modalità di accesso ai contributi per l'autonomia e l'indipendenza (di cui agli artt. 9 e 10 della LR n. 29 del 1997), per rendere più equi ed appropriati gli interventi, nonché facilitare e semplificare la fruizione dei contributi da parte dei cittadini interessati.
- **2004** Istituzione del Fondo Regionale per la Non Autosufficienza (FRNA) con LR n. 27 (Legge Finanziaria Regionale) (art. 51).
- **2004** DGR n. 2299 del 2004: approvazione del 'Piano d'azione sulla popolazione anziana'.
- **2004-05** Dopo la fase di progettazione, quella di formazione destinata alle equipe multidisciplinari che dovranno gestire le attività dei *CAAD*, vengono avviate le attività dei *CAAD*.
- **2005** Attivazione di una collaborazione tra la regione e l'Agenzia delle Entrate per la pubblicazione annuale di una 'guida alle agevolazioni fiscali ed ai contributi per i cittadini disabili'.
- **2006** Pubblicazione della prima 'Relazione sulla rete dei servizi di informazione e consulenza per l'adattamento dell'ambiente domestico per anziani e disabili' relativa alle attività del 2006. Questa relazione annuale viene pubblicata ogni anno e propone la valutazione e il monitoraggio delle attività svolte dai *CAAD* e dai due centri di riferimento regionale.
- **2006-07** Si avviano alcune repliche del modello dei *CAAD* a Brescia (su iniziativa di Brescia solidale) e a Firenze (Consorzio COS).
- **2007** Con l'emanazione della DGR n. 1206, che definisce gli indirizzi attuativi del Fondo Regionale per la Non Autosufficienza (FRNA), si prevede:
  - l'attivazione da parte dei servizi socio-sanitari territoriali di 'Progetti di adattamento domestico' per anziani e disabili, da inserire nei Piani Assistenziali Individualizzati (PAI);
  - l'istituzione di linee di finanziamento dedicate all'adattamento domestico nella programmazione distrettuale;
  - l'obbligo di avvalersi delle attività consulenziale dei *CAAD* per la definizione dei progetti di adattamento domestico.
- **2007** Attivazione (nel mese di maggio) del portale (www.centricasaamica.emilia-romagna.it) che promuove i servizi dei *CAAD* e mette in rete i *CAAD* con i centri regionali di riferimento.

Sempre nel 2007 è già operativo un sistema informativo regionale della rete dei *CAAD* che si basa sull'utilizzo in tutti i Centri di schede informatizzate uguali al fine di rendere possibile la raccolta, la valutazione e il monitoraggio dei dati.

- **2007** Pubblicazione del 'Primo Rapporto sociale anziani' della Regione Emilia-Romagna.
- **2013** *Restyling* del portale della rete dei *CAAD* (www.retecaad.it).
- **2015** Il 'modello' emiliano varca i confini e viene studiato/applicato in Polonia e in Germania.
- **2019** Pubblicazione del Secondo 'Rapporto sociale anziani' della Regione Emilia-Romagna.
- **2019** Pubblicazione (nel mese di settembre) 'Guida integrata Agenzia delle Entrate': quattro enti INPS, INAIL, Agenzia delle Entrate e Regione.

7 Origine, radici, principali tappe del progetto

▪ ***Le origini e i fattori propulsivi (dal 1997 al 2003)***

La creazione della rete dei *CAAD* in Emilia-Romagna trova origine nella LR n. 29 del 1997 'Norme e provvedimenti per favorire le opportunità di vita autonoma e l'integrazione sociale delle persone disabili' che è finalizzata a favorire l'autonomia, la gestione e la permanenza nel proprio ambiente di vita delle persone anziane e in situazione di handicap grave, anche attraverso l'erogazione di contributi per l'acquisto di strumentazioni, ausili, attrezzature e arredi personalizzati. La Legge Regionale, all'art. 11 prevede il supporto e la messa in rete di servizi di riferimento regionale per la valutazione sugli ausili, sui presidi e sulle tecnologie più idonee a favorire l'autonomia. Per l'attuazione dell'art. 11 la regione avvia una serie di interventi, raggruppabili sotto la sigla 'Programma Casa Amica' che concorrono al miglioramento delle condizioni abitative di anziani e disabili, le cui azioni vanno ad integrarsi con le altre politiche di sostegno alla domiciliarità.

Nel 2000 vengono istituiti i due centri di riferimento (di secondo livello):

- il *Centro Regionale Ausili* (CRA) con sede a Bologna;
- il *Centro Regionale di InFormazione su accessibilità e Barriere Architettoniche* (CRIBA, oggi denominato *Centro Regionale di Informazione sul Benessere Ambientale*) con sede a Reggio Emilia.

Ma è a partire dal 2003, a valle dell'approvazione della LR n. 2 'Norme per la promozione della cittadinanza sociale e per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali' che si inizia ad avviare con maggiore incisività una strategia regionale che tende all'integrazione delle politiche e dei fondi.

Nel novembre del 2003, il Consiglio Regionale con Deliberazione n. 514 avvia il *Programma finalizzato all'autonomia nell'ambiente domestico di anziani e disabili* (Schiavoni, 2005) e, sulla base della crescente domanda di informazione e supporto espressa dai cittadini e delle finalità costitutive dei due Centri di riferimento – che non prevedono un accesso diretto degli utenti finali – promuove l'istituzione di progetti attuativi locali finalizzati alla costituzione di 'Centri provinciali di informazione e consulenza a favore di anziani e disabili per l'Adattamento dell'Ambiente Domestico' (*CAAD*).

Con successiva DGR n. 2248 del 2003 'Criteri organizzativi per la costituzione di Centri di informazione e consulenza per l'Adattamento dell'Ambiente Domestico per anziani e disabili' la regione detta gli indirizzi e le regole per la istituzione dei *CAAD*. Nel 2004 con la DCR n. 615 'Programma annuale degli interventi e di ripartizione delle risorse dei servizi sociali' definisce le azioni specifiche di questa linea di intervento.

I *CAAD* nascono, in sintesi, per tre ordini di ragioni:

- per dare risposta alla crescente domanda di supporto nell'individuazione di soluzioni personalizzate per l'accessibilità, la fruibilità e la vivibilità delle abitazioni private;
- per attuare la strategia regionale delle politiche a sostegno della domiciliarità che, oltre alle consuete azioni di assistenza, servizio e supporto finanziario, prevede contributi economici e servizi di consulenza per l'adattamento dell'ambiente domestico;

- per promuovere l'integrazione tra diversi settori che generalmente agiscono separatamente con la finalità di creare un valore aggiunto per aiutare le persone a vivere ed essere assistite meglio presso la propria casa (Pancaldi, 2015: 3).

▪ ***L'istituzione e l'avvio dei CAAD: obiettivi, finalità e organizzazione (dal 2003 al 2006)***

I *CAAD* vengono definiti (DGR n. 2248 del 2003) quali centri specializzati nelle soluzioni per l'adattamento dell'ambiente domestico, capaci di offrire servizi di primo livello ai cittadini interessati, che operano in collegamento funzionale e con il supporto dei due Centri regionali di riferimento. Con la finalità di garantire un'adeguata accessibilità in tutto il territorio regionale, viene prevista l'istituzione di almeno un centro per ogni ambito provinciale e la possibilità, in prospettiva, di possibili ulteriori articolazioni territoriali. Nel 2004, con l'approvazione della DGR n.1161, si avvia una ridefinizione dei criteri e delle modalità di accesso ai contributi per l'autonomia e l'indipendenza, finalizzato a promuovere una maggiore equità e un approccio teso all'integrazione tra le diverse risorse (socio/assistenziali, sanitario/riabilitative, edilizio/tecnologiche) e competenze dedicate all'adattamento domestico. All'interno di questa strategia si inserisce anche l'istituzione dei *CAAD*.

La *finalità specifica* dei *CAAD* è quella di offrire informazione e consulenza tecnica gratuita in modo da individuare soluzioni personalizzate per l'autonomia nell'ambiente domestico.

Due sono le tipologie di *servizi offerti*:

d) I *servizi di informazione e consulenza,* erogati da personale specializzato, riguardano tutte le facilitazioni fiscali ed i contributi a cui i cittadini possono accedere per gli adattamenti dell'ambiente domestico (ad es. contributi per opere di abbattimento delle barriere architettoniche nella edilizia residenziale, contributi sull'acquisto di tecnologie e attrezzature; agevolazioni fiscali previste nel settore barriere ed ausili, ecc.). Vengono altresì effettuate valutazioni dei casi attraverso colloqui approfonditi con l'utente finale e/o con tecnici professionisti e se necessario vengono anche eseguiti sopralluoghi a casa. Le soluzioni oggetto della consulenza sono ad es.: superamento di scale o altre barriere, adattamenti del bagno, della cucina o di altri ambienti, ausili per la vita quotidiana, arredi ed accessori, motorizzazioni e applicazioni domotiche.

e) *I servizi di carattere formativo* (organizzazione e gestione di corsi di formazione per personale sociale, sanitario, tecnico/edilizio e impiantistico) e *comunicativo/divulgativo* (articoli su riviste e siti internet, pubblicazione di una newsletter periodica sui temi collegati all'adattamento domestico).

Inoltre in fase di avvio viene prevista un'attività di informazione sulle attività del Centro rivolta in particolare anche ai medici di medicina generale, ai centri documentazione handicap, ai distretti e presidi ospedalieri, ai servizi sociali dei comuni, alle associazioni di categoria e agli ordini professionali, ai sindacati.
Il processo di costituzione dei CAAD è caratterizzato da una governance multilivello nella quale ciascun ente svolge il ruolo al quale è chiamato istituzionalmente:

- la regione definisce i criteri e individua l'assegnazione delle risorse finanziarie;
- la regione individua i comuni capoluogo di provincia come soggetti attuatori, pur riconoscendo agli ambiti provinciali la possibilità di scegliere altre forme associative e altro comune capofila;
- i comuni capofila definiscono i progetti attuativi locali e selezionano le *equipe multidisciplinary*;
- la regione verifica ed approva il processo.

A regime la governance multilivello prevede che la regione annualmente:

- svolga attività di monitoraggio e valutazione delle attività svolte dai *CAAD*;
- definisca e assegni le risorse finanziarie per il loro funzionamento nella misura del 70% mentre il 30% è coperto dagli enti territoriali locali.

L'organizzazione dei CAAD è basata sul lavoro di un'equipe multidisciplinare composta da operatori sociali, sanitari e tecnici dell'edilizia e addetti alla segreteria. Particolare attenzione viene posta alla formazione del personale sia nella fase di avvio che a regime; nella fase di start-up

i 2 centri regionali di secondo livello hanno svolto corsi per la formazione dell'equipe multidisciplinari selezionate per la gestione dei *CAAD*.
Ad un anno dalla istituzione dei *CAAD*, nella *Relazione sulla rete dei servizi di informazione e consulenza per l'adattamento dell'ambiente domestico per anziani e disabili* (Regione Emilia-Romagna, 2006) viene evidenziato già il conseguimento dei seguenti risultati:

- Risultano attivati e funzionanti 10 Centri provinciali, uno per ogni città capoluogo; nella Provincia di Forlì-Cesena sono presenti due Centri, uno per città e nella provincia di Ravenna è operativo anche uno sportello itinerante che consente una presenza capillare su tutto il territorio provinciale.
- Risulta attivo (progetto nel 2006 attivazione nel maggio 2007) il portale (www.centricasaamica.emilia-romagna.it) che promuove i servizi dei *CAAD*; agevola lo scambio di informazioni ed esperienze tra tutti i centri della rete e i due centri regionali; presenta in modo unificato le risorse e le opportunità per rendere la casa accessibile alle persone anziane e con disabilità.
- Risulta operativo un *sistema informativo regionale* della rete dei *CAAD* che si basa sull'utilizzo in tutti i Centri di schede informatizzate, che rendono omogenee le modalità di rilevazione dei dati e di intervento da parte delle diverse *équipes* e rendono possibile il monitoraggio sulle caratteristiche dell'utenza, il tipo di richieste rivolte ai Centri e la tipologia di interventi erogati in tutto il territorio regionale.
- Risulta avviata ed operativa l'iniziativa realizzata in collaborazione con la Direzione Regionale dell'Agenzia delle Entrate per la predisposizione di un'unica pubblicazione su tutti gli aiuti che il cittadino può chiedere in merito all'accessibilità e alla mobilità, non solo sul versante delle agevolazioni fiscali, ma anche nell'ambito del sistema regionale dei servizi sociali. Dal 2007 viene pubblicata la *Guida alle agevolazioni e contributi per le persone con disabilità*.

Rispetto ai servizi erogati nel primo anno di entrata a regime, la Relazione evidenzia che i *CAAD* hanno effettuato: un numero complessivo di 3.398 interventi, che hanno riguardato circa 1.760 persone anziane e con disabilità e 1.205 operatori, familiari e volontari (vedi Tabella 1). Sui 1760 utenti, il 36% è costituito da persone con età uguale o maggiore a 65 anni. Sul complesso degli interventi prestati il 45% ha riguardato consulenze in sede, il 30% contatti in sede e il 25% sopralluoghi (Regione Emilia-Romagna, 2007). Per quanto attiene agli ambiti di intervento la Relazione evidenzia che: circa il 68% degli utenti ha richiesto informazioni e assistenza sulla normativa in materia e sui relativi diritti esigibili; il 44% ha invece richiesto assistenza sulle problematiche relative all'accessibilità interna e il 39% su quella esterna. In misura minore, circa il 26%, è stata richiesta assistenza nel settore degli ausili per l'autonomia personale (Regione Emilia-Romagna, 2007).

- ***Un nuovo impulso al ruolo dei CAAD: gli indirizzi attuativi del FRNA e i finanziamenti per l'adattamento dell'ambiente domestico (dal 2007 ad oggi)***

Con l'approvazione della DGR n. 1206 del 2007, che definisce gli indirizzi attuativi del Fondo Regionale per la Non Autosufficienza (FRNA) istituito nel 2004, viene introdotta un'opportunità innovativa ossia il finanziamento di interventi di adattamento dell'ambiente domestico a valere su questo fondo. Il percorso di erogazione di contributi per adattare gli alloggi finanziati dal FNRA, affida ai *CAAD* la funzione di consulenza tecnica ai servizi socio-sanitari e di indirizzo progettuale ai professionisti privati che realizzano l'intervento specifico.

«Nel corso del 2008 e del 2009 tutti i *CAAD* supportati dal Servizio regionale, dal CRA e dal CRIBA, hanno collaborato, assumendo nei territori un ruolo guida, con gli Uffici di Piano, i servizi territoriali socio-sanitari e gli Enti gestori del FRNA, per predisporre protocolli operativi locali che rendessero operativo il processo di erogazione dei contributi per l'adattamento domestico previsti dal Fondo» (Regione Emilia-Romagna, 2010: 6). Tale nuova competenza viene però assolta, in questa prima fase, non senza difficoltà dai *CAAD*, così come evidenzia la Relazione sulle attività del 2009.

- ***Per una sintesi delle attività dei CAAD nel periodo 2005-2018***

Dall'analisi di tutte le Relazioni annuali di valutazione sulle attività dei *CAAD* possiamo sottolineare quanto segue.

a) *Prestazioni erogate e tematiche maggiormente trattate*

Dal 2005 al 2018 la rete dei *CAAD*, pur nelle differenze provinciali, ha fornito complessivamente 77.784 prestazioni, dall'anno di avvio al 2018 la crescita è stata pari al 248%. Il valore più alto si registra nel 2014 con una crescita rispetto all'anno precedente di circa il 20%, dato che però si ridimensiona l'anno successivo con una flessione pari a circa il 19%; dal 2015 al 2018 le prestazioni erogate fanno comunque registrare una ripresa con una crescita pari all'8,4% (vedi Tabella 1).

Rispetto al tipo di prestazioni erogate si evidenzia una predominanza delle prestazioni a distanza che, nel 2018 costituiscono il 57% del totale, seguite dalle prestazioni in sede pari al 28%, mentre i sopralluoghi presso i domicili rappresentano il 13% del totale.

In merito agli argomenti *sui quali viene richiesto supporto* nell'ambito delle prestazioni fornite (ogni prestazione può riguardare anche più argomenti) si può osservare, in riferimento all'anno 2018, una prevalenza delle tematiche concernenti la normativa specifica in materia ed i relativi diritti (36,2%), seguite da quelle relative all'adattamento dell'ambiente interno alla casa (25,2%) e dell'ambiente esterno (24,4%), mentre più contenuta è la tematica relativa al rapporto tra persona e ausili (9,1%) (Regione Emilia-Romagna, 2019). Questi dati evidenziano, pur con leggeri scostamenti, un trend abbastanza costante nel tempo.

Tabella 1. Numero di prestazioni erogate dai *CAAD* nel periodo 2005-18.

Anni	Prestazioni a distanza	Prestazioni in sede	Sopralluoghi	Prestazioni n.c.	Totale
2005	1.369	378	157	43	**1.947**
2006	1.548	1.352	448	50	**3.398**
2007	2.075	1.638	510	96	**4.319**
2008	3.043	1.884	714	85	**5.726**
2009	3.008	1.972	825	77	**5.882**
2010	2.877	1.740	846	95	**5.558**
2011	2.498	1.692	753	161	**5.104**
2012	3.355	1.604	741	88	**5.788**
2013	3.859	1.680	823	82	**6.444**
2014	4.581	2.025	946	164	**7.716**
2015	3.947	1.511	721	81	**6.260**
2016	4.026	1.452	810	111	**6.399**
2017	3.997	1.519	826	116	**6.458**
2018	4.241	1.603	810	131	**6.785**
Totale	**44.424**	**22.050**	**9.930**	**1.380**	**77.784**
Incid. %	**57,11**	**28,35**	**12,77**	**1,77**	**100,00**

Fonte: Ns. elaborazione su dati contenuti nelle relazioni annuali di valutazione delle attività dei CAAD; Regione Emilia-Romagna – Direzione Generale Sanità e Politiche Sociali, 2005-13; Regione Emilia-Romagna – Direzione Generale Sanità e Politiche Sociali e per l'Integrazione, 2014-18.

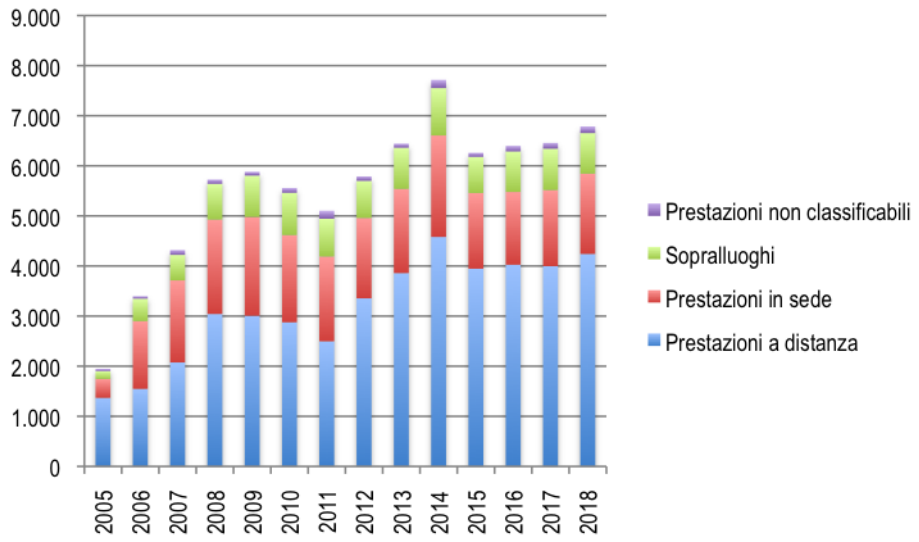


Figura 1. Prestazioni erogate dai CAAD (2005-18) negli anni dal 2005 al 2018.
Fonte: Ns. elaborazione sulla base dei dati contenuti nelle relazioni annuali di valutazione delle attività dei CAAD; Regione Emilia-Romagna – Direzione Generale Sanità e Politiche Sociali: 2005-13; Regione Emilia-Romagna – Direzione Generale Sanità e Politiche Sociali e per l'Integrazione, 2014-18.

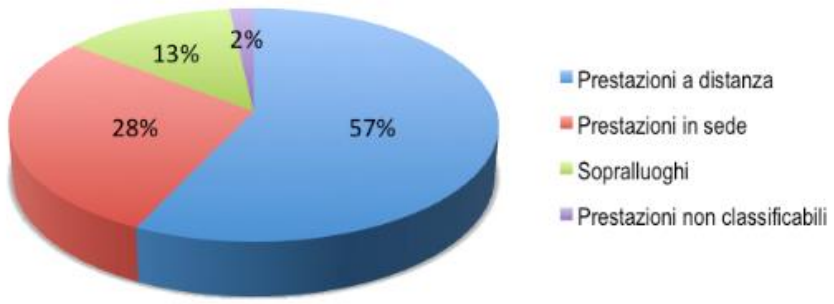


Figura 2. Prestazioni erogate (%) nel 2018 per tipologia.
Fonte: Ns. elaborazione sulla base dei dati contenuti nelle relazioni annuali di valutazione delle attività dei CAAD; Regione Emilia-Romagna – Direzione Generale Sanità e Politiche Sociali, 2005-13; Regione Emilia-Romagna – Direzione Generale Sanità e Politiche Sociali e per l'Integrazione, 2014-18.

b) *Accessi ed utenti*

Dall'analisi dei dati delle diverse relazioni annuali (dal 2006 al 2018) In merito alle attività svolte dai *CAAD*, nel periodo 2006-18, si osserva che gli *accessi effettuati* dai diversi utenti (anziani, disabili, familiari, operatori pubblici, volontari) complessivamente sono stati più di 117.000, di questi il 51% è stato effettuato da anziani e disabili e il 49% dalle altre categorie di utenza (vedi Tabella 2). Nel periodo considerato si registra un progressivo aumento degli accessi complessivi che raggiunge il suo valore massimo nel 2014 per poi registrare una discesa pari a meno nell'anno successivo. Tale calo è motivato da alcuni fattori quali: i mancati rinnovi di convenzione con alcuni

ambiti distrettuali (Piacenza); le differenti modalità locali di erogazione e registrazione del primo accesso. Tornando alla lettura degli accessi si evidenzia comunque una ripresa del dato con una crescita che fa registrare dal 2015 al 2018 una variazione positiva pari al 63% circa, pur non raggiungendo più il valore del 2014 (vedi Tabella 2 e Figura 3). Altro dato significativo riguarda la prevalenza di accessi effettuati da anziani e disabili fatta eccezione per gli anni di avvio dei *CAAD* (2006-08) e del 2015.

Tabella 2. Numero di accessi alle prestazioni dei *CAAD* per categoria di utenza dal 2006 al 2018.

Anni	N. di accessi da anziani e disabili	N. di accessi da operatori, familiari	Totale
2006	2.088	2.222	**4.310**
2007	2.289	3.124	**5.413**
2008	2.726	4.234	**6.960**
2009	5.314	4.386	**9.700**
2010	5.003	4.136	**9.139**
2011	4.483	3.825	**8.308**
2012	5.109	4.360	**9.469**
2013	5.906	4.941	**10.847**
2014	7.058	5.968	**13.026**
2015	5.457	4.664	**10.121**
2016	5.735	4.834	**10.569**
2017	5.730	5.730	**11.460**
2018	6.195	5.115	**11.310**
Totale	**63.093**	**57.539**	**120.632**

Fonte: Ns. elaborazione su dati contenuti nelle relazioni annuali di valutazione delle attività dei CAAD; Regione Emilia-Romagna – Direzione Generale Sanità e Politiche Sociali, 2006-13; Regione Emilia-Romagna – Direzione Generale Sanità e Politiche Sociali e per l'Integrazione, 2014-18.

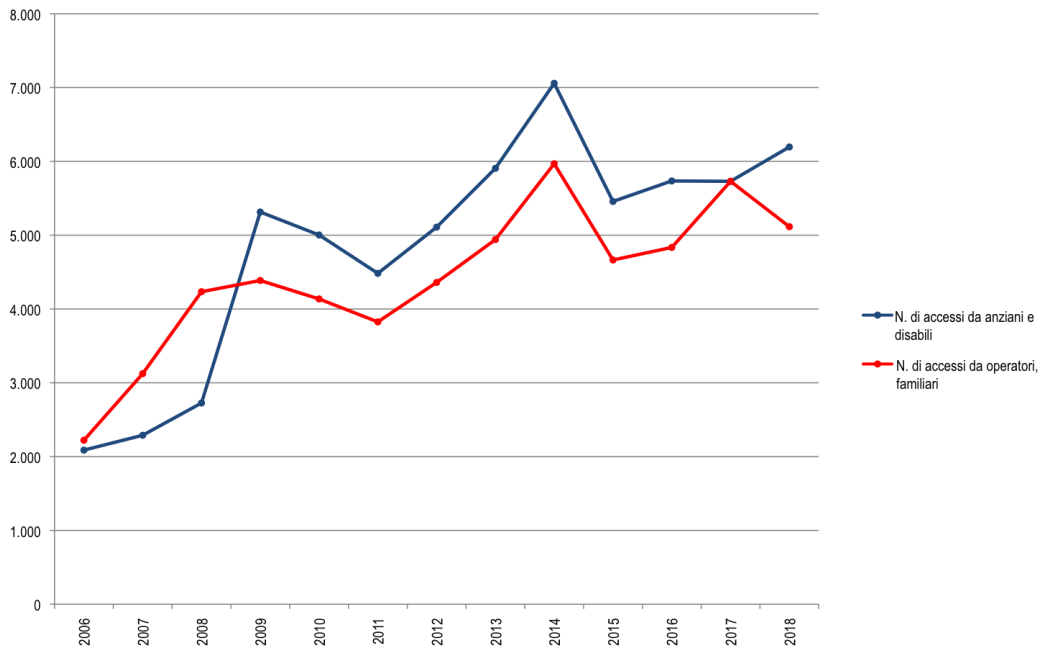


Figura 3. Numero di accessi alle prestazioni dei CAAD per categoria di utenza dal 2006 al 2018.
Fonte: Ns. elaborazione su dati contenuti nelle relazioni annuali di valutazione delle attività dei CAAD; Regione Emilia-Romagna – Direzione Generale Sanità e Politiche Sociali, 2006-13; Regione Emilia-Romagna – Direzione Generale Sanità e Politiche Sociali e per l'Integrazione, 2014-18.

Un aspetto da sottolineare riguarda infine la tipologia degli operatori che si rivolgono ai *CAAD*. La Relazione annuale sulle attività del 2018 evidenzia come dei 5.115 accessi effettuati da persone diverse dagli utenti disabili ed anziani il 33,8 % è da ascrivere a familiari (dato questo in calo rispetto al costante trend di crescita degli anni precedenti), mentre la restante parte dei casi riguarda operatori in prevalenza appartenenti ai servizi pubblici di cui il 22,9% riguarda i Comuni/Unioni di Comuni, il 16,5% le AUSL e il 4% altri enti pubblici (Regione Emilia-Romagna, 2019: 15).

In merito al *target di utenza* viene evidenziato (Regione Emilia-Romagna, 2019) come negli anni la tendenza si sia andata connotando chiaramente, facendo emergere come sono proprio gli anziani i maggiori utilizzatori delle prestazioni fornite. Nel 2006 infatti questi utenti costituivano circa un terzo del totale (36%), tale percentuale è andata crescendo progressivamente negli anni fino ad arrivare nel 2017 al 58%, per poi flettere leggermente nel 2018 di due punti percentuali (vedi Figura 4).

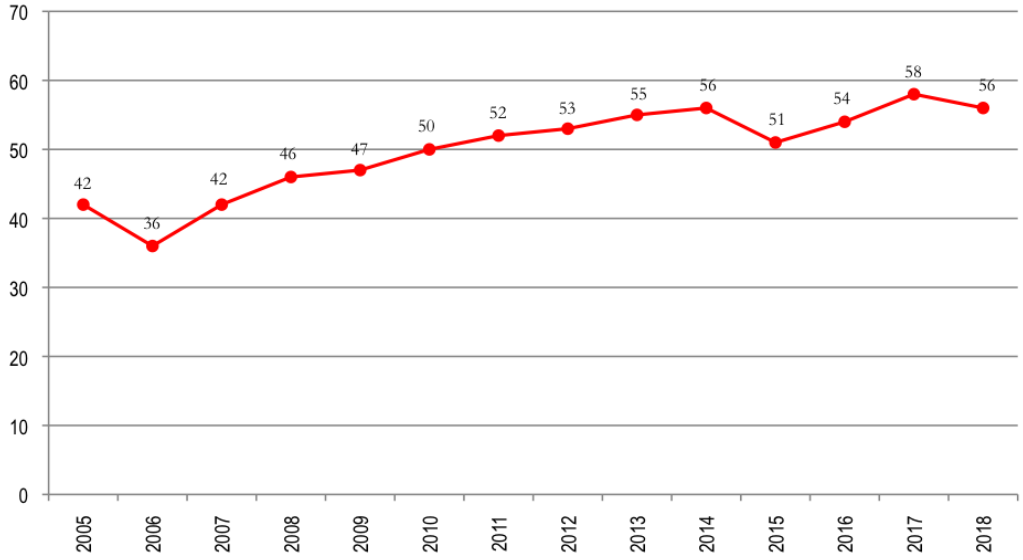


Figura 4. Percentuale di persone over 65 che hanno effettuato accessi alle prestazioni dei CAAD nel periodo 2005-2018.
Fonte: Ns. elaborazione su dati contenuti nelle relazioni annuali di valutazione delle attività dei CAAD; Regione Emilia-Romagna – Direzione Generale Sanità e Politiche Sociali, 2005-13; Regione Emilia-Romagna – Direzione Generale Sanità e Politiche Sociali e per l'Integrazione, 2014-18.

c) *Le attività di formazione svolte dai CAAD*

Un'attività molto intensa viene svolta dai *CAAD* nel settore della formazione «diretta non solo agli operatori della rete territoriale dei servizi socio-sanitari, ma anche a vari soggetti del mondo professionale, artigiano, associativo e sindacale, ritenuti interlocutori cruciali per diffondere una cultura sulla progettazione accessibile e la qualità della vita a domicilio delle persone anziane e disabili» (Regione Emilia-Romagna, 2008:6).

Le modalità attraverso cui viene svolta tale attività sono:

- l'organizzazione diretta di momenti di approfondimento come corsi, seminari e incontri;
- la partecipazione, con comunicazioni sull'esperienza specifica sul tema dell'adattamento domestico e dell'accessibilità, all'interno di eventi organizzati da altri soggetti (Aziende USL, Aziende speciali comunali; INAIL; Associazioni; Ordini professionali, ecc.).

Fondamentale in questo campo di attività risulta l'intera rete regionale e la collaborazione che viene fornita dal CRIBA.

d) *Le attività di comunicazione e informazione e di ampliamento della rete*

La rete regionale dei *CAAD* svolge anche un'intensa attività informativa sui temi dell'adattamento domestico rispetto alle situazioni di non autosufficienza e di comunicazione sulle proprie iniziative. Tale attività è finalizzata anche ad ampliare e rafforzare la rete degli attori coinvolti. Tre le modalità principali attraverso cui si svolgono tali attività:

- portale web che dal 2013 (anno in cui è stato rinnovato) al 2018 ha fatto registrare: 60.400 accessi da parte di 46.000 persone e 150mila pagine visitate (Regione Emilia-Romagna, 2019). Le sezioni maggiormente consultate sono quelle relative alla legislazione/contributi, alle *news*, alla formazione, agli altri centri italiani che operano su tematiche similari, ai temi e agli ambienti tipici dell'adattamento domestico.
- *newsletter* pubblicata sul sito che fornisce informazioni costanti sulle novità collegate all'adattamento domestico per la non autosufficienza. «Dall'avvio del servizio, nel 2006, sono stati prodotti 96 numeri per complessive 1.124 notizie dedicate a questi temi» (Regione Emilia-Romagna, 2019: 6).

iniziative/accordi di collaborazione con altri enti che spesso maturano a valle delle attività di informazione. Un esempio è la collaborazione instaurata già dai primi anni di attività con l'Agenzia delle Entrate per pubblicare la 'Guida alle agevolazioni e contributi per le persone con disabilità', fascicolo che contiene le informazioni su tutti gli aiuti che il cittadino può chiedere in merito all'accessibilità e alla mobilità, non solo sul versante delle agevolazioni fiscali, ma anche nell'ambito del sistema regionale dei servizi sociali (Regione Emilia-Romagna, 2009: 7). Nel 2019 è stata pubblicata la nuova guida integrata sulle agevolazioni con INPS, INAIL e Agenzia delle Entrate. A valle di tale iniziativa si sono sviluppate sinergie e collaborazioni anche con i Sindacati, le Associazioni di anziani e disabili e i vari servizi socio-sanitari. Da diversi anni è inoltre attiva una collaborazione con l'altro sito italiano specializzato su questi temi, gestito dalla Associazione Abitare&Anziani di Roma.

8 Agency e relazioni con il sistema

▪ ***Principali attori ed eventuale leadership***

In questa iniziativa è da sottolineare il modello di governance istituzionale multilivello nel quale ciascun attore (regione, comuni, distretti socio-sanitari, attori locali, ecc.) svolge il ruolo a cui è chiamato. A livello centrale è determinante l'incisiva azione di regia, coordinamento, monitoraggio e valutazione svolta dalla regione, a livello locale è da evidenziare il lavoro di raccordo con il sistema socio-sanitario e di costituzione di reti svolto dai comuni.

▪ ***Relazioni con il sistema***

Questa iniziativa è inserita in contesto legislativo-programmatico di ampio respiro e integrato con le politiche di welfare della Regione Emilia-Romagna. L'iniziativa è caratterizzata da un progressivo aggiornamento del quadro legislativo, da una programmazione solida e da un'attività di monitoraggio e valutazione continua e costante nel tempo. Tali attività sono peraltro messe in trasparenza e risultano accessibili a tutti attraverso i portali web regionali. Tale progetto è inserito in un quadro programmatico regionale che tende a favorire l'integrazione dei processi sia in termini progettuali, che di risorse finanziarie e umane.

▪ ***Cosa è rimasto del progetto***

Il progetto è ancora attivo e costituisce una pratica esemplare e unica nel contesto nazionale.

9 Risorse mobilitate (finanziarie, umane, organizzative, politiche)

▪ ***Risorse finanziarie***

La Regione, nella fase di istituzione e avvio (2004-05) ha finanziato il progetto con 1.000.000 di euro a copertura del 70% del costo totale, il restante il 30% è stato finanziato dalla compartecipazione dei comuni di ogni ambito provinciale.

Negli anni successivi la regione ha continuato a cofinanziare i *CAAD*. Nel prospetto che segue è riportato il dettaglio delle risorse finanziarie assegnate ai *CAAD* provinciali nel periodo 2013-18.

Tabella 3. Risorse finanziarie erogate per anno e per tipo ai fini del funzionamento dei *CAAD*

Anni	FRNA e Fondi Statali (euro)	Fondi comunali e di altri enti (euro)	Totale per anno (euro)
2013	710.000	240.000	950.000
2014	620.000	330.000	950.000
2015	500.000	200.000	700.000
2016	525.000	168.000	693.000
2017	507.760	250.540	758.300
2018	561.500	144.000	705.500
Totale	**3.424.260**	**1.332.540**	**4.756.800**

Fonte: Ns. elaborazione su dati Regione Emilia-Romagna – Direzione Generale Cura della Persona, Salute e Welfare – Servizio Assistenza Territoriale – Area Integrazione socio-sanitaria e politiche per la non autosufficienza, 2015-2018; Regione Emilia-Romagna – Direzione Generale Sanità, Politiche Sociali e Integrazione – Servizio Assistenza territoriale – Area Integrazione socio-sanitaria e politiche per la non autosufficienza, 2015; Regione Emilia-Romagna – Direzione Generale Sanità e Politiche Sociali – Servizio integrazione socio-sanitaria e politiche per la non autosufficienza, 2014.

▪ ***Risorse umane***

Le risorse umane per il funzionamento dei *CAAD* sono costituite da:

a) *equipe multidisciplinari* ad alta specializzazione composte da:

- un operatore sociale e uno di sportello (educatore/assistente sociale);
- un operatore sanitario (fisioterapista/terapista occupazionale);
- un operatore tecnico-progettista (ingegnere/architetto/tecnico dei sistemi domotici);

b) *altre professionalità* dedicate allo sviluppo tecnico-metodologico, alla ricerca e all'amministrazione la cui presenza e numero varia a seconda dei territori e delle attività specifiche previste nei *CAAD*.

Nell'anno di avvio (2005) per il funzionamento dei *CAAD* sono state assunte complessivamente 58 unità di personale con le qualifiche di cui sopra.

10 Dimensioni innovative

▪ ***Soddisfazione di bisogni non coperti dal sistema di cura***

I *CAAD* nascono come risposta pubblica ad un bisogno rilevato sul territorio: la crescente domanda di supporto nell'individuazione di soluzioni per l'accessibilità, la fruibilità e la vivibilità delle abitazioni private. Questo bisogno espresso direttamente dai cittadini e in costante aumento nel corso degli anni, veniva rilevato dai servizi territoriali socio-sanitari e dai due centri regionali di secondo livello (Schiavon, 2004).

▪ ***Modifica delle relazioni sociali/istituzionali tra anziani e altri attori***

Il progetto dei *CAAD* consente agli anziani di avere interlocutori certi ai quali rivolgersi per comprendere le potenzialità di adattamento domestico rispetto alle proprie fragilità e di poter approfondire tale questione nelle molteplici angolazioni che presenta (di natura fiscale, tecnica, ecc.).

▪ ***Empowerment/aumento della capacità di esprimersi e incidere***

Le prestazioni svolte dagli operatori dei *CAAD* consentono di incidere in termini informativi e formativi sugli anziani, potenziandone notevolmente la capacità di esprimere i bisogni e di considerare le possibili soluzioni in base alle proprie situazioni personali e ambientali.

11 Principali risultati dell'iniziativa

- Costruzione di una rete di centri regionali e locali sull'adattamento dell'ambiente domestico e sulla domotica;
- incremento della diffusione di informazioni sull'adattamento domestico;
- forte ampliamento della platea di soggetti competenti sui temi;
- corte sensibilizzazione su tali tematiche;
- costruzione di due centri di eccellenza a livello internazionale su tali temi;
- realizzazione di una pratica unica a livello nazionale;
- continuità nel tempo.

12 Punti di forza e fattori di successo

▪ ***Punti di forza***

- Il modello di governance istituzionale utilizzato che è caratterizzato da un forte ruolo di regia della regione e dalla responsabilizzazione dei territori locali.
- Le modalità attuative caratterizzate da fasi di sviluppo graduali nelle quali una forte attenzione è stata posta anche sulla formazione degli operatori.
- Il collegamento tra i *CAAD* e la rete dei servizi socio-sanitari.
- Il coordinamento e l'integrazione delle politiche settoriali e dei fondi connessi.
- Le attività di valutazione e monitoraggio annuale che consentono di rilevare le criticità e di operare i necessari aggiustamenti.
- La personalizzazione delle soluzioni.

▪ ***Fattori di successo***

- Capacità politico-programmatica dell'ente regionale.
- Disponibilità e capacità di operare in rete delle istituzioni pubbliche locali, agevolata da una cultura della collaborazione inter-istituzionale.

13 Punti di debolezza e fattori di rischio

- Il numero di anziani che si rivolgono al servizio si presenta abbastanza costante negli ultimi anni, ma sembra un po' esiguo rispetto alla complessiva popolazione anziana della regione.
- Il numero limitato di sopralluoghi nel plafond complessivo delle prestazioni erogate.
- La diversa efficacia nell'intercettare i bisogni delle differenti strutture locali.

14 Potenziale in termini di policy: replicabilità e/o *up-scaling*

L'esperienza della rete regionale dell'Emilia-Romagna e dei *CAAD* in particolare rappresenta una pratica esemplare che è stata assunta come modello o come riferimento in altre esperienze nazionali e internazionali. In particolare:

- le prime esperienze sono nate a Brescia e a Firenze, tra il 2006 e il 2007. La prima è stata promossa dalla Fondazione 'Brescia Solidale' che ha avviato un servizio a pagamento per l'Adattamento degli Ambienti di Vita (SaV). A Firenze il Consorzio COS ha provato ad avviare questo progetto ma organizzativamente non decollò rimanendo ad una fase progettuale.
- Dopo alcuni anni, la Regione Puglia ha fondato un *CAAD* a Conversano, in Provincia di Bari, per iniziativa dell'Associazione DOMOS.
- Anche Friuli Venezia Giulia, Toscana, Umbria, Trentino-Alto Adige hanno replicato la rete ma limitatamente ai centri di secondo livello (CERPA Network).

- Nel 2014 è sorto il *CAAD* Veneto, nell'ambito dell'Ospedale Riabilitativo di Alta Specializzazione di Motta di Livenza (Treviso), su impulso anche della SIDiMa (Società Italiana Disability Manager).
- Sempre in questi anni il 'modello emiliano' varca anche i confini e diviene pratica di interesse in Germania per il tramite della Camera di Commercio Italiana (e delle relative ditte di ausili tedesche interessate al mercato italiano), e in Polonia (Pancaldi, 2015).

- Nel 2016 la Regione Toscana promuove, ispirandosi ai *CAAD* emiliani, un progetto sperimentale 'Adattamento Domestico per l'Autonomia personale' (ADA) finalizzato al miglioramento delle condizioni di vita delle persone con disabilità grave nella propria abitazione.

15 Fonti

▪ ***Riferimenti bibliografici e sul web***

Lauria, A., Benesperi, B., Valli, F. (2017) *Il progetto ADA. Un modello di intervento per l'autonomia domestica delle persone disabili.* Franco Angeli: Milano.

Lungarella, R. (a cura di) (2007) *Il fondo per l'eliminazione e il superamento delle barriere architettoniche. Struttura e valutazione del suo funzionamento.* Regione Emilia-Romagna – NUVAL. CLUEB: Bologna.

Malavasi, M. (2004) 'Perché la domotica diventi realtà per anziani e disabili' [online]. Contributo a 'HANDImatica 2004 – Mostra-Convegno Nazionale per l'integrazione del disabile, Bologna 25-27 novembre. Accessibile su: http://streaming.cineca.it/handimatica/frames/frameset.php?flusso=lis56. (Consultato: giugno 2020).

Mazza, L. (2004) 'Il progetto regionale La casa amica' [online]. Contributo a 'HANDImatica 2004 – Mostra-Convegno Nazionale per l'integrazione del disabile. Bologna 25-27 novembre. Accessibile su: http://streaming.cineca.it/handimatica/frames/frameset.php?flusso=lis56. (Consultato: giugno 2020).

Montanari, C. (2019) *CAAD: cos'è e come aiuta a ritrovare la propria autonomia in casa* [online]. Intervista. Accessibile su: https://www.konemotus.it/blog/caad-adattamento-domestico/. (Consultato: giugno 2020).

Pancaldi, A. (2014) 'Una rete di servizi per adattare la propria casa' [online]. Accessibile su: https://www.superando.it/2014/03/24/una-rete-di-servizi-per-adattare-la-propria-casa/. (Consultato: giugno 2020).

Regione Emilia-Romagna (2019) *Rapporto sociale anziani-Aggiornamento 2019* [online]. Accessibile su: http://sociale.regione.emilia-romagna.it/anziani/approfondimenti/par/il-par (Consultato: giugno 2020).

Regione Emilia-Romagna (2003) 'Contributi e criteri organizzativi per i comuni per la costituzione di centri territoriali di informazione e consulenza per l'adattamento ambiente domestico per anziani e disabili' [online]. DGR 2248 del 10 novembre. BUR 7/2004. Accessibile su: http://bur.regione.emilia-romagna.it/archivio/bollettino?anno=2004&num_boll=7. (Consultato: giugno 2020).

Regione Emilia-Romagna – Direzione Generale Cura della Persona, Salute e Welfare (2019) *Utilizzo del FRNA e Fondi Nazionali 2017* [online]. Accessibile su: www.emiliaromagnasociale.it. (Consultato: giugno 2020).

Regione Emilia-Romagna – Direzione Generale Cura della Persona, Salute e Welfare (2018) *Utilizzo del FRNA e Fondi Nazionali 2017* [online]. Accessibile su: www.emiliaromagnasociale.it (Consultato: giugno 2020).

Regione Emilia-Romagna – Direzione Generale Cura della Persona, Salute e Welfare (2017) *Utilizzo del FRNA e Fondi Nazionali 2016* [online]. Accessibile su: www.emiliaromagnasociale.it (Consultato: giugno 2020).

Regione Emilia-Romagna – Direzione Generale Cura della Persona, Salute e Welfare (2016) *Utilizzo del FRNA e Fondi Nazionali 2015* [online]. Accessibile su: www.emiliaromagnasociale.it . (Consultato: giugno 2020).

Regione Emilia-Romagna – Direzione Generale Cura della Persona, Salute e Welfare (2015) *Utilizzo del FRNA e Fondi Nazionali 2014* [online]. Accessibile su: www.emiliaromagnasociale.it (Consultato: giugno 2020).

Regione Emilia-Romagna – Direzione Generale Sanità e Politiche Sociali e per l'Integrazione – Servizio Assistenza Territoriale – Area Integrazione sociosanitaria e Politiche per la non autosufficienza (2019) *Report sui centri di informazione e consulenza per l'adattamento dell'ambiente domestico (CAAD) - Attività anno 2018* [online]. Accessibile su https://sociale.regione.emilia-romagna.it/documentazione/pubblicazioni/ricerche-e-statistiche/centri-di-adattamento-domestico (Consultato: maggio 2020).

Regione Emilia-Romagna – Direzione Generale Sanità e Politiche Sociali e per l'Integrazione – Servizio Assistenza Territoriale – Area Integrazione sociosanitaria e Politiche per la non autosufficienza (2018) *Report sui centri di informazione e consulenza per l'adattamento dell'ambiente domestico (CAAD) - Attività anno 2017*. Accessibile su: https://sociale.regione.emilia-romagna.it/documentazione/pubblicazioni/ricerche-e-statistiche/centri-di-adattamento-domestico. (Consultato: maggio 2020).

Regione Emilia-Romagna – Direzione Generale Sanità e Politiche Sociali e per l'Integrazione – Servizio Assistenza Territoriale – Area Integrazione sociosanitaria e Politiche per la non autosufficienza (2017) *Report sui centri di informazione e consulenza per l'adattamento dell'ambiente domestico (CAAD) - Attività anno 2016* [online]. Accessibile su: https://sociale.regione.emilia-romagna.it/documentazione/pubblicazioni/ricerche-e-statistiche/centri-di-adattamento-domestico. (Consultato: maggio 2020).

Regione Emilia-Romagna – Direzione Generale Sanità e Politiche Sociali e per l'Integrazione – Servizio Assistenza Territoriale – Area Integrazione sociosanitaria e Politiche per la non autosufficienza (2016) *Report sui centri di informazione e consulenza per l'adattamento dell'ambiente domestico (CAAD) - Attività anno 2015* [online]. Accessibile su: https://sociale.regione.emilia-romagna.it/documentazione/pubblicazioni/ricerche-e-statistiche/centri-di-adattamento-domestico. (Consultato: maggio 2020).

Regione Emilia-Romagna – Direzione Generale Sanità e Politiche Sociali e per l'Integrazione – Servizio Assistenza Territoriale – Area Integrazione sociosanitaria e Politiche per la non autosufficienza (2015) *Report sui centri di informazione e consulenza per l'adattamento dell'ambiente domestico (CAAD) Attività anno 2014* [online]. Accessibile su: https://sociale.regione.emilia-romagna.it/documentazione/pubblicazioni/ricerche-e-statistiche/centri-di-adattamento-domestico. (Consultato: maggio 2020).

Regione Emilia-Romagna – Direzione Generale Sanità e Politiche Sociali – Servizio integrazione socio sanitaria e politiche per la non autosufficienza (2014) *Relazione sulla rete dei servizi di informazione e consulenza per l'adattamento dell'ambiente domestico per anziani e disabili - Attività anno 2013* [online]. Accessibile su: https://sociale.regione.emilia-romagna.it/documentazione/pubblicazioni/ricerche-e-statistiche/centri-di-adattamento-domestico. (Consultato: maggio 2020).

Regione Emilia-Romagna – Direzione Generale Sanità e Politiche Sociali – Servizio integrazione sociosanitaria e Politiche per la non autosufficienza (2013) *Report sui centri di informazione e consulenza per l'adattamento dell'ambiente domestico (CAAD) - Attività anno 2012* [online]. Accessibile su: https://sociale.regione.emilia-romagna.it/documentazione/pubblicazioni/ricerche-e-statistiche/centri-di-adattamento-domestico (Consultato: giugno 2020).

Regione Emilia-Romagna – Direzione Generale Sanità e Politiche Sociali – Servizio integrazione sociosanitaria e Politiche per la non autosufficienza (2012) *Report sui centri di informazione e consulenza per l'adattamento dell'ambiente domestico (CAAD) - Attività anno 2011* [online]. Accessibile su: https://sociale.regione.emilia-

romagna.it/documentazione/pubblicazioni/ricerche-e-statistiche/centri-di-adattamento-domestico. (Consultato: giugno 2020).

Regione Emilia-Romagna – Direzione Generale Sanità e Politiche Sociali – Servizio Governo dell'integrazione socio sanitaria e delle politiche per la non autosufficienza (2011) *Report sui centri di informazione e consulenza per l'adattamento dell'ambiente domestico (CAAD) - Attività anno 2010* [online]. Programma 'Casa Amica'. Accessibile su: https://sociale.regione.emilia-romagna.it/documentazione/pubblicazioni/ricerche-e-statistiche/centri-di-adattamento-domestico. (Consultato: giugno 2020).

Regione Emilia-Romagna – Direzione Generale Sanità e Politiche Sociali – Servizio Governo dell'integrazione socio sanitaria e delle politiche per la non autosufficienza (2010) *Relazione sulla rete dei servizi di informazione e consulenza per l'adattamento dell'ambiente domestico per anziani e disabili - Attività anno 2009* [online]. Programma 'Casa Amica'. Accessibile su: https://sociale.regione.emilia-romagna.it/documentazione/pubblicazioni/ricerche-e-statistiche/centri-di-adattamento-domestico. (Consultato: giugno 2020).

Regione Emilia-Romagna – Direzione Generale Sanità e Politiche Sociali – Servizio Governo dell'integrazione socio sanitaria e delle politiche per la non autosufficienza (2009) *Relazione sulla rete dei servizi di informazione e consulenza per l'adattamento dell'ambiente domestico per anziani e disabili - Attività anno 2008* [online]. Programma 'Casa Amica'. Accessibile su: https://sociale.regione.emilia-romagna.it/documentazione/pubblicazioni/ricerche-e-statistiche/centri-di-adattamento-domestico. (Consultato: giugno 2020).

Regione Emilia-Romagna – Direzione Generale Sanità e Politiche Sociali – Servizio Governo dell'integrazione socio sanitaria e delle politiche per la non autosufficienza (2008) *Relazione sulla rete dei servizi di informazione e consulenza per l'adattamento dell'ambiente domestico per anziani e disabili - Attività anno 2007* [online]. Programma 'Casa Amica'. Accessibile su: https://sociale.regione.emilia-romagna.it/documentazione/pubblicazioni/ricerche-e-statistiche/centri-di-adattamento-domestico. (Consultato: giugno 2020).

Regione Emilia-Romagna – Direzione Generale Sanità e Politiche Sociali – Servizio Governo dell'integrazione socio sanitaria e delle politiche per la non autosufficienza (2007) *Relazione sulla rete dei servizi di informazione e consulenza per l'adattamento dell'ambiente domestico per anziani e disabili - Attività anno 2006* [online]. Programma 'Casa Amica'. Accessibile su: https://sociale.regione.emilia-romagna.it/documentazione/pubblicazioni/ricerche-e-statistiche/centri-di-adattamento-domestico. (Consultato: maggio 2020).

Regione Emilia-Romagna – Direzione Generale Sanità e Politiche Sociali – Servizio Pianificazione e Sviluppo dei Servizi Sociali e Socio-Sanitari "Politiche e Servizi per Anziani e Disabili" (2006) *Relazione sulla rete dei servizi di informazione e consulenza per l'adattamento dell'ambiente domestico per anziani e disabili - Attività anno 2005* [online]. Accessibile su: https://sociale.regione.emilia-romagna.it/documentazione/pubblicazioni/ricerche-e-statistiche/centri-di-adattamento-domestico (Consultato: giugno 2020).

Regione Emilia-Romagna – Direzione Generale Cura della Persona, Salute e Welfare – Servizio Assistenza Territoriale – Area Integrazione socio-sanitaria e politiche per la non autosufficienza (2018) *Utilizzo del FRNA e Fondi Nazionali 2017* [online]. Accessibile su: https://sociale.regione.emilia-romagna.it/documentazione/pubblicazioni/ricerche-e-statistiche/fondo-regionale-per-la-non-autosufficienza/frna-relazione-2018.pdf. (Consultato: giugno 2020).

Regione Emilia-Romagna – Direzione Generale Cura della Persona, Salute e Welfare – Servizio Assistenza Territoriale – Area Integrazione socio-sanitaria e politiche per la non autosufficienza (2017) *Utilizzo del FRNA e Fondi Nazionali 2017* [online]. Accessibile su: https://sociale.regione.emilia-romagna.it/documentazione/pubblicazioni/ricerche-e-statistiche/fondo-regionale-per-la-non-autosufficienza/frna-relazione-2017.pdf (Consultato: giugno 2020).

Regione Emilia-Romagna – Direzione Generale Cura della Persona, Salute e Welfare – Servizio Assistenza Territoriale – Area Integrazione socio-sanitaria e politiche per la non autosufficienza (2016) *Utilizzo del FRNA e Fondi Nazionali 2016* [online]. Accessibile su:

https://sociale.regione.emilia-romagna.it/documentazione/pubblicazioni/ricerche-e-statistiche/fondo-regionale-per-la-non-autosufficienza/relazione-frna-2016. (Consultato: giugno 2020).

Regione Emilia-Romagna – Direzione Generale Cura della Persona, Salute e Welfare – Servizio Assistenza Territoriale – Area Integrazione socio-sanitaria e politiche per la non autosufficienza (2015) *Utilizzo del FRNA e Fondi Nazionali 2015* [online]. Accessibile su: https://sociale.regione.emilia-romagna.it/documentazione/pubblicazioni/ricerche-e-statistiche/fondo-regionale-per-la-non-autosufficienza/relazione-frna-2015. (Consultato: giugno 2020).

Regione Emilia-Romagna – Direzione Generale Sanità, Politiche Sociali e Integrazione – Servizio Assistenza territoriale – Area Integrazione socio-sanitaria e politiche per la non autosufficienza (2015) *Utilizzo del FRNA e Fondi Nazionali 2014 e Programmazione 2015* [online]. Accessibile su: https://sociale.regione.emilia-romagna.it/documentazione/pubblicazioni/ricerche-e-statistiche/fondo-regionale-per-la-non-autosufficienza/relazione-frna-2014-2015. (Consultato: giugno 2020).

Regione Emilia-Romagna – Direzione Generale Sanità e Politiche Sociali – Servizio integrazione socio-sanitaria e politiche per la non autosufficienza (2014) *Utilizzo del FRNA e Fondi Nazionali 2013 e Programmazione 2014* [online]. Accessibile su: https://sociale.regione.emilia-romagna.it/documentazione/pubblicazioni/ricerche-e-statistiche/fondo-regionale-per-la-non-autosufficienza/relazione-frna-2013-2014. (Consultato: giugno 2020).

Schiavon, B. (2004) 'Centri di informazione e consulenza per l'adattamento dell'ambiente domestico per diabili e anziani' [online]. Contributo a HANDImatica 2004 –Mostra-Convegno Nazionale per l'integrazione del disabile, Bologna 25-27 novembre. Accessibile su: http://streaming.cineca.it/handimatica/frames/frameset.php?flusso=lis56. (Consultato: giugno 2020).

- ***Interviste a testimoni privilegiati***

Schiavon Barbara, Servizio Assistenza Territoriale -Area Integrazione sociosanitaria e Politiche per la non autosufficienza – Direzione Generale Cura della Persona, Salute e Welfare della Regione Emilia-Romagna, Bologna, Intervista telefonica e per e-mail, agosto 2020.

16 Data chiusura del caso studio

La ricostruzione e l'analisi critica del caso studio si sono concluse nel mese di settembre 2020.

17 Contatti

Referente del progetto:

Dott.ssa Barbara Schiavon
Servizio Assistenza Territoriale – Area Integrazione sociosanitaria e Politiche per la non autosufficienza
Direzione Generale Cura della Persona, Salute e Welfare
Regione Emilia-Romagna

e-mail: Barbara.Schiavon@regione.emilia-romagna.

18 Ringraziamenti

Si ringrazia la dott.ssa Barbara Schiavon, per essere stata disponibile pur in un periodo complicato e difficile a partecipare all'intervista telefonica del 24 agosto 2020 e per aver revisionato la scheda.

2. Invecchiare nella propria città: pratiche innovative che riguardano la vita *fuori casa* degli anziani

di Giuliana Costa, Sabrina Quattrini e Antonella Sarlo

2.1. Servizi innovativi per facilitare la vita quotidiana e la socializzazione fuori casa

Guida alla lettura

di Antonella Sarlo

Tra i fattori che più condizionano la qualità della vita degli anziani fragili che invecchiano a casa propria è la progressiva rarefazione delle occasioni di uscita e delle relazioni sociali, dovuta in parte anche alla progressiva riduzione dell'autonomia fuori casa. In questo capitolo sono comprese quattro iniziative, tutte orientate in prevalenza a facilitare lo svolgimento delle attività della vita quotidiana e/o la socializzazione degli anziani fuori casa.

Le iniziative

La finestra sul cortile (Italia, Emilia-Romagna) mira a contrastare la solitudine involontaria degli anziani che vivono soli, attraverso la costruzione, il sostegno ed il consolidamento di relazioni di conoscenza e amicizia. Con il supporto di volontari dell'Auser e con l'obiettivo principale di portare gli anziani fuori dalle loro case e farli partecipi del mondo esterno, non più solo da una finestra o attraverso la TV, la struttura organizza incontri di gruppo a carattere socio-culturale, ludico e conviviale, spesso assicurando anche l'accompagnamento degli anziani a tali eventi.

Community Navigators (Regno Unito, Inghilterra e Irlanda del Nord) è un'iniziativa finalizzata ad identificare le persone anziane e vulnerabili, specie quelle più difficili da raggiungere, e ad alleviarne l'isolamento e la solitudine attraverso contatti telefonici e/o visite domiciliari, supporto emotivo, pratico e sociale (informazioni e consulenza, aiuti in casa, amicizia o 'befriending', possibilità di partecipare ad attività ludico-ricreative), fungendo anche da interfaccia con la comunità e gli altri servizi esistenti. Offre inoltre agli anziani l'opportunità di discutere le loro preoccupazioni ed esaminare le opzioni disponibili per rimanere indipendenti e attivi nella comunità locale.

Chatty Café Scheme (Regno Unito) è un'iniziativa finalizzata a combattere la solitudine delle persone anziane dando loro la possibilità di incontrare altre persone. Si appoggia su una vasta rete di pubblici esercizi (oltre 1.400 caffè, bar e luoghi di ristorazione), i quali riservano – in date e orari prestabiliti – uno o più tavoli all'incontro di avventori soli, affinché possano fare conoscenza con altre persone e scambiare quattro parole in un contesto protetto e riconoscibile. Si avvale di una piattaforma di facile accesso, che consente alle persone di individuare il locale *Chatty* più vicino.

Mais Proximidade Melhor Vida (Portogallo, Lisbona) si rivolge agli anziani residenti nel quartiere Baixa, che rischiano di rimanere isolati per via delle caratteristiche della loro abitazione (edifici senza ascensore) e/o per via delle proprie condizioni psico-fisiche e famigliari. L'associazione fornisce visite a domicilio, forme di contatto e monitoraggio continuativo (anche telefonico), supporto per fissare appuntamenti medici, ritirare referti e applicare le terapie farmacologiche, accompagnamento agli appuntamenti o ad altri eventi. Coordina, inoltre, il contributo delle agenzie e dei soggetti gravitanti attorno alle persone anziane.

Il tipo di iniziativa, gli attori e i rapporti con il sistema

Tutte le iniziative considerate hanno una scala di azione locale (quartiere urbano o comune), anche se alcune (*La finestra sul cortile*, *Chatty Café*) fanno riferimento ad organizzazioni che operano a scala più ampia (regionale o nazionale). Tutte sono gestite da organizzazioni non profit, di tipo mutualistico (Auser) o caritatevole (associazioni, fondazioni, *charities*) e forniscono i loro

servizi gratuitamente. Tutte le iniziative hanno pertanto un carattere filantropico/caritatevole, indipendente dal sistema pubblico, finalizzato a rispondere ai bisogni non coperti degli anziani fragili e soli. Sono tutte iniziative partite dal basso e autogestite, anche se spesso in rete con altri attori (pubblici e privati) e in cooperazione con istituzioni e servizi pubblici già esistenti. Alcune fanno da vero e proprio interfaccia con il sistema di servizi esistente, rendendolo accessibile agli anziani esclusi (*Community Navigators*, *Mas Proximidade Milhor Vida*). Interessante il caso del *Chatty Café Scheme* che per offrire opportunità di socializzazione si appoggia su una rete di esercizi privati for profit.

Le risorse mobilitate

Tutte le iniziative si autofinanziano, anche se ricevono occasionalmente contributi pubblici. Nel caso de La finestra sul cortile, è l'Auser che finanzia i servizi, mentre nel caso dei *Community Navigators* e della *Mais Proximidade Melhor Vida* la principale fonte di finanziamento sono donazioni (attraverso charities e trust), eventi di *fundraising,* e sponsorizzazioni 'sociali' di imprese private. Tutte e tre queste iniziative, inoltre, partecipano periodicamente a bandi per accedere a risorse finanziarie. Il *Chatty Café Scheme* si finanzia invece con le quote di adesione versate dagli esercizi che partecipano all'iniziativa (anche in questo caso come forma di 'responsabilità sociale').

Tutte le iniziative (tranne il *Chatty Café*), oltre ad un nucleo operativo gestionale/tecnico dedicato, si avvalgono in forte misura di volontari e/o organizzazioni del volontariato che assicurano un'erogazione capillare e personalizzata dei servizi offerti. La formazione professionale di tali volontari è una dimensione importante delle iniziative. Nel caso dell'Associazione *Mais Proximidade, Melhor Vida,* partecipano volontari anche delle professioni (dal consulente legale all'idraulico). Nel prossimo futuro, anche il *Chatty Café Scheme* intende sviluppare una rete di volontariato per facilitare le conversazioni negli esercizi aderenti all'iniziativa.

Le dimensioni innovative

Tutte le iniziative sono finalizzate a rispondere in maniera dedicata ai bisogni di rapporto con l'esterno e di socializzazione degli anziani fragili, che il sistema pubblico non copre o non copre a sufficienza. In alcuni casi (Community Navigators, Mas Proximidade Melhor Vida) questo avviene anche interfacciandosi con alcuni dei servizi esistenti. Tutte, inoltre, contribuiscono a modificare – migliorare – il rapporto tra gli anziani e il mondo esterno, rendendo gli anziani in grado di svolgere attività della vita quotidiana, usufruire di servizi esistenti, e/o partecipare ad attività e allacciare relazioni sociali. Contrastando l'isolamento, i servizi erogati, inoltre, rafforzano il senso di autonomia e di capacità decisionale degli anziani. In alcuni casi (*Community Navigators*, *Mas Proximidade Melhor Vida*), gli anziani stessi possono partecipare come volontari.

Punti di forza/fattori di successo e punti di debolezza/fattori di rischio

In tutti i casi qui esaminati, tranne il *Chatty Café Scheme*, tra i punti di forza e i fattori di successo va menzionato in primo luogo la capacità di individuare i soggetti fragili (che restano spesso 'fuori dal radar', anche per motivi di diffidenza) e di rispondere pertanto capillarmente ai bisogni non soddisfatti di un determinato territorio. In secondo luogo, va rilevata la forte personalizzazione degli interventi (con volontari dedicati) e l'attenzione alla creazione di rapporti interpersonali di fiducia. Nel caso di *Mais Proximidade Melhor Vida*, ad esempio, per ogni persona presa in carico viene stilato un piano individuale di sviluppo dei servizi e viene assegnato un case manager. Nel caso de La finestra sul cortile particolare attenzione è dedicata a vincere la diffidenza degli anziani isolati, creando occasioni di incontro per piccoli gruppi.

Altro punto di forza – che però può anche rappresentare un potenziale fattore di rischio – è il coinvolgimento esteso di volontari, che vengono accuratamente formati e integrati nell'organizzazione per fornire servizi dedicati (*La finestra sul cortile*, *Community Navigators*, *Mas Proximidade Melhor Vida*). Nel caso de La finestra sul cortile la formazione dei volontari mira

esplicitamente a far loro superare la mentalità del fare le cose 'per' o 'al posto di' un anziano assistito, coinvolgendolo invece in prima persona e facendogli esprimere le sue preferenze. Anche nel caso del *Chatty Café Scheme*, si prevede la mobilitazione di volontari che svolgano la funzione di 'facilitatori' negli esercizi aderenti.

Tra i punti di debolezza, il più importante – comune a tutti i casi – è rappresentato dalla necessità di autofinanziarsi e dalla conseguente incertezza/volatilità dei finanziamenti. Tutte le iniziative devono, infatti, dedicare tempo e risorse al *fundraising*, partecipando a bandi o organizzando eventi. L'insicurezza finanziaria rappresenta un forte fattore di rischio per la sostenibilità nel tempo delle iniziative.

I quattro casi studio

16. La finestra sul cortile, *Sabrina Quattrini*

17. Community Navigators, *Sabrina Quattrini*

18. The Chatty Café Scheme, *Giuliana Costa*

19. Mais proximidade, melhor vida, *Giuliana Costa*

IN-AGE - INclusive AGEing in place
Laboratorio Politiche Sociali, Politecnico di Milano
Dipartimento Architettura e Territorio, Università Mediterranea di Reggio Calabria
Centro Ricerche Economico-Sociali per l'Invecchiamento, INRCA-IRCCS, Ancona

16 La Finestra sul Cortile

di Sabrina Quattrini
Centro Ricerche Economico-Sociali per l'Invecchiamento, INRCA-IRCCS, Ancona.

1 Breve descrizione dell'iniziativa

La Finestra sul Cortile (*FSC*), è un Progetto attualmente finanziato e condotto da Auser Bologna e Auser Rubiera (Auser Bologna, 2020), che si realizza a Bologna e a Rubiera attraverso la partecipazione degli anziani ad incontri di gruppo, di carattere socio-culturale, ludico e conviviale, organizzati dai referenti del progetto e dai volontari Auser.

Lo scopo è quello di contrastare la solitudine involontaria delle persone ultrasessantacinquenni che vivono sole, attraverso la «ricostruzione, il sostegno ed il consolidamento delle relazioni amicali» (Auser, 2007), con il supporto di volontari dell'Auser, e con l'obiettivo principale di portare gli anziani fuori dalle loro case, per far guardare loro il mondo esterno, non più solo da una finestra o attraverso la TV.

Nella prima fase sperimentale dell'iniziativa è stato costruito un articolato modello di sviluppo sulla base di un'analisi dei territori coinvolti e sulla rilevazione delle varie problematiche esistenti, con la finalità di fissare degli obiettivi e di predisporre le condizioni per la realizzazione delle attività associative nelle quali coinvolgere gli anziani soli.

2 Luogo

ITALIA, Emilia-Romagna, Provincia di Bologna, **Città di Bologna**, quartiere di San Donato e San Vitale; Provincia di Reggio Emilia, **Comune di Rubiera.**

3 Contesto territoriale

- ***Tipologia di area***

Nel 2016 la Città di Bologna presenta i seguenti dati (Comuni-Italiani.it, 2019a):

- la popolazione residente è pari a 388.367 abitanti con una dinamica di crescita che fa registrare, tra il 2001 e il 2016, un incremento pari a 4,9%;
- l'età media è di 46,5 anni;
- la popolazione con più di 65 anni di età rappresenta il 25,6% del totale e l'indice di vecchiaia è pari al 218,1%;
- la percentuale di stranieri residenti sul totale della popolazione è pari al 15,4%;
- il reddito medio annuo è pari a 20.785 euro.

Sempre nel 2016, il Comune di Rubiera in Provincia di Reggio Emilia, presenta i seguenti dati (Comuni-Italiani.it, 2019b):

- la popolazione residente è pari a 14.882 abitanti con una dinamica di crescita che fa registrare, tra il 2001 e il 2016, un incremento pari a 29,3%;
- l'età media della popolazione è di 42,2 anni;
- la popolazione con più di 65 anni di età rappresenta il 19% del totale e l'indice di vecchiaia è pari al 119,3%;
- la percentuale di stranieri residenti sul totale della popolazione è pari al 10,2%;
- il reddito medio annuo è pari a 17.559 euro.

▪ ***Scala di azione***

La scala di azione è quella del quartiere; l'iniziativa, infatti, coinvolge gli anziani soli e residenti in alcuni quartieri popolari di Bologna e di Rubiera, in incontri regolari di socializzazione all'esterno delle abitazioni, organizzati dai referenti Auser, con la finalità di superare l'isolamento sociale degli anziani del quartiere.

4 Tipologia dell'iniziativa e approccio

▪ ***Tipologia***

Iniziativa di volontariato autofinanziata da parte di Auser Bologna città e di Auser Rubiera. Nella fase iniziale (2005-07) ha ricevuto un contributo da parte della Regione Emilia-Romagna, aspirando a diventare una politica pubblica a livello nazionale, cosa che poi non si è realizzata, restando un'iniziativa volontaristica locale.

▪ ***Soggetti attuatori***

- Auser Emilia-Romagna (fase iniziale 2005-07) – Capofila del progetto nella fase inziale);
- Regione Emilia-Romagna (fase iniziale);
- Auser di Bologna (fase attuale);
- Auser di Rubiera (fase attuale);
- Quartieri San Donato e San Vitale - Bologna (fase di contatto delle persone);
- Comune di Rubiera (fase di contatto delle persone tramite le assistenti sociali).

▪ ***Altri soggetti coinvolti (rete mobilitata dal progetto)***

Soggetti coinvolti nel progetto iniziale (2005-07)

1) *CTP* (Comitato Tecnico di Progetto) formato dal Responsabile del Progetto Auser e da:

- Coordinatrice Regionale del progetto;
- Responsabile Scientifico: figura garante della metodologia di progetto;
- Consulente di Ricerca (IRES: Istituto Ricerche Economiche e Sociali): esamina le caratteristiche della fragilità sociale dei territori individuati dal progetto e attua la ricerca e l'analisi quali-quantitativa sul territorio;
- Responsabile della Modellizzazione (agenzia di consulenza 'Pragma Service srl'): rende visibile e comprensibile il progetto, analizza i risultati, supportandone la replicabilità. Ha anche curato il video riassuntivo sui metodi e risultati del progetto sperimentale.

2) *Docenti* (sia liberi professionisti che interni Auser): corresponsabili della messa a punto degli strumenti di rilevazione e modellizzazione, e della formazione dei volontari, con valorizzazione delle loro competenze e capacità.

3) *Responsabili territoriali/referenti locali Auser* per il progetto, dei seguenti quattro territori (solo fino al completamento del percorso preparatorio e formativo):

- Rubiera;
- Bologna (quartiere San Donato poi anche San Vitale);
- Bologna (Le Budrie);
- Savignano Sul Rubicone.

Completato il percorso preparatorio e formativo, il progetto è stato realizzato solo a Rubiera e Bologna (quartiere San Donato e poi San Vitale), mentre le altre due sedi si sono fermate prima dell'inizio della fase di attuazione.

4) *SPI – CGIL* (responsabili) che è stato sia un soggetto garante con cui è stato discusso il progetto, sia un soggetto che ha agevolato l'individuazione delle persone che vivevano sole, che e ha aiutato a tirare fuori dalle case.

5) *Facilitatori* (coloro che possono agevolare il contatto con gli anziani): operatori dei servizi pubblici, membri del consiglio comunale, responsabile dei servizi sociali o loro delegati (comune), vigili urbani, parroci, suore, presidenti di quartiere, operatori di progetti e/o servizi domiciliari, cittadini, altre figure Auser, altre figure SPI (volontari che sono sul territorio).

Soggetti coinvolti nella fase attuale a Bologna

- Servizi sociali del Comune di Bologna

Soggetti coinvolti nella fase attuale a Rubiera

- Servizi sociali del Comune Rubiera (assistente sociale che fornisce i nominativi degli anziani da contattare);
- Casa di riposo e Centro Diurno comunale;
- Università del Tempo Libero del Comune di Rubiera;
- Auser Provinciale di Reggio Emilia
- ISTORECO di Reggio Emilia (Istituto per la Storia della Resistenza e della Società contemporanea), associazione senza fini di lucro.

▪ ***Fonti di finanziamento***

Il progetto, inizialmente (2005-07), è stato finanziato Auser Volontariato Emilia-Romagna, e poi cofinanziato dalla Regione Emilia-Romagna, la quale ha emanato un bando per il finanziamento di diversi progetti volti a favorire l'inclusione sociale e la re-integrazione dei cittadini anziani nella vita della comunità. Nell'ambito di questo bando Auser Emilia-Romagna si è aggiudicato il capitolo riguardante il 'contrasto alla solitudine', ottenendo un cofinanziamento del 70% da parte della Regione.

Nello stesso periodo, la Regione Emilia-Romagna ha cofinanziato e rendicontato *La Finestra sul Cortile* quale parte del Progetto Europeo *I2I,* 'Dall'isolamento all'inclusione – Promuovere l'innovazione nella re-integrazione dei cittadini anziani nella vita della comunità', bando vinto in precedenza e finanziato all'interno del Secondo Programma di Scambi Transnazionali della Commissione Europea, 2005-07 (Regione Emilia-Romagna, 2007), con lo scopo di finanziare progetti di inclusione sociale.

In seguito, dal 2008 al 2020 a Bologna, l'esperienza è proseguita grazie al finanziamento esclusivo da parte di Auser Bologna.

A Rubiera, *La Finestra sul Cortile* è attualmente finanziato da Auser Rubiera e fino all'anno 2018 ha ricevuto un contributo dall'Unione dei Comuni 'Tresinaro Secchia', derivante dal Fondo per la Non Autosufficienza (FNA), destinato anche al contrasto della solitudine.

▪ ***Approccio***

Il progetto ha avuto inizialmente ed ha tuttora, un approccio di tipo volontaristico, dal basso, e autogestito attualmente da parte di Auser Bologna e Rubiera; inizialmente anche da Auser Emilia-Romagna.

▪ ***Target e beneficiari***

Target: Anziani di 65 o più anni che vivono prevalentemente soli.
Beneficiari: Numero anziani coinvolti attualmente (2020), soprattutto donne:

- 25-30 a Bologna, età media di 80 [range: 77-95 anni];
- 22-25, a Rubiera.

Nel progetto iniziale (2005-07) erano coinvolti 50-55 soggetti anziani, soprattutto donne, nei due comuni interessati.

5 L'iniziativa

▪ ***Ambito di intervento***

2. Pratiche innovative che riguardano la vita *fuori casa* degli anziani.
2.1. Servizi innovativi per facilitare la socializzazione.

▪ ***Obiettivi***

L'obiettivo generale iniziale di *La Finestra sul Cortile* è sperimentare modalità innovative per contrastare la solitudine delle persone anziane, portandole fuori dalla propria casa, dove invece tendono a rinchiudersi quando diventano fragili, al fine di ricostruire, valorizzare, consolidare e sostenere le reti di amicizia, sia tra loro sia con i volontari, promuovendone così l'interazione e l'inclusione sociale.

Gli obiettivi specifici del progetto, suddivisi per fasi di realizzazione, sono:

a) *Fase sperimentale (2005-07)*

- Sperimentare un *approccio preventivo* rispetto all'isolamento sociale, incoraggiando le persone che vanno in pensione a dedicarsi ad attività di volontariato, precedute da opportuna formazione;
- formare volontari che sappiano agire come tutor/animatori, assieme alle persone coinvolte, valorizzandone le capacità residue, accompagnandole nei luoghi di socializzazione e stando loro accanto;
- invitare gli anziani a grandi feste di gruppo, e stimolarli a relazionarsi tra loro in piccoli sottogruppi, con il coordinamento dei volontari Auser;
- stimolare gli anziani a svolgere insieme alcune attività come parlare, condividere esperienze, socializzare, prendere un tè, leggere, ecc.;
- creare condizioni favorevoli alla *vita autonoma degli anziani*, che includano una rete di amicizie che renda la vita più interessante e meno monotona.

b) *Fase successiva (2008-20)*

- A *Bologna,* l'obiettivo principale è quello di *favorire la socializzazione* di persone che vivono sole, attraverso l'organizzazione di eventi ludico-ricreativi a cadenza mensile, che favoriscono la socialità, l'espressione delle emozioni, la condivisione di momenti di festa (come compleanni e feste locali), di divertimento (ad esempio, canto e tombola, merende e raccolta di ricette), di riflessione sull'attualità, di condivisione di episodi della propria storia personale (Quattrini, 2020).
- A *Rubiera*, l'obiettivo principale del progetto è la *partecipazione degli anziani* ad incontri socio-culturali o ludici per combattere la solitudine e sostenere le loro capacità residue, facendoli sentire ancora attivi ed integrati al territorio di appartenenza (Brevini, 2020).

Per questo il programma prevede attività di promozione della conoscenza storica, culturale ed anche artistica del Paese e della provincia, con partecipazione degli anziani a diverse iniziative promosse nel comune, inclusi laboratori creativi di taglio e cucito, ai quali partecipano donne più giovani disoccupate ed extracomunitarie, per apprendere a confezionare abiti, e costruire oggetti con l'uso di materiale di recupero. Esempi pratici di attività proposte nell'anno 2019 sono consultabili sul sito del Comune di Rubiera (Comune di Rubiera, 2019a; 2019b).

6 Temporalità

Il progetto si è sviluppato dal 2005 sino ad oggi, ed è tuttora attivo. Ad una prima fase sperimentale (2005-07), necessaria per l'implementazione del modello di intervento, è seguita una seconda fase (2008-20), con sviluppi diversi delle varie iniziative locali.

7 Origine, radici, principali tappe del progetto

▪ ***Le origini e le radici***

L'idea centrale del Progetto *La Finestra sul Cortile* parte dalle considerazioni riguardanti da un lato, il crescente impoverimento delle relazioni primarie, visibile, ad esempio, nella modificazione delle strutture familiari, nelle quali si allentano quei legami sociali, che per gli anziani sono fonte di sostegno morale e materiale e che non si possono riprodurre con facilità e, dall'altro il ruolo del Terzo Settore, ed in particolare del volontariato che, pur non potendo sostituirsi alle suddette relazioni primarie per ragioni di appropriatezza e di sostenibilità, ha le potenzialità di rigenerare il tessuto dei legami sociali proprio là dove più acuta se ne avverte la necessità, entrando a diretto

contatto con le persone più fragili e più sole. Ma la concezione del volontariato alla base del progetto, vuole superare la tradizionale instaurazione di relazioni personali di aiuto da parte dei volontari verso le persone in difficoltà, spingendosi fino a diventare 'catalizzatore' di più ampi processi connettivi, cercando di attivare, attorno alle persone in difficoltà, altre relazioni di amicizia e di condivisione di interessi per contrastare la solitudine in un processo virtuoso (Montebùgnoli, 2005).

Il primo referente del progetto *FSC*, Giovanni Melli, a proposito della solitudine degli anziani ne parla nei termini di 'una realtà che diventa sempre più un deserto di relazioni', caratterizzata dal processo di 'ritiro sociale' tipico dell'anziano che diventa fragile, in cui la radio e la TV, diventano le principali fonti di svago e compagnia, e in cui si è 'sfilacciato' quel buon vicinato in cui ci si conosceva e aiutava a vicenda e soprattutto nei contesti più degradati, sono venute a mancare le occasioni di relazione tra le persone e non si è pensato a come ricostruirle, anche a causa della progressiva rarefazione dei piccoli esercizi commerciali di quartiere, che costituivano, un tempo, luoghi di socializzazione diffusa e di controllo sociale (Melli, 2020). Tutto questo ha contribuito a determinare le dinamiche di impoverimento relazionale osservabili in certe realtà degradate delle periferie cittadine (Colombo, 2020).

La Finestra sul Cortile è stato, e continua ad essere, seppur attualmente con forme in parte diverse da quelle inizialmente messe in campo, un tentativo di ricostruire reti di relazione tra le persone. Ciò ha rappresentato un impegno notevole per Auser, perché:

- ha messo in gioco la relazione dei volontari con le persone e la presa in carico delle problematiche relative alla solitudine;
- ha richiesto una nuova cultura del volontario «basata sul concetto di fare le cose *con* qualcuno – nel senso di mettersi accanto, accompagnare e sostenere e aiutare a gestire il problema assumendo la piena responsabilità delle proprie scelte, e facendo leva sulle proprie forze e capacità residue – e di superare la concezione del fare le cose *per* (o al posto di) qualcuno» (Stanzani, 2020);
- ha richiesto un approccio volto ad attivare gli anziani per ciò che ancora hanno da dare, restituendo loro un ruolo sociale attivo, che si sostanzia anche nella possibilità di prendere l'iniziativa e proporre cose da fare insieme. In tal modo, sostenuto dai volontari, l'anziano riscopre la soddisfazione verso sé stesso e vede aumentare la propria autostima.

▪ ***Principali tappe del progetto***

a) *Fase sperimentale (dal 2005 al 2007)*

Nel 2005 Auser Emilia-Romagna avvia la sperimentazione del Progetto *La Finestra sul Cortile*, dopo aver messo a punto un'accurata modellizzazione, in quattro territori. Terminata tuttavia la fase di formazione di una ventina di volontari, la sperimentazione prosegue, con la fase di attuazione, solo in due di essi: Bologna (quartiere di San Donato e San Vitale) e Rubiera (Reggio Emilia).

In questa fase, la Regione Emilia-Romagna inserisce il Progetto *La Finestra sul Cortile* all'interno di una lista di pratiche e 'Linee guida per un piano di azione regionale per l'inclusione e la re-integrazione degli anziani nella vita della comunità', volte alla promozione dell'integrazione degli anziani nella vita della comunità.

Il 31 dicembre 2007 termine questa prima fase del progetto e del relativo cofinanziamento da parte della Regione.

Modellizzazione del progetto

Nella fase iniziale/sperimentale è stato elaborato un modello di funzionamento del progetto, che prevedeva una formazione accurata dei volontari e che ha inoltre realizzato strumenti e moduli operativi, validati dal Comitato Tecnico di Progetto (CTP) prima del loro utilizzo. Questi strumenti e moduli operativi avevano la finalità di agevolare:

- il *Comitato di Progetto* nella gestione delle attività. Sono stati approntati strumenti e metodi che hanno consentito di tenere sotto costante controllo l'evolversi delle attività, mediante dei

flussi comunicativi e tecniche decisionali che hanno favorito i processi decisionali di miglioramento e d'intervento correttivo sulle criticità.

- i *volontari* nello svolgimento operativo: sono state elaborate delle schede che, da un lato hanno aiutato i volontari durante le loro attività, dall'altro hanno agevolato la raccolta dei dati utili al monitoraggio e alla verifica delle attività stesse.

Attività svolte nella prima fase del progetto

Nella fase di avvio sono stati arruolati volontari disponibili, specie tra i pensionati, che hanno accettato la proposta di Auser di dedicarsi al lavoro volontario, mettendo il loro tempo a disposizione della comunità, il che ha consentito anche di rimettere in moto il loro bagaglio di conoscenze e le capacità accumulate durante la vita lavorativa.

È stata poi realizzata una prima fase di formazione 'residenziale', nella quale i volontari hanno seguito un corso di 3 giorni, durante il quale si è cercato di ipotizzare quali situazioni avrebbero potuto incontrare, ponendo particolare enfasi sulla relazione di aiuto. Si è anche riflettuto su quali competenze fossero necessarie e quali emozioni entrassero in gioco nella relazione di aiuto, cercando così di apprendere come saper leggere e accettare le emozioni degli altri, come intervenire e come comunicare con persone diverse. Sono stati inoltre illustrati gli strumenti (schede, questionari messi a punto dal CTP) necessari alla conduzione e al monitoraggio delle attività del progetto.

A questa prima fase di formazione ne è seguita una seconda, svolta in laboratorio, durante la quale i volontari incontravano la coordinatrice ed altri esperti (docenti, psicologi, ecc.) per affrontare aspetti e problemi emersi durante gli incontri con gli anziani, ricostruendo ed analizzando anche le informazioni/conoscenze acquisite in riferimento al quartiere dove l'intervento sarebbe stato attivato.

Conclusa la fase di formazione dei volontari si è proceduto alla ricerca degli utenti da coinvolgere. Inizialmente sono stati chiesti al comune gli elenchi degli anziani residenti nei quartieri individuati, ai quali mandare la lettera informativa del progetto, per chiedere loro di 'aprire la porta' ai volontari. Ma ci si è presto resi conto che gli anziani erano diffidenti, avevano paura e per di più, quando si erano già costruiti le difese per fronteggiare la solitudine, non amavano che qualcuno si proponesse di 'cambiare la loro vita'.

Quindi si è introdotta una strategia alternativa che è risultata vincente: organizzare una festa ed invitare gli anziani con l'aiuto di volontari che, suonando ai campanelli delle singole abitazioni, con gentilezza e determinazione, cercavano di «tirar fuori le persone affacciate alle finestre dalle loro case» (Stanzani, 2020).

A *Rubiera*, nell'estate del 2006, dopo aver fatto circolare un volantino illustrativo, consegnato dai volontari Auser casa per casa, per far conoscere il progetto e invitare gli anziani a partecipare agli incontri, il Sindaco e l'Assessore ai Servizi Sociali, hanno dato appuntamento alla popolazione residente in un quartiere verso Casalgrande, con case popolari antiche e a complessità sociale piuttosto alta (anziani, nuove famiglie e immigrati), in una piazza allestita con tavolini, e con tanto di banda musicale. «Inizialmente, non si presentò nessuno, poi piano piano la gente cominciò ad affacciarsi alle finestre e ad uscire per strada» (Viviani, 2020).

A *Bologna* sono state usate altre modalità per invitare gli anziani ad uscire dalle proprie case. Dopo un accurato lavoro di mappatura dei nuclei familiari di anziani soli, in un quadrilatero di vie caratterizzate da vecchia edilizia popolare, sono state organizzate un paio di feste nel Centro Anziani 'Italicus', e distribuiti i relativi volantini informativi direttamente nelle cassette postali dei residenti. Erano previsti vari tavoli, cui gli anziani potevano aggregarsi, presieduti dai volontari (15-20 in tutto) che fungevano da *tutor* e animatori, e che illustravano il progetto a micro-gruppi o micro-progetti di tre/cinque persone, cercando di farle socializzare ed entrare in relazione. I gruppi di anziani venivano composti in base alle personalità, alle convinzioni, agli interessi comuni, alla conoscenza reciproca e alla vicinanza abitativa degli stessi.

I responsabili della prima sperimentazione del progetto si sono via via resi conto che per risolvere il problema della solitudine, non era sufficiente riunire gli anziani in un gruppo ampio e farli divertire, ridere e chiacchierare, perché una volta rientrati nelle loro case si sarebbero ritrovati soli, come prima. Era invece fondamentale aggregarli in piccoli sottogruppi, far in modo che

esplicitassero le loro aspettative e i loro bisogni e diventassero nuovamente soggetti che hanno qualcosa da dare, riscoprendo competenze che non esercitavano più, perché soli. Cambiando approccio, ognuno ha iniziato a fare quello che più gli piaceva o interessava: cucinare, raccontare una fiaba, o anche semplicemente cominciare a parlare di nuovo con altre persone. «I partecipanti ai gruppi, da estranei sono così diventati amici. In sintesi, ci si è resi conto dell'importanza della modalità utilizzata nella emersione e soddisfazione del bisogno» (Stanzani, 2020).

Sono seguiti incontri settimanali, con 20-25 anziani a Rubiera, e 15-20 a Bologna prevalentemente nei quartieri San Donato e San Vitale (ad elevata complessità sociale), con possibilità, per gli anziani non autonomi nei trasporti, di essere accompagnati dai volontari. Solo al termine della sperimentazione, che ha avuto durata biennale alcune persone, che abitavano nello stesso palazzo, si sono rese disponibili a ricevere in casa altri anziani, che da perfetti sconosciuti, erano via via diventati amici.

A Rubiera il progetto è stato caratterizzato da un taglio più culturale, con la partecipazione degli anziani in attività organizzate dal comune. Inoltre, è stato anche inaugurato un laboratorio di taglio e cucito guidato da persone anziane che erano state sarte, che ha attirato anche diverse donne musulmane.

Durante tutto il percorso iniziale del progetto, durato un anno e mezzo, i volontari hanno potuto contare su un affiancamento costante 'in situazione' da parte della Coordinatrice o dell'esperto di turno, con discussione delle situazioni reali incontrate, tramite riunioni di gruppo che avevano luogo ogni mese o anche più spesso. «Questa modalità ha agevolato una forma di apprendimento seduta stante, con attenzione agli aspetti importanti per una buona relazione e comunicazione» (Stanzani, 2020).

b) *Fase successiva del progetto (dal 2008 al 2020)*

Successivamente le iniziative locali hanno assunto nuove forme, e finanziate da Auser Bologna e Rubiera, sono tuttora attive.

Attività svolte attualmente a Bologna

Dall'intervista telefonica con l'attuale referente di *FSC* di Bologna, si apprende che sono sempre attivi (dal 2010) gli incontro organizzati in un gruppo di 25/30 persone. Ci sono stati, naturalmente nel tempo, nuovi ingressi, segnalati prevalentemente dai Servizi Sociali del comune. Il terzo mercoledì di ogni mese, nel primo pomeriggio e per circa tre ore, presso il Centro Sociale 'Italicus' a Bologna, la Referente del progetto, coadiuvata da tre volontari, organizza questa attività di incontro, che prevedono:

- telefonate della Referente prima degli incontri per sapere come stanno gli utenti e ricordare loro l'appuntamento del mercoledì successivo;
- il giorno dell'incontro i volontari animatori (attualmente due/tre), autorizzati da Auser ad effettuare questo servizio, si occupano di andare a prendere a casa gli anziani che non hanno possibilità di raggiungere il Centro Sociale;
- alle 14 inizia l'incontro con saluti iniziali, aggiornamento su come stanno gli anziani/se ci sono problemi; la referente ascolta, interagisce e prende nota;
- discussione su argomenti di attualità ('una pennellata di attualità', 'una panoramica su cosa accade' nelle parole della referente);
- momenti di condivisione ludica e di degustazione;
- trasporto degli utenti a casa da parte dei volontari.

La Referente del progetto evidenzia come per gli anziani la partecipazione agli incontri è molto importante e come, nei periodi di interruzione estiva, sentano la mancanza di queste occasioni che consentono loro di socializzare al di fuori del proprio ambiente domestico. La Referente cerca di stimolare incontri/telefonate tra i partecipanti anche al di fuori degli appuntamenti previsti dal progetto (ad es. nel parco del quartiere), li invita a scambiarsi i numeri di telefono e a mantenere i rapporti, perché sostiene che 'la solitudine non fa bene a nessuno'. Tuttavia incontra resistenze e nota diffidenze, perché gli anziani vogliono incontrarsi durante gli appuntamenti organizzati nell'ambito del progetto. Invece, tutti i partecipanti sono al corrente del numero di cellulare della Referente per mantenere i contatti e poter inoltrare richieste, al bisogno.

Durante il periodo del Coronavirus (da febbraio 2020) gli incontri sono stati sospesi, ma la Referente ha continuato a tenere rapporti regolari con gli utenti attraverso telefonate, durante le quali spesso ha cercato di risolvere alcuni problemi pratici da essi incontrati (Quattrini, 2020).

Attività svolte attualmente a Rubiera

L'attuale referente di FSC di Rubiera ha fornito indicazioni sulle attività svolte all'interno del progetto; in particolare si tengono due tipi di incontri:

- ogni 15 giorni incontri di carattere socio-culturale anche con la partecipazione di esperti in varie tematiche.
- ogni settimana incontri laboratoriali.

Le attività principalmente svolte sono:

- gruppi di lettura, con allestimento di una piccola biblioteca, per la quale il Comune ha donato dei libri;
- giornate dedicate al gioco della tombola, al ballo e al canto;
- accompagnamento delle persone per visite a musei, chiese, piazze, piccoli borghi, iniziative queste che evidenziano un'elevata partecipazione.

Il punto di ritrovo abituale del Progetto a Rubiera è la Sala 'Lea Garofalo' di Auser (Brevini, 2020).

Negli anni 2017-19 a Rubiera sono state inserite nella programmazione de *La Finestra sul Cortile* anche iniziative di conoscenza del territorio più vasto della provincia di Reggio Emilia, previste dal progetto di Auser provinciale 'Più vita agli Anni' (Auser Reggio Emilia, 2020).

Considerazioni connesse all'emergenza da Coronavirus

Durante l'intervista telefonica con il Presidente Auser Volontariato Emilia-Romagna fino a metà luglio 2020, parlando dell'emergenza dovuta al Coronavirus, si apprende che le misure di sicurezza adottate dal Governo Italiano sono viste come uno «spartiacque tra un 'prima' e un 'dopo' in molti settori, tra i quali, i servizi rivolti alla popolazione anziana». Il tema centrale è sempre più il come consentire alle persone anziane di poter vivere il più a lungo possibile presso il proprio domicilio, attraverso tecnologie di supporto e di mobilità assieme ad una serie di servizi di prossimità e con forme dell'abitare sempre più collaborative. Quindi il ripensamento riguarderà cinque parole chiave: «domiciliarità; prossimità; sostenibilità; digitalizzazione; territorio». Le caratteristiche socio-demografiche del territorio sono determinanti per capire la qualità e l'intensità delle azioni successive: vivere in un'area interna o in una periferia degradata delle nostre città o in aree residenziali e nei centri storici cambia radicalmente il contesto da cui partire, in che non modifica gli obiettivi ma li declina in forme diverse. Quindi domiciliarità comunque al centro, con però tutte le 'connessioni digitali, relazionali, di consumo' e attività disponibili e pensate per l'insieme della popolazione, a partire da quella più fragile. Tutto questo non può avvenire senza «una regia pubblica in grado di comprendere i bisogni, mettere in rete le risorse disponibili ed organizzare una risposta adeguata e partecipativa, oltre che sostenibile». «La sfida della domiciliarità non la si vince ognuno a casa propria, ma nella capacità di pensare e promuovere una nuova idea di comunità mobile, connessa e solidale», che riesca a favorire una sempre maggiore prossimità. In questo contesto, è fondamentale che ogni persona sia messa nelle condizioni di potersi connettere con il territorio. Un diritto che – come si è potuto apprendere con le restrizioni dovute al Covid-19 – «oggi ha sempre più la stessa valenza del diritto all'acqua e alla salute», e che impone la possibilità per ogni cittadino di avere una connessione adeguata, un computer con cui collegarsi e la formazione necessaria, se serve. «Solo così si attiva quella resilienza personale e al contempo collettiva, che può trasformare una grande sfortuna in una straordinaria risorsa!» (Viviani, 2020).

8 Agency e relazioni con il sistema

▪ *Principali attori ed eventuale leadership*

I principali attori e *leaders* del progetto sono attualmente Auser Volontariato Bologna e Auser Volontariato Rubiera, mentre inizialmente è stato Auser Volontariato Emilia-Romagna.

▪ ***Relazioni con il sistema***

Iniziativa inizialmente volontaristica di Auser Volontariato Emilia-Romagna, poi cofinanziata dalla Regione Emilia-Romagna. Dal 2008 in poi, realizzata e finanziata esclusivamente da Auser Volontariato Bologna e Auser Volontariato Rubiera.

▪ ***Cosa è rimasto del progetto***

Attualmente, ferma restando la sospensione degli incontri per via delle misure restrittive dovute all'emergenza Coronavirus, è rimasto l'obiettivo di fare uscire le persone dal proprio domicilio per superare la solitudine non voluta, realizzato attraverso incontri di macro-gruppi organizzati da Auser Bologna e Auser Rubiera, mentre i micro-gruppi di tre/quattro anziani, supervisionati da volontari/animatori dell'Auser, che costituivano uno degli obiettivi/strumenti del progetto iniziale/sperimentale, non risultano attualmente più organizzati.

9 Risorse mobilitate (finanziarie, umane, organizzative, politiche)

▪ ***Risorse finanziarie***

Nella prima fase il progetto è stato finanziato da Auser Volontariato Emilia-Romagna, e poi ha ricevuto un finanziamento dalla Regione Emilia-Romagna di 70.000 euro (70%), in cofinanziamento con Auser regionale (30% in attività del personale, messa a disposizione di spazi e automezzi, e in parte in denaro).
Attualmente Auser Bologna e Rubiera coprono le spese sostenute per realizzare gli incontri e per l'acquisto di cibo e oggetti donati ai partecipanti (non si ha accesso a dati più precisi sull'ammontare delle risorse finanziarie attualmente necessarie per portare avanti il progetto).

▪ ***Risorse umane, organizzative e politiche***

Inizialmente sono stati impiegati nelle attività progettuali una ventina di volontari, adeguatamente formati.
Attualmente, le risorse umane e organizzative messe in campo sono quelle rappresentate dai volontari (animatori) e dalle referenti del progetto di Auser Bologna e Auser Rubiera, che rappresentano l'anima del progetto.
Per l'accompagnamento delle persone anziane presso i luoghi degli incontri vengono utilizzate, a Bologna, le auto dei volontari (previa autorizzazione di Auser); a Rubiera, sono utilizzati automezzi di proprietà dell'Auser.
I luoghi degli incontri sono principalmente il Centro Sociale 'Italicus' a Bologna, mentre a Rubiera, inizialmente è stata utilizzata una sala del Comune condivisa con il Centro Giovani, e attualmente ci si incontra nella Sala 'Lea Garofalo', sala che il Comune di Rubiera ha in gestione dalle Opere Pie, e che ha dato in comodato d'uso gratuito ad Auser Rubiera.

10 Dimensioni innovative

Dall'analisi dell'esperienza del progetto pilota (2005-07) emergono con forza quali dimensione innovativa fondamentale il ruolo del volontariato nella prevenzione del rischio di solitudine ed emarginazione delle persone anziane e come fattore essenziale per il miglioramento della loro qualità della vita che va «sostenuto e tutelato, ma soprattutto collegato con le istituzioni e le reti locali» (Regione Emilia-Romagna, 2007: 29).

Tra le altre dimensioni innovative si elencano:

- (ri)confermare gli anziani coinvolti quali attori protagonisti del proprio patrimonio relazionale, dando sostanza alla loro libertà di scelta e favorendo il massimo utilizzo delle proprie risorse ed abilità;
- aumentare la capacità dei volontari a relazionarsi con gli anziani, ed accompagnarli nel percorso di rigenerazione ed arricchimento delle loro relazioni primarie;
- evoluzione dal 'volontariato;
- riscoprirsi risorse gli uni per gli altri.

▪ ***Soddisfazione di bisogni non coperti dal sistema di cura***

La Finestra sul Cortile continua ad andare avanti perché le referenti e i volontari di Auser Bologna e Rubiera se ne occupano in prima persona e sono inoltre stanziati i fondi necessari per realizzarla. Peraltro, tale iniziativa integra le diverse attività svolte dal Comune di Bologna con finalità simili – culturali, di socializzazione, incontro e divertimento – ma ha caratteristiche uniche che non si riscontrano in altri servizi socio-culturali comunali.

▪ ***Modifica delle relazioni sociali/istituzionali tra anziani e altri attori***

La presa d'atto della dimensione sociale dell'anziano, come risorsa per sé e per la collettività che lo circonda, sembra essere in grado di modificare le relazioni sociali.

▪ ***Empowerment/aumento della capacità di esprimersi e incidere***

Gli anziani che partecipano al progetto mostrano un aumento nella capacità di esprimere i propri bisogni e preferenze e di raccontarsi a/relazionarsi con altri, guidati e facilitati dagli organizzatori degli incontri.

11 Principali risultati dell'iniziativa

a) *Fase sperimentale (2005-07)*

- Si è ottenuto che le «persone sole diventassero risorse le une per le altre, offrendo loro occasioni di convivialità organizzate e gestite con una certa cura dei particolari, testimonianza di altrettanta finezza nel comprendere i sentimenti dei partecipanti» (Montebùgnoli, 2005).
- L'analisi dei dati effettuata nella fase sperimentale, ha rivelato che per i responsabili di zona, il progetto è stato maggiormente utile per: l'innovatività delle attività svolte, le conoscenze del territorio, le competenze di gruppo acquisite.
- I volontari hanno giudicato più utili, in ordine: l'attività svolta, la formazione in presenza, la formazione residenziale.
- A fronte di un dichiarato alto grado di coinvolgimento emotivo, per i volontari il progetto pare abbia inciso maggiormente, sullo star bene con le persone, sulla percezione della propria attività di volontario, sulle proprie competenze.
- Dalla mappa relazionale degli anziani, che fornisce indicazioni sugli attori chiave o sulle relazioni a rischio, emerge che: la famiglia e, in secondo luogo, gli amici rivestono un ruolo decisivo e positivo, i volontari sono percepiti positivamente, una funzione importante è rivestita anche dai parenti di secondo grado ed acquisiti, i vicini e i medici sono percepiti negativamente.

b) *Fase attuale*

- La sostenibilità dell'iniziativa che dal 2005 ancora riesce a essere riproposta e rinnovata;
- L'entusiasmo e la motivazione dei partecipanti agli incontri che si svolgono tuttora a Bologna e Rubiera.

12 Punti di forza e fattori di successo

▪ ***Punti di forza***

- Gratuità della partecipazione agli incontri per gli utenti;
- realizzazione del progetto solo grazie alla partecipazione e la presa in carico da parte del volontariato, attraverso il tentativo di ottenere che persone troppo sole diventassero risorse le une alle altre;
- modellazione accurata dell'intero progetto, struttura organizzativa, formazione accurata dei volontari e loro affiancamento per tutta la durata del progetto sperimentale (2005-07), per insegnare loro a gestire le proprie emozioni e ad accompagnare gli anziani nel percorso di arricchimento e mantenimento delle proprie relazioni sociali, agendo sulle loro capacità residue e sulla cura dei particolari, per far sì che i momenti di incontro generino effettivamente occasioni di crescita e di sviluppo relazionale tra le persone.

▪ ***Fattori di successo***

a) *Fase sperimentale (2005-07)*

- Occasioni di convivialità organizzate e gestite con una straordinaria 'cura dei particolari', testimonianza di altrettanta finezza nel comprendere i sentimenti dei partecipanti;
- La sperimentazione di modalità di aggancio non tradizionali (le feste si sono dimostrate un ottimo strumento di ingresso ed aggancio dell'utente anziano solo);
- creazione di alcuni micro-gruppi di persone che vivevano nello stesso condominio, che hanno cominciato ad incontrarsi nelle proprie case, come conseguenza dell'essere riusciti a riallacciare le relazioni di amicizia e di vicinato;
- relazioni di amicizia che si instaurano anche tra utenti e volontari e rendono speciale la relazione di aiuto
- un sistema di accoglienza dove tutto è curato nei particolari e nulla è lasciato all'improvvisazione;
- l'anziano solo e fragile, riportato in un contesto di socializzazione e scambio, riscopre di essere una risorsa per sé stesso e per la comunità e di avere ancora un ruolo sociale dal quale trae energia vitale.

b) *Fase attuale*

- Motivazione, passione per il proprio contributo e per ciò che si realizza, coinvolgimento in prima persona delle referenti del progetto nell'esecuzione di tutte le fasi necessarie per realizzare le varie attività previste dal progetto e nel coinvolgimento degli utenti ai vari incontri;
- collaborazione dei volontari non solo nelle attività previste dagli incontri periodici, ma anche per prelevare gli anziani che non hanno altri mezzi di trasporto da casa e riaccompagnarli, utilizzando le proprie autovetture;
- utilizzo di sale e ambienti ampi, ospitali e confortevoli per gli incontri, di proprietà di Auser, nel caso di Rubiera o di un Centro sociale, nel caso di Bologna.

13 Punti di debolezza e fattori di rischio

a) *Fase sperimentale (2005-07)*

- Diffidenza iniziale da parte dei Servizi Sociali (consultati per raggiungere gli anziani) sulla possibilità di riuscita del progetto (Regione Emilia-Romagna, 2007: 29);
- diffidenza dei Centri Sociali ospitanti, perché questo modo di lavorare con gli anziani, intrattenendoli, è esattamente l'opposto di quanto spesso viene fatto in quei luoghi, che offrono prevalentemente una relazione frontale e di 'prestito' di carte, di sale, di luoghi in cui ballare, senza un reale coinvolgimento relazionale tra i soci e i frequentanti (Regione Emilia-Romagna, 2007: 29);
- difficoltà nel modificare la mentalità dei volontari che, anche se formati, si sono trovati ad agire con una metodologia dello 'stare con, del fare amicizia con' e non nel 'fare per', che li ha messi a dura prova, perché hanno dovuto 'mettersi in gioco' e mettere a disposizione dell'anziano le loro migliori competenze relazionali' (Regione Emilia-Romagna, 2007: 29);
- difficoltà nel reclutamento dei volontari;
- difficoltà da parte dei volontari Auser a 'farsi aprire la porta' e superare l'iniziale diffidenza delle persone anziane;
- necessità di maggiori sinergie con servizi locali per organizzare il trasporto degli anziani;
- limitatezza degli spazi reperiti sul territorio per gli incontri in tutte le stagioni;
- limitatezza del tempo di progetto rispetto al tempo necessario per consolidare le relazioni avviate con gli anziani;
- diffidenza degli anziani ad ospitare altri presso la propria abitazione e a mettersi in gioco direttamente, pur dimostrando un marcato desiderio di socialità e predisposizione ad incontrare altre persone.

b) *Fase attuale (2020) a Bologna e a Rubiera*

- Forte dipendenza dell'iniziativa dalle referenti, che si occupano di tutte le fasi del progetto necessarie a realizzare gli incontri;
- problema dell'avvicendamento alla guida del progetto una volta che le attuali referenti non fossero più disponibili;
- riduzione del numero di volontarie preparate (inizialmente sei) che si coordinavano e si suddividevano le attività di organizzazione delle diverse iniziative. Negli ultimi anni purtroppo il gruppo delle volontarie si è notevolmente ridotto e non sono subentrate altre, perciò è stato necessario modificare gli obiettivi;
- a Rubiera, attualmente il progetto è rivolto maggiormente ad una utenza più autonoma, con meno problematiche di carattere sanitario; mentre le persone meno autosufficienti o con problematiche motorie vengono contattate attraverso il Servizio 'Telefono Amico' del Comune.

14 Potenziale in termini di policy: replicabilità e/o *up-scaling*

Nella prima fase (2005-07) i volontari hanno beneficiato di una formazione accurata e strutturata, in cui sono stati illustrati il «metodo, i questionari, le schede valutative e gli strumenti da utilizzare, seguendo un itinerario, definito dal Comitato Tecnico di Progetto e da un esperto, finalizzato a rendere il progetto verificabile e trasferibile attraverso un processo di modellizzazione» (Regione Emilia-Romagna, 2007: 29).

L'accurata modellizzazione, già realizzata a inizio progetto, ha consentito la sua replicabilità in altri contesti sia da parte di Auser che di altre associazioni di volontariato o di promozione sociale. Ai fini della replicabilità appaiono indispensabili oltre alle risorse finanziarie, anche la passione, la motivazione e la conoscenza delle caratteristiche della popolazione dei quartieri da parte degli operatori del progetto. Inoltre, «i quartieri più adatti per replicare *La Finestra sul Cortile* sono quelli con condizioni socio-economiche non elevate» (Quattrini, 2020).

Il riscontro del miglioramento della qualità della vita e del superamento della solitudine negli utenti del progetto ne suggerisce la replica in altri contesti territoriali.

15 Fonti

▪ ***Riferimenti bibliografici e sul web***

Auser (2007) 'Bologna. La finestra sul Cortile', *AUSERinforma - Agenzia settimanale*, 10(9), 14 marzo 2007. Accessibile su: https://www.AUSER.it/agenzia-dinformazione-AUSER/anno-10-numero-9-14-marzo-2007/. (Consultato: maggio 2020).

Auser Bologna (2020) 'Progetto la finestra sul cortile', Auser Bologna [website]. Accessibile su: https://www.AUSERbologna.it/progetto-la-finestra-sul-cortile/. (Consultato: maggio 2020).

Auser Reggio Emilia (2020) 'Più vita agli anni', Auser Reggio Emilia [website]. Accessibile su: https://www.AUSERreggioemilia.it/piu-vita-agli-anni-2/. (Consultato: maggio 2020).

Colombo, I.F. (a cura di) (senza data) *La Finestra sul Cortile.* [Video illustrativo]. (Ricevuto e visionato: maggio 2020).

Comune di Rubiera (2019a) 'La finestra sul cortile 2019', Comune di Rubiera [website]. Accessibile su: https://www.comune.rubiera.re.it/entra-in-comune/i-servizi/cultura-e-tempo-libero/corsi-incontri-e-laboratori/la-finestra-sul-cortile/la-finestra-sul-cortile-2019/. (Consultato: maggio 2020).

Comune di Rubiera (2019b) 'La finestra sul cortile 2019 – 2° parte', Comune di Rubiera [website]. Accessibile su: https://www.comune.rubiera.re.it/entra-in-comune/i-servizi/cultura-e-tempo-libero/corsi-incontri-e-laboratori/la-finestra-sul-cortile/la-finestra-sul-cortile-2019-2parte/. (Consultato: maggio 2020).

Comuni-Italiani.it (2019a) 'Comune di Bologna'. Accessibile su: http://www.comuni-italiani.it/037/006/index.html. (Consultato: maggio 2020).

Comuni-Italiani.it (2019b) 'Comune di Rubiera'. Accessibile su: http://www.comuni-italiani.it/035/036/. (Consultato: maggio 2020).

ISTORECO Reggio Emilia (2020) 'Viaggi della memoria', ISTORECO Reggio Emilia [website]. Accessibile su: https://www.istoreco.re.it/viaggi-della-memoria/. (Consultato: maggio 2020).

Montebùgnoli, A. (2005) 'Il Quadro Di Riferimento Teorico', in Guidotti, M. (a cura di) *Per un nuovo agire del volontariato*, Relazioni solidali, 0(2), p. 150-6. (Consultato: maggio 2020).

Regione Emilia-Romagna (2007) *Linee guida per un piano di azione regionale per l'inclusione e la re-integrazione degli anziani nella vita della comunità realizzate dalla regione Emilia-Romagna nell'ambito del progetto europeo I2I: 'Dall'isolamento all'inclusione – Promuovere l'innovazione nella re-integrazione dei cittadini anziani nella vita della comunità.* La Lunaria: Catania. Accessibile su: https://doczz.it/doc/2403251/linee-guida-linee-guida-per-un-piano-di-azione-per-un-pia. (Consultato: maggio 2020).

- ***Interviste a testimoni privilegiati***

Melli Giovanni, ex Presidente Auser Volontariato Emilia-Romagna (dal 2000 al 2008), iniziale referente di *La Finestra sul Cortile*, intervista in videoconferenza e per e-mail, maggio 2020.

Quattrini Lea Roberta, attuale referente di *La Finestra sul Cortile* a Bologna, Auser Volontariato Bologna, Bologna (BO), intervista telefonica e per e-mail, maggio 2020.

Brevini Domenica, attuale referente di *La Finestra sul Cortile* a Rubiera, Auser Volontariato Rubiera, Rubiera (RE), intervista telefonica e per e-mail, maggio 2020.

Viviani Fausto, Presidente Auser Volontariato Emilia-Romagna (2015 a Giugno 2020) intervista telefonica e per e-mail, maggio 2020.

Stanzani Maria Luisa, Ex Coordinatrice e formatrice di *La Finestra sul Cortile*, intervista telefonica e per e-mail, maggio 2020.

16 Data chiusura del caso studio

La ricostruzione e l'analisi critica del caso studio si sono concluse nel mese di maggio 2020.

17 Contatti

Referenti del progetto:

Giovanni Melli, Presidente Auser Volontariato Emilia-Romagna dal 2000 al 2008, iniziale referente di *La Finestra sul Cortile,* attualmente Presidente di CIVIBO-CUCINE POPOLARI.

e-mail: giovanni.melli@gmail.com

Magda Babini, Presidente Auser Volontariato Emilia-Romagna dal 16 luglio 2020.

e-mail: magda_babini@er.cgil.it

Fausto Viviani, Presidente Auser Volontariato Emilia-Romagna dal 2015 al 15 luglio 2020, portavoce del Forum Terzo Settore Emilia-Romagna dal 22 giugno 2020.

e-mail: fausto.viviani@er.cgil.it o portavoce@forum3er.it

Lea Roberta Quattrini, attuale referente di *La Finestra sul Cortile* a Bologna, Auser Volontariato di Bologna.

e-mail: info@AUSERbologna.it

Antonella Lazzari, attuale Presidente Auser Volontariato di BOLOGNA dal 2019.

e-mail: presidenza@AUSERbologna.it

Domenica Brevini, attuale referente di *La Finestra sul Cortile* a Rubiera, nonché Presidentessa AUSER Volontariato di RUBIERA.

e-mail: domenica.brevini@gmail.com

Vera Romiti, ex Presidente Auser Volontariato di Rubiera dal 2004 al 2014, attuale Presidente Auser Volontariato Provinciale di Reggio Emilia da gennaio 2020.

e-mail: vera.romiti@icloud.com

Umberto Bedogni, ex Presidente Auser Volontariato città di Reggio Emilia dal 1997 al 2001, ex Presidente Auser Volontariato provincia di Reggio Emilia dal 2001 al 2011, nonché attuale Vice presidente di CSV Emilia-Romagna e Presidente di Dar Voce

e-mail: presidenza@darvoce.org

Sandro Morandi, ex Presidente Auser Provinciale di Reggio Emilia dal 2011 a gennaio 2020, socio fondatore di Auser Reggio Emilia.

e-mail: sandro.morandi@er.cgil.it

Maria Luisa Stanzani, ex Coordinatrice e formatrice di *La Finestra sul Cortile*, nonché attuale Presidente di con ODV 'Andare a veglia'

e-mail: marialuisa.stanzani@gmail.com

Alessandro Montebùgnoli, ex Responsabile Scientifico di *La Finestra sul Cortile.*

18 Ringraziamenti

Si ringraziano, le attuali referenti di *La Finestra sul Cortile* Lea Roberta Quattrini e Domenica Brevini, di Auser Volontariato Bologna e Auser Volontariato Rubiera, per aver partecipato alle interviste telefoniche nel mese di maggio 2020.

Si ringraziano tutti gli altri Referenti, la Coordinatrice e il Responsabile scientifico di *La Finestra sul Cortile*, e i vari Presidenti Auser che si sono avvicendati nel corso del progetto (elencati al punto 17) per aver risposto alle domande dell'autrice al telefono o per e-mail, aver revisionato la scheda per le parti di loro competenza e fornito l'autorizzazione a pubblicare i materiali inediti.

Un ringraziamento particolare va a Giovanni Melli, memoria storica di *La Finestra sul Cortile* fin dai suoi primi passi, per aver permesso di ricostruire la complessità del progetto iniziale inviando all'autrice un CD inedito contenente il video illustrativo su *La Finestra sul Cortile*, dal quale è stato possibile 'ascoltare' la voce dei protagonisti, sia anziani, sia volontari, sia referenti, relativamente alla prima sperimentazione del progetto e visionare i documenti del progetto, il quadro teorico, la modellizzazione, gli strumenti e la modulistica, oltre all'analisi dei dati raccolti durante la prima fase di *FSC*.

IN-AGE - INclusive AGEing in place
Laboratorio Politiche Sociali, Politecnico di Milano
Dipartimento Architettura e Territorio, Università Mediterranea di Reggio Calabria
Centro Ricerche Economico-Sociali per l'Invecchiamento, INRCA-IRCCS, Ancona

17 COMMUNITY NAVIGATORS
Navigatori della Comunità

di Sabrina Quattrini
Centro Ricerche Economico-Sociali per l'Invecchiamento, INRCA-IRCCS, Ancona.

1 Breve descrizione dell'iniziativa

I *Community Navigators* (*CNs*) sono solitamente volontari che si prodigano nell'identificazione e segnalazione di persone anziane difficili da raggiungere, vulnerabili, socialmente isolate o sole, e nel ridurne isolamento e solitudine attraverso i loro interventi. Questo progetto interessa diverse località dell'Inghilterra e dell'Irlanda del Nord e, pur essendo realizzato con un *framework* comune, presenta specificità attuative differenti a livello locale.

I *CNs* forniscono gratuitamente, tramite telefonate o visite domiciliari, compagnia, supporto emotivo, pratico e sociale, fungendo da interfaccia tra la comunità e i servizi pubblici esistenti e disponibili. Si riescono così ad individuare ed attivare gli interventi a livello locale più appropriati per i singoli individui, migliorandone salute, benessere e indipendenza. L'attività dei *CNs* consente inoltre agli anziani di discutere delle loro preoccupazioni e li aiuta ad esaminare le opzioni più appropriate per rimanere indipendenti in casa e attivi nella comunità locale.

2 Luogo

UK, England: **Hythe e Lyminge** (villaggi nel Kent), **Nord di Bristol**; Irlanda del Nord, **area del 'Northern Health and Social Care Trust'**.

3 Contesto territoriale

- ***Tipologia di area***

a) *Hythe (Kent)* è un comune della Provincia del Kent, nel Sud Est dell'Inghilterra, che si affaccia sul mare del Nord.
Alcuni dati al 2018 (Brinkhoff, 2020):

- la popolazione residente è pari a 15.569;
- la popolazione con più di 65 anni di età rappresenta il 35,3% del totale;
- la percentuale di stranieri residenti sul totale della popolazione è pari al 20,9% (intendendo per stranieri le persone senza passaporto UK).

b) *Lyminge (Kent)* è un piccolo comune rurale della Provincia del Kent, nel Sud Est dell'Inghilterra.
Alcuni dati al 2018 (Brinkhoff, 2020):

- la popolazione residente è pari a 2.020;
- la popolazione con più di 65 anni di età rappresenta il 35,4% del totale;
- la percentuale di stranieri residenti sul totale della popolazione è pari al 17,9%.

c) *Bristol* è la più grande città del Sud Ovest dell'Inghilterra.
Alcuni dati al 2019 (Bristol City Council, 2020):

- la popolazione residente è pari a 463.400 (dato 2019);
- la popolazione con più di 65 anni di età rappresenta il 13% del totale (dato 2019);
- la percentuale di stranieri residenti sul totale della popolazione è pari al 15% (dato 2017).

d) *Northern Health and Social Care Trust (NHSCT) area,* «comprende le località di: Antrim, Newtownabbey, Coleraine, Ballymoney, Moyle, Larne, Carrickfergus, Ballymena, Cookstown,

Magherafelt. È uno dei cinque *trust* di assistenza sanitaria e sociale nell'Irlanda del Nord, ed è responsabile della fornitura di servizi sanitari e di assistenza sociale per una popolazione di oltre 475.000 abitanti, la più grande popolazione residente nell'Irlanda del Nord. Il Trust fornisce anche servizi a Rathlin, l'unica isola abitata al largo della costa dell'Irlanda del Nord» (NHSCT, 2020).

Alcuni dati al 2018 (NISRA, 2019):

- la popolazione residente è pari a 476.942 e rappresenta il 25,3% di tutta la popolazione dell'Irlanda del Nord;
- la popolazione con più di 65 anni di età rappresenta il 17,4% del totale;
- tra il 2008 e il 2018 l'incremento della popolazione è stato del 4,7%.

▪ ***Scala di azione***

La scala dell'iniziativa si estende dall'abitazione, al quartiere, fino al territorio comunale. I volontari, chiamati *Community Navigators*, favoriscono la domiciliarità e la socializzazione delle persone anziane, soprattutto quelle sole.

4 Tipologia dell'iniziativa e approccio

▪ ***Tipologia***

Iniziativa volontaristica, informale, dal basso, autofinanziata.

▪ ***Soggetti attuatori***

- Nel *Kent* il progetto è attuato da Age UK Hythe and Lyminge, un'organizzazione/ente di beneficenza locale indipendente, fondato nel 1975 che opera nella comunità per supportare gli anziani e le loro famiglie. Era originariamente conosciuto come Age Concern, denominazione che ne evidenzia la partnership con l'organizzazione di beneficienza nazionale Age UK, anch'essa rivolta agli anziani (Kent County Council, 2020).

- A *Bristol* fino a marzo 2020, le attività di *Community Navigators* sono state gestite da Buzz Lockleaze, impresa sociale dedicata alla long term care della popolazione locale. *Dal 1 aprile 2020 il servizio continua solo a Bristol Nord*, dove le attività di *Community Navigators* sono gestite dal Centro di consulenza North Bristol (North Bristol Advice Centre).

- In *Irlanda del Nord*, il servizio *Community Navigators* è un Progetto di partenariato, erogato in tutta l'area NHSCT (Northern Health and Social Care Trust) da: Age NI (organizzazione benefica per anziani in Northern Ireland); Building Communities Resource Center (organizzazioni benefiche a sostegno delle comunità e delle organizzazioni della società civile con diversi progetti e programmi, tra cui lo sviluppo sociale, culturale, sanitario ed economico delle comunità stesse); e Mid & East Antrim Area Partnerhsip (partenariato locale basato su varie agenzie per migliorare la vita delle persone anziane dai 60 anni in su, che vivono nelle aree di Ballymena, Larne e Carrickfergus).

▪ ***Altri soggetti coinvolti (rete mobilitata dal progetto)***

I soggetti coinvolti sono in sostanza gli stessi soggetti attuatori, con le seguenti specifiche locali nel Kent e a Bristol Nord:

- Nel *Kent* Age UK Hythe and Lyming opera in *partnership* con associazioni di volontariato indipendenti nel territorio, le quali l'aiutano a supportare le persone vulnerabili nella comunità locale. I vantaggi della collaborazione con Age UK Hythe e Lyminge per queste associazioni, sono diversi: hanno aiuto nel raggiungere i loro obiettivi sociali/assistenziali, nel motivare maggiormente i propri dipendenti, nell'ottenere informazioni sul *silver market* degli ultracinquantenni. Esistono inoltre diversi modi in cui le organizzazioni di volontariato *partners* possono collaborare con Age UK, ad esempio, sponsorizzandone qualche evento, donando attrezzature, organizzando eventi di raccolta fondi.

- A *Bristol Nord* i soggetti coinvolti nell'attuazione del progetto sono *partnership* di organizzazioni locali indipendenti che operano nei vari territori coperti da Community Navigators.

▪ ***Fonti di finanziamento***

- Nel *Kent* il progetto è finanziato da donazioni private e pubbliche, e da alcune sovvenzioni di beneficenza.
- A *Bristol Nord* il principale finanziatore è Bristol Aging Better (BAB, partnership che lavora per ridurre l'isolamento sociale e la solitudine tra gli anziani e aiutarli a vivere meglio), in aggiunta al St Monica Trust Community Fund e The Dolphin Society (organizzazioni di beneficenza). Bristol Ageing Better fa parte di Ageing Better, un Programma ideato dal National Lottery Community Fund, il più grande finanziatore di attività comunitarie nel Regno Unito. Ageing Better mira a sviluppare iniziative creative per le persone di età superiore ai 50 anni, con lo scopo di renderle attive nelle loro comunità locali, contribuendo così a combatterne l'isolamento sociale e la solitudine. Ageing Better è uno dei cinque principali programmi istituiti dal National Lottery Community Fund in UK, e sperimenta nuovi approcci alla progettazione di servizi che mirano a rendere la vita delle persone più sana e più felice.
- In *Irlanda del Nord* Community Navigators è finanziato da NHSCT (Northern Health and Social Care Trust) e da Public Health Agency (Agenzia di sanità pubblica).

▪ ***Approccio***

Il progetto presenta un approccio che parte dal basso, cioè dalle associazioni di volontariato presenti sui territori collegati ad un'associazione nazionale, ed è caritatevole in quanto prevede la gratuità di quasi tutte le prestazioni per l'utente finale. Fermo restando il tipo di approccio, in Irlanda del Nord l'iniziativa è finanziata da enti pubblici.

▪ ***Target e beneficiari***

Target: persone di 50-55 anni o più (a seconda della sede), fragili e che si sentono sole o isolate con la propria comunità, o *caregivers* adulti. Solo a Bristol Nord si rivolge anche a persone con più di 18 anni con difficoltà di apprendimento.

5 L'iniziativa

▪ ***Ambito di intervento***

1. Pratiche innovative che riguardano la vita *in casa* dell'anziano.
   1.2. Nuove tecnologie e domotica nell'abitazione.
2. **Pratiche innovative che riguardano la vita *fuori casa* degli anziani.**
   2.1. Servizi innovativi per facilitare la socializzazione.

▪ ***Obiettivi***

L'obiettivo generale dei *Community Navigators* è individuare persone anziane, soprattutto sole o fragili, che hanno bisogno di diversi tipi di aiuto e offrire loro supporti gratuiti di vario genere da parte dei volontari qualificati: informazioni e consulenza, aiuti in casa, amicizia o *befriending*, possibilità di partecipare ad attività ludico-ricreative.

Obiettivi specifici locali del progetto:

- Nel *Kent* si effettuano visite a domicilio di persone over50 con l'obiettivo di supportarle nella gestione di varie attività, incluso il supporto per compilare, anche online, qualsiasi tipologia di modulo per pratiche inerenti i rapporti con aziende, autorità locali o assicurazioni (Age UK, 2020a).
- A *Bristol Nord* si offre supporto anche a persone adulte dai 18 anni in su con problematiche di apprendimento e che vogliano sentirsi maggiormente coinvolte nella loro comunità.
- In *Irlanda del Nord* attraverso il Nord Health and Social Care Trust (NHSCT), si supportano le persone anziane nell'accesso ai servizi e ad attività svolte all'interno della loro comunità locale, ma si mira anche a migliorarne lo stato di salute emotiva e fisica, il benessere generale, la qualità della vita, l'indipendenza. Inoltre, si intende sensibilizzare la popolazione locale – attraverso la partecipazione a forum, riunioni, eventi – sui problemi della popolazione anziana e sull'importanza di azioni in suo sostegno a titolo volontario e comunitario. Infine, si

raccolgono segnalazioni relative a persone di 50 anni o più che necessitano di aiuto, da parte di: singoli individui (per sé stessi o per qualcuno che si conosce), operatori sanitari, comunità e soggetti del volontariato (Age UK, 2020b). Per segnalarsi a *CNs* o segnalare qualcuno che può aver bisogno di aiuto c'è una scheda che può essere scaricata dal sito Age UK (Age UK, 2020c; Age UK, 2020i).

Individuazione delle persone ad alto rischio di solitudine

Le persone ad alto rischio di solitudine vengono ricercate prioritariamente tra coloro che hanno recentemente vissuto un lutto o che hanno problemi di salute debilitanti.
I medici di base e le organizzazioni che interagiscono con le persone anziane (enti di beneficenza, organizzazioni di volontariato o religiose; gruppi di supporto per abuso di sostanze) sono di grande aiuto nell'identificare e raggiungere tali soggetti.
I programmi di sensibilizzazione sulla solitudine e l'isolamento sociale, che hanno lo scopo di raggiungere i 'socialmente esclusi', possono a tal fine fare uso di sondaggi telefonici o anche 'bussare alle porte' o far ricorso a mailing list di massa.
Poiché la solitudine può essere 'contagiosa', identificare una persona sola potrebbe portare ad altre sole e così via, anche tramite i social networks (Davidson and Rossall, 2015).

6 Temporalità

- Nel *Kent* l'iniziativa è attiva a cura di Age UK Hythe and Lyminge. Nel corso degli anni, l'attività, informata sin dall'inizio al supporto degli anziani e delle loro famiglie, si è adattata fino ad ampliare la gamma di servizi offerti in base alle esigenze degli anziani residenti. I responsabili contano di continuare tale progettualità per molti altri anni a venire.
- A *Bristol Nord* il 'Bristol Community Navigators Service' ha preso avvio col finanziamento da parte del Bristol Ageing Better (BAB) nel 2015.
- In *Irlanda del Nord, area del NHSCT*, *Community Navigators* è attivo dal 2018. L'iniziativa è ancora attiva in tutte le località indicate, con varie limitazioni imposte dal Covid-19. Ad esempio il North Bristol Advice Centre, a causa del Coronavirus, ha sospeso gli incontri di persona e offre solo consulenza telefonica.

7 Origine, radici, principali tappe del progetto

▪ ***Le origini e le radici***

Secondo Age UK, in Inghilterra ci sono 1,2 milioni di persone anziane che soffrono di 'solitudine cronica' (Age UK, 2020d). «La solitudine e l'isolamento sociale hanno effetti negativi sulla qualità della vita e sulla salute, al pari del fumo e del consumo di alcol. Tale impatto negativo determina un maggior ricorso a servizi sanitari e sociali con conseguenti maggiori spese per la comunità» (Francis and Windle, 2014: 44-5). Gli interventi contro solitudine ed isolamento delle persone anziane maggiormente implementati nel Regno Unito sono soprattutto quelli volti ad aumentare le opportunità di interazione sociale, piuttosto che quelli volti a migliorare le abilità sociali, o ad aumentare la possibilità di ricevere supporto sociale, forse perché i primi sono i più facili da erogare e permettono di raggiungere un numero maggiore di persone.

Principali tappe del progetto

- Inizialmente il progetto è attuato solo nel *Kent* da Age UK Hythe and Lyming.
- A *Bristol* il progetto è stato avviato nel 2015, e già nel 2016 aveva supportato 2.658 persone (North Bristol Advice Centre, 2017: 2). Fino a marzo 2020 le attività di Community Navigators sono state fornite da Buzz Lockleaze, impresa sociale dedicata alla *long term care* della popolazione locale, e finanziate da Bristol Aging Better (BAB), partnership che lavora per ridurre l'isolamento sociale e la solitudine tra gli anziani e aiutarli a vivere meglio. Dall'1 aprile 2020 il servizio è stato interrotto nelle aree centrali, meridionali e orientali di Bristol e continua solo a Bristol Nord (coprendo Lockleaze, Horfield, Lawrence Weston e Shirehampton), dove le attività di Community Navigators per le persone anziane sono gestite dal Centro di consulenza North Bristol (North Bristol Advice Centre), senza cambiamenti

sostanziali rispetto al precedente gestore. Il BAB continuerà a essere presente anche dopo il passaggio alla fase successiva del programma, a partire da aprile 2020.

- In *Irlanda del Nord*, area del Northern Health and Social Care Trust, il servizio *Community Navigator* è stato lanciato ufficialmente nella località di Mid Ulster, grazie agli investimenti del Northern Health & Social Care Trust (NHSCT) (Age NI, 2018). Poi in breve tempo è stato esteso a tutte le località comprese dal NHSCT.

Dettaglio delle attività offerte dai CNs

In sintesi, con lievi differenze tra le varie località in cui sono presenti, i *CNs* offrono quattro tipologie di supporti:

1) informazioni, consigli, consulenza;
2) supporto per la gestione della casa;
3) sviluppo di relazioni amicali (*befriending*);
4) attività socializzanti, ludico-ricreative (Age UK, 2020e).

1) Per quanto riguarda *informazioni, consigli e consulenza*, questi sono veicolati dal personale volontario qualificato, che può anche effettuare visite a domicilio ed aiutare l'utenza per i seguenti scopi: individuazione e pianificazione del tipo e quantità di supporti necessari; erogazione di informazioni sul supporto disponibile nella comunità locale; scelta tra le possibili opzioni disponibili per migliorare la propria salute e a ottenere l'assistenza sociale, per gestire il proprio denaro e per vivere in sicurezza a casa propria, eventualmente adattandola alle esigenze proprie dell'età anziana (Age UK, 2020a).

2) Il *supporto per la gestione della casa* include, a titolo gratuito: aiuti per la cura della casa (pulizie, servizio di lavanderia, servizio di giardinaggio) o della persona (igiene personale, parrucchiere, ecc.), supporto per ottenimento di ausili, disbrigo di pratiche burocratiche, fare shopping anche online). Servizi a pagamento sono quelli di trasporto andata e ritorno per visite mediche o attività sociali; pasti a domicilio o presso il centro diurno (Age UK, 2020f).

3) Il *befriending* è svolto nei confronti di persone anziane sole, che solitamente non hanno nessuno con cui parlare. I volontari che 'portano amicizia' vengono abbinati a una persona anziana nella comunità, ed effettuano regolari visite presso il loro domicilio, fanno compagnia oppure offrono il servizio di amicizia telefonica (Age UK, 2020d). In tutte le sedi in cui i *CNs* sono presenti, il *befriending* rappresenta un intervento fondamentale che ha molti vantaggi sia per gli anziani, che per gli operatori, in quanto mette in contatto gli utenti con i *CNs* per fornire supporto sociale aggiuntivo attraverso lo sviluppo di una relazione che tiene conto delle emozioni ed è continuativa nel tempo. Da segnalare il servizio telefonico nazionale di Age UK *Call in Time*, che comprende 'chiamate di amicizia' (Age UK, 2020g) e 'chiamate di buongiorno', *Good Day Calls*, effettuate quando un anziano ha subito ad esempio un recente lutto o è appena stato dimesso dall'ospedale (Age UK, 2020h), queste chiamate sono state potenziate durante l'epidemia da Covid-19 (Age UK, 2020i).

4) Le *attività socializzanti, ludiche e ricreative*, si possono effettuare recandosi ad es. in due centri diurni, uno nella città costiera di Hythe e l'altro nel villaggio rurale di Lyminge, nel Kent, che sono gestiti da Age UK Hythe e Lyminge. Qui gli anziani trovano compagnia, occasioni di socializzazione, divertimento, opportunità di mantenersi in forma o di apprendere una nuova abilità: oppure per prendere parte ad una vasta gamma di attività ed eventi, come i *lunch club* e le lezioni di ginnastica. Entrambi i centri dispongono di un servizio di ristorazione, per fare uno spuntino, partecipare a un'attività o anche per rimanere tutto il giorno, incluso il pranzo. Chi sceglie di rimanere tutto il giorno, può usufruire anche del servizio di trasporto. Il costo per un'intera giornata, compresi trasporto e pranzo, è di 14,30 sterline per le persone nel bacino di utenza di riferimento (Age UK, 2020l). Sul sito web del progetto gli utenti possono consultare i programmi settimanali delle attività svolte ad Hythe e a Lyminge, e i relativi aggiornamenti.

Inoltre:

- *Age UK Hythe e Lyminge* nel *Kent* offre ai propri utenti anche una vasta gamma di servizi flessibili e personalizzati, tramite uno sportello unico sviluppato grazie alla lunga esperienza

maturata nel rispondere alle esigenze delle persone anziane, attraverso personale impegnato adeguatamente formato;
- I CNs di *Bristol Nord* coinvolgono gli anziani anche in attività quali fare volontariato attivo, riprendere un vecchio *hobby*, o imparare qualcosa di nuovo che possa interessarli (Bristol Ageing Better, 2020).

8 Agency e relazioni con il sistema

▪ ***Principali attori ed eventuale leadership***

- Nel *Kent* il Progetto è gestito da Age UK Hythe and Lyminge e associazioni di volontariato indipendenti.
- A *Bristol Nord*, il servizio *Community Navigators di Bristol* è gestito dal North Bristol Advice Center.
- In *Irlanda del Nord*, in tutta l'area NHSCT (Northern Health and Social Care Trust), il servizio *Community Navigator* è erogato da Age NI (Northern Ireland), Building Communities Resource Center e Mid & East Antrim Area Partnerhsip.

▪ ***Relazioni con il sistema***

Iniziativa autonoma, ma attuata con il coinvolgimento delle istituzioni.

▪ ***Cosa è rimasto del progetto***

Il progetto è ancora attivo in tutte le sedi sopra menzionate con le attività descritte.

9 Risorse mobilitate (finanziarie, umane, organizzative, politiche)

▪ ***Risorse finanziarie***

Non sono state trovate informazioni sull'ammontare finanziato nelle varie località in cui il progetto è attivato.

▪ ***Risorse umane, organizzative e politiche***

- Nel *Kent*: risorse umane e organizzative di Age UK Hythe and Lyminge. Inoltre, attualmente sono attivi 40 volontari regolari che aiutano a promuovere e fornire i servizi, oltre che a raccogliere i fondi necessari. I volontari sono fondamentali, senza il loro supporto ed entusiasmo *Community Navigators* non potrebbe esistere nel Kent.
- A *Bristol Nord* (da aprile 2020): risorse umane e organizzative del North Bristol Advice Centre, e di organizzazioni locali indipendenti che operano nei vari territori coperti da *Community Navigators*.
- In *Irlanda del Nord*: risorse umane e organizzative di Age NI, del Building Communities Resource Center, e della Mid & East Antrim Area Partnerhsip.

10 Dimensioni innovative

▪ ***Soddisfazione di bisogni non coperti dal sistema di cura***

I *CNs* offrono una completa informazione su quali servizi esistenti sono dedicati a soggetti fragili o isolati, e su come accedervi. Inoltre segnalano i servizi dei quali gli anziani possono usufruire gratuitamente, sia presso il domicilio, sia all'esterno.

▪ ***Modifica delle relazioni sociali/istituzionali tra anziani e altri attori***

Tra anziani e *CNs* si stabiliscono virtuose relazioni sociali, fatte di vicinanza e di supporto, che rendono gli anziani più sereni e meno soli, più felici, più sani, e più connessi alla propria comunità. Gli anziani raggiunti da *CNs* apprezzano la possibilità di parlare, ascoltare e condividere informazioni con un altro essere umano che può diventare un amico di cui fidarsi, sebbene non sia una persona di famiglia. Sentono così di non essere dimenticati e di non essere un peso per la società.

▪ ***Empowerment/aumento della capacità di esprimersi e incidere***

Negli utenti anziani, sono stati osservati miglioramenti nel livello di fiducia nel proprio processo decisionale e nella capacità di gestione dei problemi quotidiani, nel prendere in carico e affrontare le proprie situazioni, e nel migliorare il proprio senso di benessere generale. Gli anziani avvertono un maggior senso di appartenenza alla comunità che li fa sentire più sicuri, tranquilli, meno soli e meno ansiosi.

11 Principali risultati dell'iniziativa

In termini di risultati ottenuti, ad esempio, nel 2016 i *CNs* di Age UK Hythe & Lyminge nel Kent hanno aiutato le persone anziane a ottenere rimborsi vari per oltre 500.000 sterline, relativi a costi ingiustamente sostenuti (Kent County Council, 2020). Invece, ad oggi (2020), il servizio nazionale di amicizia telefonica *Call in Time* di Age UK sempre nel Kent ha supportato oltre 500 persone in diverse situazioni di necessità, e sono stati ricevuti molti *feedback* positivi, da coloro che hanno utilizzato il servizio, sui vantaggi che ne derivano in termini di riduzione del senso di solitudine.

Per quanto riguarda i benefici delle attività svolte sui volontari, questi segnalano un alto livello di soddisfazione, un aumento della fiducia in sé stessi e nelle proprie capacità interpersonali. Fare volontariato significa, infatti, mettere a disposizione di altri, che hanno bisogno, le proprie esperienze di vita, le capacità lavorative, il talento e le abilità, il che può essere molto gratificante, nella misura in cui li fa sentire utili, e può cambiare in meglio il proprio stile di vita, anche attraverso l'acquisizione di nuove competenze. I volontari raggiungono così una maggiore consapevolezza dei bisogni e delle opportunità presenti all'interno della comunità in cui vivono, e sentono anche un maggior senso di appartenenza alla stessa.
«I servizi basati sul *befriending* si sono rivalati efficaci nel ridurre sintomi depressivi, alleviare la solitudine e inoltre sono convenienti dal punto di vista economico, riducendo il ricorso a servizi socio-sanitari più costosi e meno efficaci» (Francis and Windle, 2014; Kremers et al., 2006).

12 Punti di forza e fattori di successo

▪ ***Punti di forza***

- Efficacia nell'identificare gli individui isolati e soli (Francis and Windle, 2014: 46).
- Segnalazione dei casi individuati ai servizi più appropriati al singolo caso.
- Riduzione del senso di solitudine e incoraggiamento a parlare senza essere giudicati negli individui soli, isolati, e depressi, che non escono di casa o che hanno subito la perdita del coniuge, quando vengono contattati da un *Community Navigator*.
- Capacità di individuare gli interventi più adatti al singolo caso grazie al rapporto individuale che si instaura.
- Presenza di consulenti qualificati e competenti che offrono informazioni e supporto gratuiti agli anziani e alle loro famiglie.
- Continua ricerca di volontari, per incrementare il numero di *Community Navigators* e di conseguenza il numero di persone che possono ricevere il servizio. Per autosegnalarsi come volontari, le persone disponibili possono contattare i responsabili di *CNs* indicati nei siti internet del progetto o compilare il modulo di presentazione (Age UK, 2020c).
- Offerta di opuscoli gratuiti e informazioni *online*.

▪ ***Fattori di successo***

- Gratuità complessiva del servizio per l'utente, salvo servizi particolari come il pranzo presso il centro diurno.
- Formazione approfondita per tutti i volontari.
- Condivisione con gli anziani delle decisioni sulle attività da sviluppare.
- Vasta gamma di opportunità per fare volontariato, con particolare interesse a coinvolgere i residenti più anziani.

13 Punti di debolezza e fattori di rischio

- Alcune difficoltà nell'individuare e raggiungere gli anziani che hanno bisogno di aiuto a causa della solitudine, nonostante l'alto livello di efficacia ormai raggiunta dai *CNs* a riguardo, le quali sono più difficili da identificare rispetto a quelle socialmente isolate.
- Stigmatizzazione della solitudine per cui le persone sono meno disposte a identificarsi come sole e ad autosegnalarsi ai *CNs* quali soggetti fragili e con necessità di aiuto.
- Assenza di fonti di finanziamento regolari e pubbliche nel Kent, dove i finanziamenti sono privati, raccolti con *found raising* o donazioni.

14 Potenziale in termini di policy: replicabilità e/o *up-scaling*

I servizi offerti da *Community Navigators* si sono già dimostrati replicabili con successo in diverse zone del Regno Unito.

15 Fonti

▪ ***Riferimenti bibliografici e sul web***

Age UK (2020a) 'Community Navigators: information and advice', Age UK Hythe & Lyminge [website]. Accessibile su: https://www.ageuk.org.uk/hytheandlyminge/our-services/information-and-advice/. (Consultato: marzo 2020).

Age UK (2020b) 'Community Navigators NHSCT leaflet', Age UK Hythe & Lyminge [website]. Accessibile su: https://www.ageuk.org.uk/globalassets/age-ni/documents/care/community_navigator_leaflet.pdf?IDMF=489d846c-4cb3-4df8-93db-01f838bac740. (Consultato: marzo 2020).

Age UK (2020c) 'Community Navigators Referral Form', Age UK Hythe & Lyminge [website]. Accessibile su: https://www.ageuk.org.uk/northern-ireland/services/carewellbeing-services/community-navigator/. (Consultato: marzo 2020).

Age UK (2020d) 'Community Navigators: befriending volunteer', Age UK Hythe & Lyminge [website]. Accessibile su: https://www.ageuk.org.uk/hytheandlyminge/get-involved/volunteer/befriending-volunteer/. (Consultato: marzo 2020).

Age UK (2020e) 'Community Navigators: about us', Age UK Hythe & Lyminge [website]. Accessibile su: https://www.ageuk.org.uk/hytheandlyminge/about-us/. (Consultato: marzo 2020).

Age UK (2020f) 'Community Navigators: our services', Age UK Hythe & Lyminge [website]. Accessibile su: https://www.ageuk.org.uk/hytheandlyminge/our-services/. (Consultato: marzo 2020).

Age UK (2020g) 'Community Navigators: call-in-time', Age UK Hythe & Lyminge [website]. Scaricabile da: https://www.ageuk.org.uk/wiganborough/our-services/call-in-time/. (Consultato: marzo 2020).

Age UK (2020h) 'Community Navigators: good-day-calls', Age UK Hythe & Lyminge [website]. Accessibile su: https://www.ageuk.org.uk/lancashire/our-services/good-day-calls/. (Consultato: marzo 2020).

Age UK (2020i) 'Community Navigators: volunteering', Age UK Hythe & Lyminge [website]. Accessibile su: https://www.ageuk.org.uk/hytheandlyminge/get-involved/volunteer/. (Consultato: marzo 2020).

Age UK (2020l) 'Community Navigators: Activities and events', Age UK Hythe & Lyminge [website]. Accessibile su: https://www.ageuk.org.uk/hytheandlyminge/activities-and-events/. (Consultato: marzo 2020).

Age NI (2018) 'Community Navigator Service launched in Mid Ulster', Age NI Love later life [website]. 2 febbraio 2018. Accessibile su: https://www.ageuk.org.uk/northern-

ireland/news/articles/2018/february/community-navigator-service-launched-in-mid-ulster/. (Consultato: marzo 2020).

Brinkhoff, T. (2020) 'Population statistics', City Population [website]. Accessibile su: https://www.citypopulation.de. (Consultato: marzo 2020).

Bristol Ageing Better (2020) 'Community Navigators', Bristol Ageing Better [website]. Accessibile su: https://bristolageingbetter.org.uk/community-navigators-bris/. (Consultato: marzo 2020).

Bristol City Council (2020) 'The population of Bristol', Bristol.gov.uk [website]. Accessibile su: https://www.bristol.gov.uk/statistics-census-information/the-population-of-bristol. (Consultato: marzo 2020).

Davidson, S., Rossall, P. (2015) *Evidence Review: Loneliness in Later Life* [online], Loneliness Evidence Review. luglio 2015. Age UK. Accessibile su: https://www.ageuk.org.uk/globalassets/age-uk/documents/reports-and-publications/reports-and-briefings/health--wellbeing/rb_june15_lonelines_in_later_life_evidence_review.pdf. (Consultato: marzo 2020).

Francis, J., Windle, K. (2014) 'Preventing social isolation and loneliness among older people', in Rossall P. e Goodwin, J. (eds) *Improving later life. Services for older people – what works.* Age UK: London, pp. 44-7. Accessibile su: https://www.ageuk.org.uk/globalassets/age-uk/documents/reports-and-publications/reports-and-briefings/care--support/rb_apr14_services-what_works_spreads.pdf. (Consultato: marzo 2020).

Kent County Council (2020) 'Community navigators', Kent County Council [website]. Accessibile su: https://www.kent.gov.uk/social-care-and-health/care-and-support/help-to-live-at-home/care-navigators. (Consultato: marzo 2020).

Kremers, I. P., Steverink, N., Albersnagel, F. A., Slaets, J. P. J. (2006) 'Improved self-management ability and well-being in older women after a short group intervention', *Aging & Mental Health*, 10(5), Routledge: UK, pp. 476-84. Doi: 10.1080/13607860600841206.

NISRA (2019) 'Population Estimates for Northern Health and Social Care Trust', NISRA [website]. Accessibile su: http://www.ninis2.nisra.gov.uk/public/AreaProfileReportViewer.aspx?FromAPAddressMulipleRecords=Northern@@Northern@20?. (Consultato: marzo 2020).

NHSCT (2020) 'Northern Health and Social Care Trust' [website]. Accessibile su: https://www.northerntrust.hscni.net/. (Consultato: marzo 2020).

North Bristol Advice Centre (2017) *Impact Report 2016/17* [online], North Bristol Advice Centre: Brisol. Accessibile su: http://www.northbristoladvice.org.uk/images/NBAC_impact_report_2017.pdf. (Consultato: marzo 2020).

16 Data chiusura del caso studio

La ricostruzione e l'analisi critica del caso studio, che sono state possibili esclusivamente attraverso i documenti trovati sul *web*, si sono concluse nel mese di aprile 2020.

IN-AGE - INclusive AGEing in place
Laboratorio Politiche Sociali, Politecnico di Milano
Dipartimento Architettura e Territorio, Università Mediterranea di Reggio Calabria
Centro Ricerche Economico-Sociali per l'Invecchiamento, INRCA-IRCCS, Ancona

18 THE CHATTY CAFÉ SCHEME
Reducing loneliness and social isolation by letting people chatting!

di Giuliana Costa
Dipartimento di Architettura e Studi Urbani, Politecnico di Milano

1 Breve descrizione dell'iniziativa

Chatty Café Scheme, sorto nel 2017 come piccola iniziativa per combattere la solitudine – delle persone anziane ma non solo – si rivolge a locali commerciali dedicati al *food* e chiede loro di destinare uno o più tavoli all'incontro di avventori affinché possano fare conoscenza e chiacchierare in un contesto 'protetto' e 'riconoscibile'. Le persone possono sostare e avviare una conversazione o meno, sapendo che si tratta di un luogo amichevole e dove ci si aspetta che si sia disposti e desiderosi di parlare e interagire. Si avvale di una piattaforma digitale di facile accesso, utile per far sì che le persone possano individuare il locale *Chatty* più vicino.

2 Luogo

UK, lo schema è presente in **tutto il Regno Unito** (e in altri Paesi).

3 Contesto territoriale

- ***Tipologia di area***

Chatty Café Scheme è presente in località in cui vi sono esercizi commerciali connessi al *food*, ristoranti, bar, caffetterie sparse ma anche collocati all'interno di *shopping centers* o *malls*.

- ***Scala di azione***

Lo schema è attivo a livello di quartiere, città e paesi.

4 Tipologia dell'iniziativa e approccio

- ***Tipologia***

Iniziativa finanziata e implementata da enti privati.

- ***Soggetti attuatori***

  - *The Chatty Café Scheme*, organizzazione che ha lo status giuridico di 'Community Interest Company' (si veda oltre);
  - Costa Café: azienda che appartiene a Whitbread PLC. Impiega circa 50.000 persone in oltre 2.300 locali in tutto il Regno Unito, dove serve oltre 28 milioni di clienti al mese. È stata riconosciuta la 'Best Branded Coffee Shop Chain in the UK and Ireland' da Allegra Strategies per otto anni consecutivi (dal 2010 al 2017). È presente in 31 Paesi con oltre 1.300 locali (in franchising)[1]. Costa Café aderisce al *Chatty Café Scheme* dal 2018 (Censuswide, 2018), quando ne ha fatto una delle iniziative del più ampio Programma chiamato 'Force for Good' (programma di 'sostenibilità', parte importante della responsabilità sociale di impresa) il cui *focus* è quello di far sì che le persone 'vivano e lavorino bene' e che è costruito attorno a tre *pillars*, 'Opportunity', 'Community' and 'Responsibility'.

▪ ***Altri soggetti coinvolti (rete mobilitata dal progetto)***

Tutti i locali aderenti allo schema.

▪ ***Fonti di finanziamento***

Il programma gode e ha goduto di finanziamenti molto modesti da parte di privati (attraverso la vincita di call e competizioni nel campo dell'innovazione sociale); si finanzia quasi del tutto attraverso le *fee* annuale pagata dai singoli locali aderenti.

▪ ***Approccio***

Lo schema si configura come un'attività di mercato ancora in buona parte autogestita.

▪ ***Target e beneficiari***

Il *target* dello schema sono tutti coloro che desiderano incontrare nuove persone e parlarci per avviare nuove relazioni e non sentirsi soli nei locali pubblici. È stato riconosciuto essere di particolare rilievo per le persone anziane perché in grado di proporre una socialità innovativa (International Longevity Center, 2019).

Lo schema è attivo in oltre 1400 caffè nel Regno Unito. Non sono ad oggi disponibili dati relativi al numero di persone che si sono recate nei locali per via della presenza dei tavoli dedicati allo schema (si veda oltre).

5 L'iniziativa

▪ ***Ambito di intervento***

2. Pratiche innovative che riguardano la vita *fuori casa* degli anziani.
2.1 Servizi innovativi per facilitare la socializzazione.

▪ ***Obiettivi***

L'obiettivo dello schema è quello di ridurre l'isolamento sociale e la solitudine delle persone facendo sì che possano parlarsi e chiacchierare (*to chat* e *to nat* in inglese). Indirettamente, questo permette alle persone di godere di una forma di socialità che le sostiene nella scelta di restare nel proprio domicilio, specie quelle anziane. L'obiettivo precipuo dello schema è quello di 'creare delle opportunità per le persone di avere relazioni faccia a faccia'. Secondo quanto scritto da Alex Hoskyn, la creatrice dello schema in un suo *blog*[2], «Il *Chatty Café Scheme* sta cercando di affrontare l'isolamento sociale e solitudine»[…]«le interazioni sociali sono importanti perché avere un negoziante che ti saluta o un vicino di casa che ti dice buon giorno ci fa sentire più connesso con il mondo e, soprattutto, ci può far passare dal sentirci invisibili a sentirci visibili. Questi contatti rapidi e leggeri possono farci sentire umani ma per ridurre la solitudine acuta devono trasformarsi in relazioni più significative con le persone che si prendono cura di noi a un livello più profondo. Alcune persone si sono incontrate a un tavolo di 'Chatter & Natter' e hanno continuato a sviluppare amicizie, quindi per quelle persone sono aumentate il loro numero di interazioni e si sono ridotti alcuni dei loro sentimenti di solitudine»[3].

Il programma è molto semplice. Si prefigge di far sì che i locali, bar e caffè destinino uno o più tavoli all'incontro di persone affinché possano fare conoscenza e chiacchierare in un contesto 'protetto' (dove si può sostare a lungo consumando anche solo un caffè) e 'riconoscibile'. Un tavolo 'Chatter & Natter' crea uno spazio in cui le persone possono parlare per il tempo che desiderano. Non si tratta di far stringere amicizia ma di supportare semplici interazioni per combattere la solitudine.

Lo schema è stato indicato come una buona pratica dal Ministero contro la Solitudine inglese.

▪ ***Come funziona il programma***

L'ingaggio dei locali e i servizi loro offerti

L'ingaggio dei locali in cui aprire una 'Chatter & Natter table' avviene on-line, dal portale del programma. La 'Chatty Cafe Scheme Membership' costa 20 sterline all'anno e include: l'accesso allo schema, il materiale informativo da distribuire agli avventori, *stickers* e *leaflets* del

programma, l'inclusione nella lista dei locali aderenti allo schema presente nel *website* (di cui compaiono indirizzo, telefono, mail e pagina web)[4], la *newsletter* quadrimestrale e il supporto continuativo da parte dello staff del programma. Il supporto dato consiste nella condivisione sui *social* dell'informazione sui singoli locali aderenti. Dalle informazioni raccolte nel giugno 2020 si evince che dal mese di luglio (2020) sarebbero stati mandati dei volontari nei caffè per sedersi ai tavoli e aiutare a far sì che le conversazioni siano il più fluide possibile. Nel corso del secondo semestre sarà ingaggiata una persona che avrà il compito di reclutare volontari, città per città. Lo si chiamerà 'Ambassador' e sarà assunto grazie al finanziamento del Premio di Nesta Tech, vinto da poco (si veda oltre). I volontari andranno nei locali i cui proprietari vorrebbero che qualcuno si sedesse al loro tavolo 'Chatter & Natter' per iniziare la conversazione tra gli astanti. Alcuni dei volontari che si sono già offerti soffrono di solitudine e di isolamento sociale; questo ruolo li aiuterà a superare questa condizione e a sentirsi connessi.

Si chiede, all'iscrizione, che il locale possa (possa, non che debba) garantire la presenza di un tavolo dedicato tutti i mercoledì dalla 9 alle 11 del mattino. La scelta di un giorno e orario unico e comune risponde al fatto che così gli avventori possono sapere che a quell'ora c'è posto nel locale che hanno scelto. I tavoli vengono segnalati con un cartello che dice 'This is a Chatter & Natter table. The seats at this table are for customers happy to talk to other customers', vale a dire, 'questo è un tavolo Chatter & Natter. I posti in questo tavolo sono destinati ai clienti che sono contenti di parlare con altre persone/clienti'. Ogni locale è libero di mettere a disposizione i tavoli per lo schema quando e per quanto tempo vuole. Dai *feedback* (che finora non sono stati raccolti in modo sistematico) emerge che, nella maggior parte dei casi, i tavoli sono disponibili sempre anche se non mancano locali che decidono di non metterli a disposizione nelle ore di punta.

Sebbene gli obiettivi del programma siano di ridurre la solitudine e far chiacchierare le persone, non menzionano la parola 'solitudine' in nessun messaggio pubblicitario.

La ricerca di un tavolo 'Chatter & Natter' da parte degli utenti

La ricerca di un tavolo 'Chatter & Natter' avviene *online*, anche questo da portale del programma. Inserendo un indirizzo si possono localizzare i locali che fanno parte dello schema, impostando una distanza massima da questo indirizzo. Si apre l'elenco dei locali aderenti con informazioni di base, indirizzo, telefono, *mail* e sito *web*. Prossimamente saranno inseriti anche gli orari dei tavoli disponibili per lo schema. Il sito è stato disegnato per essere facilmente accessibile da parte di anziani e di persone con disturbi cognitivi.

6 Temporalità

Il *Chatty Café Scheme* è molto giovane, è nato, infatti, nell'aprile del 2017 a Oldham, piccola città vicino a Manchester. Da allora continua a crescere e a coinvolgere sempre più locali singoli e quelli affiliati a Costa Café o ad altre catene.

7 Origine, radici, principali tappe del progetto

- ***Le origini e le radici***

Chatty Café Scheme è nato per iniziativa di Alexandra Hoskyns, allora mamma di un bimbo di pochi mesi, che aveva visto ridursi il numero di contatti che aveva con altre persone e che per questo si sentiva isolata socialmente. Alex, che di professione fa la *social worker*, si è trovata in prima persona a provare che cosa significa essere isolata e sentirsi, di conseguenza sola, pur conoscendo il problema per via della sua attività lavorativa. Lei spiega così la genesi della sua idea[5]: «Lo schema è stato ideato in una giornata umida e ventosa quando ero in una caffetteria all'interno di un supermercato con mio figlio di quattro mesi. Non era per me di grande compagnia e mi sentivo stufa. Mi sono guardata intorno e ho visto una signora anziana che aveva il mio stesso aspetto e, in un altro tavolo, sedeva un ragazzo disabile con il suo assistente di supporto e sembravano entrambi a corto di conversazioni! Ho iniziato a pensare all'impatto positivo che avremmo potuto avere l'uno sull'altro se ci fossimo seduti insieme. So per esperienza che quando ti senti solo, una breve conversazione con un altro essere umano può davvero illuminare la tua giornata e mi sono resa conto che puoi essere fuori casa tutto il giorno senza avere alcuna interazione con un'altra persona».

Lo schema è stato avviato nell'aprile del 2017 a Oldham, cittadina dove vive Alexandra, vicino a Manchester, presso due locali. Alex ha pagato di tasca sua la stampa dei *leafleats* e dei *tabletalkers* (piccoli cartelli da posizionare sui tavoli per segnalare che sono parte dello schema) e ha avuto un contributo di 500 euro dal Comune di Oldham per fare il sito *web* dello schema.

Chatty Café Scheme si è costituita come una 'Community Interest Company'[6].

Uno dei primi locali in cui è stato attivato lo schema è stato un Costa *coffee shop*, con cui hanno iniziato a collaborare. L'anno seguente si è aperta una partnership più estesa. É stata realizzata, infatti, una sperimentazione del programma presso 25 locali della catena nel 2018 e successivamente il programma è stato implementato a livello nazionale in oltre 300 negozi Costa. Secondo una survey realizzata da Costa Café nel 2018 su oltre 2.500 adulti del Regno Unito, emerge che quasi la metà – il 49% – ammette di chiacchierare con gli altri in media meno di sei volte al giorno, con il 4% che afferma di non avere proprio alcuna conversazione nell'arco della giornata. Il calo delle conversazioni faccia a faccia è attribuito, per il 42% degli intervistati, all'aumento della comunicazione digitale e la stessa percentuale afferma che è molto più comodo 'parlare *online'*. Il 37% crede che le persone siano troppo occupate per parlare. Nonostante gli indicatori di conversazione calino in tutto il Paese, il 75% degli intervistati afferma che vorrebbe avere più interazione umana, il 25% afferma che parlare fa sentire felici, e più di uno su cinque si sente più sicuro dopo un incontro faccia a faccia. Lo schema *Chatty* rispondeva bene ai bisogni emersi dalla *survey*.

Nel corso dei suoi pochi anni di vita, il programma ha attratto altri locali, anche singoli, nel Regno Unito fino a raggiungere gli oltre 1400 odierni. L'adesione di Costa Café ha fatto da apripista al programma.

Negli ultimi due anni, lo *Scheme* ha partecipato ad una serie di *call* e premi molto prestigiosi, vincendoli (si veda oltre). Questo ha permesso di accedere ad una serie di risorse importanti (finanziarie e professionali) che, per quanto modeste, possono rafforzare l'ulteriore sviluppo del programma che è in corso (con limitazioni per via della diffusione del Covid-19).

L'unico *partner* ufficiale del *Chatty Café Scheme* continua ad essere Costa, di cui circa 440 negozi hanno aderito al programma (su oltre 2000 presenti nel Regno Unito) anche se locali di molte multinazionali vi prendono parte (The National Trust, NHS cafes, libraries, community centres, Marks and Spencer, Waterstones, Sainsburys, Waitrose e altri ancora).

I riconoscimenti ottenuti dallo schema

Lo schema si è visto riconoscere diversi premi riguardanti l'innovazione nel campo delle problematiche connesse all'isolamento e la solitudine. Sono stati ottenuti i seguenti premi: 'Nesta Tech to Connect Government Challenge to tackle social isolation' (marzo 2020, arrivati secondi), 'Prime Minister's Points of Light Award' (gennaio 2020), 'Winner of the 2019 Innovating for Ageing Award' (sono arrivati primi tra 75 *competitors*), 'Winner of the Greater Manchester Health & Care Champion Award for Innovation 2019'. Nesta Tech è stato creato per trovare soluzioni già esistenti in progetti di comunità che cercano di ridurre l'isolamento sociale attraverso la tecnologia. L'obiettivo è quello di aiutare i vincitori a consolidare e sviluppare il proprio *business*, a modellizzare il proprio intervento, ad espandersi e a implementare ulteriori idee innovative. La vincita del premio ha consentito di accedere a esperti di tecnologia, di comunicazione e di pubbliche relazioni, oltre che a finanziare lo *scaling* (orizzontale) del programma: il contributo ricevuto è di 75.000 sterline.

Covid-19

Durante il *lockdown* sono stati organizzati degli incontri (4 alla settimana) con l'uso di Zoom, a cui hanno partecipato mediamente 12 persone per volta. A coloro che non hanno un computer o non sono in grado di utilizzarlo per fare questi incontri, è stata fatta una telefonata alla settimana di almeno 10 minuti, sempre nello stesso giorno e alla stessa ora. Gran parte delle persone contattate sono completamente sole, non hanno né familiari né amici e vivono in case senza un giardino o una terrazza. Hanno messo sul sito e sulla *newsletter* una *mail* di riferimento perché qualunque persona potesse segnalare una persona da contattare. Molte indicazioni sono pervenute da assistenti sociali che lavorano per l'NHS (National Health System, il servizio sanitario nazionale).

8 Agency e relazioni con il sistema

▪ ***Principali attori ed eventuale leadership***

- Alex Hoskyns, la fondatrice, e la sorella Jenny;
- Costa Café.

▪ ***Relazioni con il sistema***

Il programma è frutto di un'iniziativa autonoma scollegata dalle politiche pubbliche ma di recente è stato contattato dal Governo affinché faccia parte del 'Loneliness network' che consiste in 40 aziende, imprese sociali o *charities* che lavorano per dare vita a cambiamenti in grado di ridurre la solitudine e l'isolamento sociale della popolazione. Tale proposta è stata ben accolta dalla fondatrice di *Chatty Café Scheme*, almeno in una fase interlocutoria.

▪ ***Cosa è rimasto del progetto***

Il progetto è in corso e si ingrandisce con il passare del tempo (aumenta il numero di bar e locali aderenti).

9 Risorse mobilitate (finanziarie, umane, organizzative, politiche)

▪ ***Risorse finanziarie***

Chatty Café è stato avviato con risorse irrisorie. A distanza di tre anni dal suo avvio ha bisogno di captare risorse per renderlo sostenibile nel tempo.

▪ ***Risorse umane, organizzative e politiche***

Il *Chatty Café Scheme* si basa sul coinvolgimento di poche persone. Ci lavora una sola persona a tempo pieno come *Operations manager* (Jenny, la sorella di Alex) e due a tempo parziale: Alex, la fondatrice, che non ha mai lasciato il suo posto di lavoro come social worker e, da maggio 2020, un *Ambassador manager* che ha, tra altri, il ruolo di coordinare coloro che si siedono alle tavole affiliate allo schema e di raccoglierne un feedback. Grazie al premio di 7500 sterline del 'Just Group Innovating for Ageing Award' sono riusciti ad assumere una persona part-time. Dal primo agosto 2020, grazie al premio Nesta Tech (si veda oltre) sarà impiegato un *Connections manager* per coordinare i volontari che si stanno aggregando attorno allo schema.

Buona parte del lavoro per il coordinamento del programma si basa sull'utilizzo di una piattaforma dove le persone possono individuare la 'Chatter & Natter table' più vicina e dove i gestori dei locali possono fare un'*application* per partecipare al programma.

10 Dimensioni innovative

▪ ***Soddisfazione di bisogni non coperti dal sistema di cura***

Benché la proposta dello schema non abbia contenuti di cura evidenti, si costituisce come un tassello importante delle possibili azioni per contrastare la solitudine e l'isolamento sociale, in particolare degli anziani. La disponibilità di tavoli dedicati all'incontro delle altre persone rappresenta un'occasione unica per gli anziani che così, sono certi di poter uscire di casa e fuori da essa, trovare un ambiente accogliente e amichevole (inclusa la possibilità di usare le *toilette*).

▪ ***Modifica delle relazioni sociali/istituzionali tra anziani e altri attori***

Il programma si prefigge di far incontrare persone che non si conoscono, dando loro l'occasione di avere relazioni sociali anche 'leggere', di sapere che uscendo di casa possono non sentirsi soli e che c'è un luogo dove possono fermarsi a chiacchierare con qualcuno. Una delle idee di fondo dello schema è che ci sono più gruppi di persone che possono essere interessate a questa modalità di incontro. Non solo anziani dunque: gli incontri avvengono spesso tra persone di età anche molto diverse, dando spesso vita a relazioni di carattere intergenerazionale.

▪ ***Empowerment/aumento della capacità di esprimersi e incidere***

La possibilità di esprimersi e di aumentare la propria autostima e autorealizzazione è al cuore del programma.

11 Principali risultati dell'iniziativa

- L'ingaggio di grandi e piccole realtà commerciali nel contrasto della solitudine e, più in generale, l'emersione di questo tema in un'arena – quella dei locali commerciali – che tradizionalmente non lo tratta;
- la creazione di numerose occasioni di incontro, *chatting* e *natting* per persone sole, specialmente (ma non solo) anziane.

12 Punti di forza e fattori di successo

▪ ***Punti di forza e fattori di successo***

- Il coinvolgimento di un partner prestigioso e con una distribuzione capillare come Costa Café;
- la semplicità del programma che è di facile comprensione da parte di tutti (locali, clienti);
- la facilità di adesione da parte dei locali;
- l'uso di una piattaforma di facile uso dedicata all'identificazione dei locali aderenti allo schema da parte di chi voglia farne esperienza.

13 Punti di debolezza e fattori di rischio

- Si basa ancora ampiamente su lavoro poco remunerato;
- l'impossibilità di verificare che i locali aderenti al programma lo applichino davvero per mancanza di sistemi di *feedback* strutturati e per la mancanza di personale dedicato;
- non sono disponibili dati relativi agli *users* (ma l'attività di raccolta di informazioni/dati più strutturata dovrebbe essere avviata quest'anno, grazie alle risorse (anche professionali) rese accessibili dalla vincita del premio Nesta Tech).

14 Potenziale in termini di policy: replicabilità e/o *up-scaling*

Chatty Café è stato esportato in Australia, Polonia, Canada e Gibraltar. Per ogni paese è stata costruita una piattaforma di accesso identica a quella utilizzata nel Regno Unito, dove le persone possono trovare un tavolo *Chatty* vicino a dove ci si trova e dove i caffè possono aderire allo schema. Il programma è stato oggetto di interesse anche da realtà commerciali degli Stati Uniti.

La semplicità dello schema e la modestia delle risorse economiche necessarie per il suo avvio lo rende facilmente replicabile a fronte dell'interesse e coinvolgimento di un *partner* commerciale forte, visibile e diffuso sul territorio.

15 Fonti

▪ ***Riferimenti bibliografici e sul web***

Censuswide (2018) 'Costa Coffee rolls out "Chatty Café" scheme nationwide to get the nation talking' [online], Whitbread PLC, 20 agosto 2018. Accessibile su: https://www.whitbread.co.uk/costa-coffee-rolls-out-chatty-cafe-scheme-nationwide-to-get-the-nation-talking/. (Consultato: luglio 2020).

International Longevity Centre UK (2019) 'Chatty Cafe Scheme wins Innovating for Ageing competition' [online], 1 febbraio 2019. Accessibile su: https://ilcuk.org.uk/chatty-cafe-scheme-wins-innovating-for-ageing-competition/. (Consultato: luglio 2020).

NESTA Challenges (senza data) *Tech to Connect Challenge: Evaluation Report* [online], maggio 2020. Accessibile su: https://challenges.org/tech-to-connect-challenge/. (Consultato: luglio 2020).

The Chatty Café Scheme (senza data) 'The Chatty Café Scheme' [website]. Accessibile su: https://thechattycafescheme.com/. (Consultato: luglio 2020).

- ***Interviste a testimoni privilegiati***

Bimpson Jenny, *Operations manager* del progetto nonché sorella della fondatrice dello schema, due brevi interviste telefoniche e scambio di *e-mail* tra giugno e luglio 2020.

Le informazioni a disposizione e reperibili su *Internet* sono molto poche. Non sono stati scritti articoli o *report* su *Chatty Café*, salvo testi elaborati per partecipare a bandi come il 'Prime Minister's Points of Light Award 2020' che sono però riservati.

16 Data chiusura del caso studio

La ricostruzione e l'analisi critica del caso studio si è conclusa nel luglio 2020.

17 Contatti

Referente del progetto:

Jenny Bimpson, *Operations manager* del progetto

e-mail: jenny@thechattycafescheme.co.uk

18 Ringraziamenti

Si ringrazia Jenny Bimpson per il breve tempo dedicato sia per telefono, sia per *e-mail*.

19 Note

[1] https://www.whitbread.co.uk/media/press-releases/2018/20-08-2018.

[2] https://thechattycafescheme.com/social-isolation/.

[3] Mia traduzione. Poiché il testo è molto colloquiale, ho cercato di rendere la traduzione fedele a questo modo di scrivere.

[4] Prima del *lockdown* stavano aggiungendo i giorni e gli orari disponibili per lo schema a queste informazioni di base. In ogni caso, viene suggerito alle persone di contattare il locale prima di recarvici per verificare quando il/i tavolo/i sono disponibili.

[5] Mia traduzione da https://thechattycafescheme.com/about/.

[6] Da https://en.wikipedia.org/wiki/Community_interest_company: le *community interest companies* sono aziende *non-profit* con obiettivi di carattere sociale e in cui gli utili sono reinvestiti nell'azienda stessa o nella comunità; non hanno obiettivi di massimizzazione del profitto ma piuttosto di realizzazione del bene comune.

IN-AGE - INclusive AGEing in place
Laboratorio Politiche Sociali, Politecnico di Milano
Dipartimento Architettura e Territorio, Università Mediterranea di Reggio Calabria
Centro Ricerche Economico-Sociali per l'Invecchiamento, INRCA-IRCCS, Ancona

19 ASSOCIAÇÃO MAIS PROXIMIDADE MELHOR VIDA

di Giuliana Costa
Dipartimento di Architettura e Studi Urbani, Politecnico di Milano

1 Breve descrizione dell'iniziativa

L'*Associazione Mais Proximidade Melhor Vida (AMPMV)* si rivolge a persone ultra 65enni residenti nella 'Baixa' di Lisbona che rischiano di essere sole e/o isolate per via delle caratteristiche dell'abitazione in cui risiedono (appartamenti posti a piani alti di edifici senza ascensore) e/o per via delle proprie condizioni psico-fisiche e famigliari. I suoi beneficiari sono prevalentemente donne ultraottantenni. A loro favore presta visite a domicilio, forme di contatto continuativo (telefonico o in presenza), supporto nel fissare appuntamenti medici e accompagnamento a tali appuntamenti, ritiro di referti, supporto alla *compliance* farmacologica, accompagnamento verso altre destinazioni. L'associazione coordina le agenzie e i soggetti gravitanti attorno alle persone anziane affinché possano avere accesso alle risorse esistenti che, altrimenti, non potrebbero essere utilizzate.

2 Luogo

Portogallo, Lisbona, **quartieri Baixa de Lisboa e Mouraria** (centro storico della città).

3 Contesto territoriale

- ***Tipologia di area***

L'*Associazione Mais Proximidade Melhor Vida (AMPMV)* opera in due quartieri del centro storico di Lisbona caratterizzati da alta densità abitativa. A fine 2019 la città aveva circa 506.000 abitanti, il 42,8% delle famiglie unipersonali erano costituite da anziani che abitano da soli. L'indice di invecchiamento (secondo dati censuari del 2011) è, nel centro storico di Lisbona, pari a 258,7 (Instituto Nacional de Estatística – Statistic Portugal, 2020).

- ***Scala di azione***

L'associazione opera a scala di edificio e di quartiere, sostenendo le persone anziane al loro domicilio e al di fuori di esso con attività plurime di accompagnamento e socializzazione.

4 Tipologia dell'iniziativa e approccio

- ***Tipologia***

Associazione, ente privato.

- ***Soggetti attuatori***

Associação Mais Proximidade Melhor Vida (AMPMV).

- ***Altri soggetti coinvolti (rete mobilitata dal progetto)***

L'associazione ha una pluralità di partner e sponsor e questa capacità di coinvolgere soggetti anche molto diversi tra loro è un punto di forza evidente dato che le attività sono per oltre il 50% finanziate da privati.

I partner mettono a disposizione risorse di natura diversa:

- Risorse economiche sotto forma di donazioni;
- fornitura di servizi *gratis* (ad esempio di copertura assicurativa di coloro che lavorano nell'associazione, sia come staff che come volontari, o anche il servizio di trasporto protetto per gli anziani o, ancora, la pubblicazione di annunci nei *media*);
- appoggio logistico (cessione di spazi) per la realizzazione di eventi e corsi di formazione;
- sostegno ai tirocinanti dell'associazione;
- fornitura di beni gratuiti (ad esempio torte da offrire agli anziani in occasione del loro compleanno, pranzi, *computer*, *tablet*, apparecchi per la teleassistenza, ausili per gli anziani con difficoltà motorie).

Nel 2018 i *partners* e *sponsors* dell'*AMPMV* erano i seguenti (vedi Figura 1):

Lista de Parcerias e Apoios AMPMV

2018

PT FUNDAÇÃO	Financiamento das comunicações e serviço de internet Aparelhos "PT Emergência" Programa de Voluntariado Empresarial "Está Lá? Está Bem?
Montepio	*Fundação Montepio* Apoio financeiro Participação e convite para várias ações de formação e promoção Colaboração no âmbito do Dia do Voluntariado Montepio Apoio logístico na realização de atividades e eventos AMPMV
JERÓNIMO MARTINS	Apoio financeiro Apoio logístico Venda do livro Conversas à Mesa
galp energia	Apoio financeiro
SANTA CASA	Apoio financeiro Parceria informal com a equipa de apoio a idosos da SCML, SAD e Centro de Dia, para a sinalização e encaminhamento de casos
C'M'S' Rui Pena & Arnaut	Apoio financeiro
LUSITANIA SEGUROS	Apoio financeiro, através de cobertura de seguros de colaboradores e voluntários AMPMV
FUNDAÇÃO CALOUSTE GULBENKIAN	Apoio financeiro Venda do livro Conversas à Mesa
JUNTA DE FREGUESIA STA. MARIA MAIOR	Apoio financeiro – Via PDCSMM Cedência de espaço para a realização de várias atividades AMPMV Parceria informal com DIC, GES e Junta Resolve
LISBOA	Apoio financeiro – via RAAML
Santander	Apoio financeiro – projeto "Prevenir para Não Remediar"

HOTEL HE EUROPA	Apoio financeiro
IONICA MINOLTA	Apoio logístico, através da doação de equipamento e consumíveis
SGMAI SECRETARIA GERAL	Apoio logístico, impressão de documentos e material de comunicação Cedência de espaço para realização de eventos AMPMV
ARMAZÉNS DO CHIADO	Apoio financeiro e logístico Apoio à realização de campanhas e ações de angariação de fundos
fnac	Apoio à realização de campanhas e ações de angariação de fundos Cedência de espaço para realização de eventos e atividades AMPMV
Caixagest Grupo Caixa Geral de Depósitos	Apoio logístico, impressão de documentos e material de comunicação
Círculo Divinal	Transporte gratuito para beneficiários com maiores dificuldades motoras
Fundação S. João de Deus	Realização de pequenos arranjos e obras em casa de beneficiários AMPMV, através do Projeto Ferro de Soldar
A Rainha Portuguesa	Oferta de bolos para sinalização de aniversários de beneficiários e outras atividades AMPMV
PORTUGÁLIA	Oferta de almoço de aniversário a beneficiários e acompanhantes Apoio logístico para realização de eventos e atividades AMPMV
Hyundai Internacional	Descontos na prestação de serviços e aquisição de fármacos para beneficiários e associados AMPMV
Clínica de São Cristovão	Descontos na prestação de serviços, consultas, exames e tratamentos médicos, para beneficiários e associados AMPMV
Público	Publicação gratuita de anúncios e editais
Expresso	Publicação gratuita de anúncios e editais

CORREIO da Manhã	Publicação gratuita de anúncios e editais
Lícuro	Oferta de serviços de consultoria e apoio jurídico
APAV Apoio à Vítima	Consultoria/supervisão e referenciação de casos.
RENOVAR A MOURARIA	Parceria informal para a prestação de serviços, apoio logístico e sinalização de casos
USF da Baixa	Sinalização de casos e partilha de informação Participação no projeto *Prescrição Social*
	Sinalização de casos e troca de informação com a 2.ª e 4.ª Esquadra do Comando Metropolitano de Lisboa da Polícia de Segurança Pública e articulação com o serviço de Polícia de Proximidade
SÃO NICOLAU SANTA MARIA MADALENA	Parceria informal para a sinalização de casos e realização de atividades
Escola Profissional BENTO DE JESUS CARAÇA	Parceria para a integração de estágios na área do Marketing e Relações Públicas
FACULDADE DE DIREITO UNIVERSIDADE DE LISBOA	Parceria para a realização de eventos formativos e atividades de Voluntariado
UAL	Parceria para a realização de eventos formativos, integração de estágios e desenvolvimento de projetos de investigação e desenvolvimento de ações de voluntariado
FCT	Parceria informal para a realização de eventos formativos, integração de estágios e desenvolvimento de projetos de investigação.
ISPA	Parceria para a realização de eventos formativos, integração de estágios e desenvolvimento de projetos de investigação.
compra solidária	Divulgação de projetos e produtos AMPMV
ctt	Venda do livro Conversas à Mesa

VOX Lisboa	Parceria para o desenvolvimento de atividades tendo em vista a promoção da saúde e bem-estar dos beneficiários AMPMV
NUM RIO COM HISTÓRIAS	Parceria para formação de Voluntários de Proximidade / Voluntários para leitura ao domicílio Apoio à realização de atividades AMPMV
FORA DA ROTA	Parceria para operacionalização da rota (re)Viver Lisboa, dinamização de atividades de grupo e passeios
ENTRAJUDA	Doação de bens e equipamentos
ADN	Parceria para sinalização de casos e divulgação da plataforma do projeto
IMPACTRIP	Parceria para integração de atividades de voluntariado corporativo, apoio logístico e divulgação de atividades ou projetos

Figura 1. Lista dei partners e sponsors dell'Associação Mais Proximidade Melhor Vida (AMPMV), 2018.
Fonte: Riprodotto da AMPMV, 2019: 25-7.

▪ ***Fonti di finanziamento***

Nel 2018 le fonti di finanziamento dell'associazione si sono distribuite nel seguente modo: 52% da agenzie private, 29% da agenzie pubbliche, 17% da fondi propri e 2% da donatori individuali. L'associazione svolge una miriade di piccoli eventi a scopo di *fundraising*.

▪ ***Approccio***

L'approccio dell'associazione e dei progetti che porta è di carattere caritatevole (l'associazione non richiede co-partecipazioni economiche agli utenti).

▪ ***Target e beneficiari***

- *Target:* L'*AMPMV* si rivolge a persone ultra65enni residenti nella 'Baixa' e nella 'Mouraria' (parte del quartiere 'Freguesia Santa Maria Maior') che vivono in situazioni di isolamento o solitudine. Per via della configurazione della popolazione e delle abitazioni della zona, il target prioritario si configura come 'donna ultraottantenne che vive in appartamento senza ascensore'.
- *Beneficiari:* nel 2018 sono state prese in carico 118 persone con le seguenti caratteristiche: 84% sono donne, età media 83 anni, età media del nucleo famigliare (dove c'è) 78 anni, 66% abita da solo/a, 27% non conta con altro supporto istituzionale, 56% abita oltre il terzo piano dell'edificio, 84% fatica a fare le scale.

La profilazione degli utenti è fatta su quattro livelli. Ad ogni livello si attribuisce un colore – verde, giallo, arancione, rosso – che corrispondono a diversi e crescenti necessità di intervento. Il colore viola è associato a beneficiari che, per diversi motivi, hanno minori necessità di intervento e a favore dei quali si svolgono visite e contatti telefonici sporadici.
Al 31 dicembre del 2018 la distribuzione dei 118 beneficiari era la seguente: 25 verdi, 42 gialli, 22 arancioni, 24 rossi, cinque viola e due in fase di diagnosi e categorizzazione (il totale è superiore a 118 perché alcuni beneficiari hanno, nel corso dell'anno, transitato da un colore all'altro). Da questo profilo si evince come l'associazione si rivolge a persone con livelli medi di bisogno.

5 L'iniziativa

▪ ***Ambito di intervento***

1. Pratiche innovative che riguardano la vita *in casa* dell'anziano.
   1.1. Servizi innovativi a domicilio.
2. **Pratiche innovative che riguardano la vita *fuori casa* degli anziani.**
   2.1 Servizi innovativi per facilitare la socializzazione.
3. Politiche e azioni innovative 'di sistema': regia, informazione, formazione.

▪ ***Obiettivi***

La *mission* dell'*AMPMV* è di ridurre l'impatto della solitudine e dell'isolamento delle persone anziane migliorandone la qualità della vita a domicilio. Essa è implementata attraverso una pluralità di attività che sostengono l'*ageing in place*, sia presso il domicilio, sia al di fuori di esso con l'idea che così si permetta alle persone di rimanere meglio e il più a lungo nella propria abitazione. Infatti, l'associazione si rivolge a ultra 65enni vivono nel centro storico, caratterizzato da edifici antichi e molto spesso senza ascensore. Sono anziani che rischiano di essere sole e/o isolate per via delle caratteristiche dell'abitazione o anche per via delle proprie condizioni psico-fisiche e famigliari. I suoi beneficiari sono prevalentemente donne ultraottantenni. A loro favore presta visite a domicilio, forme di contatto continuativo (telefonico o di persona), supporto nel fissare appuntamenti medici e accompagnamento a tali appuntamenti, ritiro di referti, supporto alla *compliance* farmacologica, accompagnamento verso più destinazioni e coordina le agenzie e i soggetti gravitanti attorno alle persone anziane affinché possano avere accesso alle risorse esistenti. Gli interventi sono del tutto gratuiti e si basano su metodologie di accompagnamento sociale, caratterizzate da un alto livello di personalizzazione: per ogni persona presa in carico viene stilato un 'Piano individuale di sviluppo' e viene individuato un *case manager* ('gestor de caso').

Gli obiettivi generali dell'associazione sono di:

- promuovere il benessere fisico, psicologico ed emozionale dei suoi beneficiari;
- diminuire l'impatto della solitudine tra la popolazione più anziana;
- promuovere l'inclusione sociale degli anziani;
- sensibilizzare la società sul ruolo delle persone più anziane;
- garantire la sostenibilità dell'associazione a medio-lungo termine.

L'associazione lavora su *tre assi di intervento*:

1)*Diminuzione dell'impatto della solitudine e dell'isolamento*

Le attività qui comprese sono le seguenti:

- visite domiciliari e contatti telefonici (ne sono state svolte rispettivamente 2053 e 4383 nel 2018) realizzate dallo staff dell'associazione e dai volontari di prossimità)
- passeggiate di gruppo o individuali: nel 2018 sono state realizzate 33 passeggiate di cui 24 individuali, nell'ambito di più progetti tesi a rendere possibile il soddisfacimento di desideri anche molto specifici di beneficiari a ridotta mobilità (come, per esempio, ritornare in un determinato bar o anche andare una giornata al mare);
- segnalazione di compleanni e di date importanti (festività);
- incontri di gruppo dedicati alla memoria e agli eventi del quotidiano; sono stati svolti nel 2018 10 gruppi che hanno visto la partecipazione di 48 beneficiari e 148 presenze e altri 9 gruppi nell'ambito di un Progetto denominato '8 e 80' sui temi del diritto e della partecipazione civica.

2) *Promozione della salute e del benessere*

Le attività qui comprese sono le seguenti:

- Fissazione di appuntamenti medici e accompagnamento a tali appuntamenti. Nel 2018 hanno fissato 133 appuntamenti e realizzato 274 accompagnamenti. Questa attività è realizzata da personale dello *staff* e da volontari. Lo *staff*, quando necessario, entra anche con il beneficiario nello studio medico, gestisce i documenti sanitari e cura il collegamento con tutti i professionisti sanitari (anche quelli che fanno, per esempio, della riabilitazione);

- sostegno psicologico a domicilio; 33 sedute nel 2018;
- svolgimento di piccole prestazioni sanitarie a domicilio come ad esempio la misurazione della pressione arteriosa, 91 nel 2018;
- contatti con professionisti sanitari e altre istituzioni in nome e per conto dei beneficiari in modo che possano aver accesso a prestazioni e servizi. Nel 2018 hanno realizzato 245 contatti con medici e 528 con altre istituzioni, riuscendo ad avviare 58 processi di presa in carico (anche da parte dei servizi sociali);
- presenza e accompagnamento nel corso di visite domiciliari fatte da professionisti di vario genere a casa dell'anziano;
- donazione di farmaci e presidi sanitari ai beneficiari che hanno maggiori difficoltà di movimento.

3) *Aumento della qualità della vita a domicilio*

Le attività qui comprese sono le seguenti:

- Aiuti tecnici, richieste di acquisto e consegna a domicilio, nel 2018 sono stati fatti 213 acquisti e consegne;
- trasporto protetto, trasporto in ambulanza verso ospedali ecc. ma anche verso eventi e situazioni ricreative. Questo servizio include la discesa e poi salita delle scale dell'edificio dove vive l'anziano; 91 nel 2018;
- piccoli interventi nell'abitazione (idraulici, elettrici, ecc.) e piccoli rifacimenti (opere di muratura), realizzati da volontari;
- ricerca di informazioni rilevanti presso agenzie diverse per favorire l'inclusione sociale dei beneficiari (oltre 400 nel 2018) e supporto giuridico (nove casi nel 2018);
- contatti con famigliari e *caregivers* per coinvolgerli nella rete di cura; 679 contatti realizzati dallo staff nel 2018;
- presenza e coinvolgimento in situazioni di emergenza e funzione di interfaccia con agenzie varie; 50 interventi emergenziali nel 2018;
- supporto all'accesso ai servizi di teleassistenza in forza di una *partnership* con la 'Fundação PT'.

L'associazione svolge anche le seguenti *azioni di sistema:*

- azione di sensibilizzazione sul tema delle abitazioni non idonee per persone anziane a ridotta mobilità nel centro storico di Lisbona, attraverso la convocazione di riunioni di lavoro con le autorità locali, in particolare con i diversi gruppi parlamentari del consiglio comunale ('Assembleia Municipal');
- progetti di sensibilizzazione di giovani delle scuole primarie e secondarie al tema della discriminazione delle persone in base all'età (il cosiddetto 'ageism'); sono stati realizzati sette incontri che hanno coinvolto 415 studenti nel 2018;
- accoglimento di stagisti;
- ricerca;
- sviluppo di progetti di volontariato.

Il volontariato in AMPMV

L'associazione si avvale di tre tipi di volontari:

- *volontari di prossimità*: persone che costruiscono relazioni di prossimità con i beneficiari dell'associazione, impegnandosi ad andare a trovarli settimanalmente e/o telefonando loro almeno una volta ogni 15 giorni;
- *volontari tecnici*: professionisti che condividono le proprie competenze, mettendole al servizio degli anziani o dello staff dell'associazione; si tratta di artigiani che svolgono diversi lavori (idraulici, elettricisti, ecc.) ma anche di artisti, persone creative, consulenti giuridici, esperti di informatica, di *web designer* e di *designer* grafico. Tra i volontari tecnici fino al 2020 c'è stato anche un primario di neurologia che si occupava di fare delle diagnosi precoci di patologie neurologiche, supportando, se necessario, i processi di interdizione e fornendo secondi pareri a seguito di diagnosi svolte da altro medico;

- *volontari accompagnatori*: persone che appoggiano lo staff dell'associazione nello svolgere le attività di accompagnamento dei beneficiari (per es. a visite mediche).

Nel 2018 potevano contare su 49 volontari di cui nove reclutati e formati in quell'anno.

L'associazione coinvolge poi altri volontari sporadici (studenti, accademici, lavoratori di aziende partner) che partecipano a una pluralità di eventi. Nel 2018 hanno gestito complessivamente 256 volontari (includendo quelli sporadici o afferenti ad altre organizzazioni).

6 Temporalità

L'associazione è nata nel 2014 e da allora opera regolarmente, assistendo circa 120 persone l'anno.

7 Origine, radici, principali tappe del progetto

▪ ***Le origini e le radici***

MPMV è nata come progetto nel 2006 per opera dell'ing. Maria de Lourdes Pereira Miguel. Con l'aiuto degli studenti dell'Universidade Católica Portughesa è stato realizzato uno studio porta a porta sugli anziani residenti nella zona. Da questa indagine emerse come vi fossero moltissimi anziani che non uscivano più di casa in quanto 'ne erano ostaggio' per via dell'assenza di ascensori negli edifici (perlopiù degli anni '20) o per la loro cattiva manutenzione (come l'assenza di luce nelle scale). Così è nato il Progetto *Os Mais Sós* ('I più soli') per contrastare fenomeni di isolamento sociale e solitudine tra gli anziani. Il progetto si basava solamente sul volontariato, sulla buona volontà e disponibilità di tempo di alcune persone. Questa precarietà metteva a rischio la continuità del supporto agli anziani. Nel 2010 è stata data vita ad un'*équipe* tecnica composta da sei persone remunerate grazie a finanziamenti privati e donazioni da 'mecenati' e che lavorava nell'ambito del 'Centro Social Paroquial de S. Nicolau'. Solamente quattro anni dopo, nel 2014, è stata creata *l'Associação Mais Proximidade Melhor Vida*, con lo *status* di Instituição Privada de Solidariedade Social. Da quell'anno in poi l'associazione ha fatto parte della Rede Social de Lisboa, della Rede DLBC, dell'Associazione CLIP e del Progetto *Prescrição Social de Lisboa* (si veda il punto 9).

8 Agency e relazioni con il sistema

▪ ***Principali attori ed eventuale leadership***

L'*Associazione MPMV* opera con il sostegno e supporto di una molteplicità di soggetti che cambiano di anno in anno. Non si ravvisano eventuali leadership nella rete se non quella dell'associazione stessa.

▪ ***Relazioni con il sistema***

Le iniziative dell'*AMPMV* sono autonome anche se alcune di loro sono integrate con il sistema pubblico. Sta cercando di farsi riconoscere come organizzazione che 'offre risposte atipiche di collegamento con le risposte tipiche' (queste si inserite nella rete dei servizi pubblici). Partecipano a una pluralità di bandi, sia pubblici che privati per captare risorse.

L'*AMPMV* fa parte della Rede Social de Lisboa, in particolar del gruppo di lavoro 'Anziani', svolgendo attività congiunte a membri della rete. L'associazione è anche membro della Rete DLBC (Desenvolvimento Local de base Comunitária Lisboa)[1] e della Piattaforma CLIP[2]. La Rete DLBC è un'associazione che è stata creata con l'obiettivo di implementare un modello innovativo di governance del territorio cittadino attraverso l'implementazione di piani di sviluppo locale. La rete ha presentato una candidatura per il suo finanziamento nell'ambito di un programma chiamato 'Portugal 2020'. Le organizzazioni che vi fanno parte (sia pubbliche che private) lavorano insieme per captare risorse disponibili e così finanziare attività relative all' inclusione sociale, all'educazione, alla formazione e all'occupazione. Nella rete esistono gruppi di lavoro di cui fa parte l'*AMPMV*, in cui si condividono saperi e compiti per proporre risposte migliori ai bisogni degli anziani, evitare duplicazioni negli interventi e segnalare bisogni dell'utenza che devono essere affrontati con l'aiuto di altre organizzazioni. La Piattaforma CLIP è connessa all'Associazione CLIP – Recursos e Desenvolvimento, associazione di associazioni fondata

nell'ottobre del 2012, a partire da un movimento associativo locale della zona 'Alta' di Lisbona, per far si che le associazioni aderenti lavorino insieme per potenziare le risorse (di vario tipo) a disposizione e così, rendere migliori servizi alla comunità.

L'*AMPMV* fa anche parte anche del Progetto pilota *Prescrição Social de Lisboa*[3], un progetto unico nel suo genere dato che esiste solamente nel quartiere dove opera. Si basa sulla presenza sul territorio di un centro di salute dove le persone vanno a fare le visite con il proprio medico di base e dove trovano risposte di carattere sociale. Il progetto permette di connettere gli utenti dei servizi sanitari di base alle risorse esistenti nel territorio. Cerca di facilitare le risposte ai problemi sociali degli utenti con l'obiettivo di migliorare la loro salute e di aumentarne il benessere così come di ottimizzare l'utilizzo dei servizi sanitari del SNS (Servizio Sanitario Nazionale). Il progetto cerca, da una parte, di sensibilizzare i professionisti sanitari circa il ruolo cruciale degli assistenti sociali nella risoluzione dei problemi sociali potenzialmente nocivi per la salute degli utenti e, dall'altro, di promuovere la creazione di partnership con organizzazioni del territorio, dove esistono già delle risposte organizzate per molti dei bisogni sociali degli utenti. Risponde anche alla sensazione di impotenza dei professionisti sanitari nell'affrontare in modo efficace i 'determinanti sociali della salute' che generano disuguaglianze nello stato di salute connesse alla povertà, ai problemi di occupazione e lavoro, alle questioni abitative. Nella zona ci sono molti immigrati che hanno difficoltà a risolvere problemi vari (ottenimento di documenti, accesso al lavoro, accesso ai servizi sanitari) e che lì trovano risposta.

Un esempio di come funziona questo progetto e come viene ingaggiata l'*AMPMV* può essere il seguente: arriva un utente 90enne, il medico si rende conto che avrebbe bisogno di aiuto nell'andare dal medico e che non ha nessuno che lo aiuti in questo. Il medico allora contatta l'*AMPMV* segnalando il problema, restando in contatto con l'associazione per qualunque cosa si renda necessaria. Il meccanismo di re-indirizzamento degli utenti funziona bene anche perché al centro lavorano medici molto giovani che si sono ingaggiati pienamente in questo progetto molto innovativo. Fanno parte del progetto anche diverse altre organizzazioni come il Centro Hospitalar Universitário de Lisboa Central e l'Ordine dei Medici della città.

- ***Cosa è rimasto del progetto***

L'associazione funziona ad oggi a pieno regime. È stata riconosciuta come un'organizzazione particolarmente innovativa nelle politiche di *ageing in place* (Fonseca, 2018).

9 Risorse mobilitate (finanziarie, umane, organizzative, politiche)

- ***Risorse finanziarie***

La dimensione finanziaria dell'associazione è molto volatile, cambia in modo considerevole di anno in anno, nel senso che il *budget* varia a seconda delle risorse captate. Nel 2018 ha captato risorse per 138.000 euro mentre nel 2019 sono state pari a 466.000. Quest'ultimo anno è stato atipico perché l'associazione ha ricevuto una grossa donazione che, con ogni probabilità, non si replicherà negli anni a venire. Con la crisi Covid-19 ci si aspetta che i finanziamenti privati saranno molto ridotti per via della crisi economica che si prospetta tra le aziende donatrici che non saranno più in grado di donare somme significative all'*AMPMV*.

Uno degli obiettivi specifici dell'associazione riguarda la promozione della propria sostenibilità economica che dovrebbe avvenire attraverso la generazione di redditi propri, la diversificazione delle fonti di finanziamento, il rafforzamento dei rapporti con attori e imprese locali e l'aumento del numero degli investitori sociali per finanziamenti sia puntuali che strutturali (AMPMV, 2019).

L'impatto sociale dell'associazione è stato valutato con un'analisi del *Social Return on Investment.* È stato stimato in circa quattro euro per ogni euro investito. L'attività di contrasto all'isolamento avrebbe generato, tra il 2012 e il 2014, benefici per 209.218 euro a diverse persone e istituzioni: gli anziani, le loro famiglie e i loro *caregiver*; il Servizio Sanitario Nazionale, la Junta de Freguesia de São Nicolau (governo a livello di *freguesia,* di quartiere) e l'Instituto da Segurança Social (AMPMV, 2015).

L'associazione percepisce qualche finanziamento grazie alla 'consignação de IRS', vale a dire il percepimento del cinque per mille a valere sulle imposte sui redditi e alle 'injunções', una percentuale delle multe pagate a livello nazionale, di cui può essere beneficiaria.

▪ ***Risorse umane, organizzative e politiche***

L'associazione è diretta da tre persone; l'*équipe* tecnica è composta da altre nove persone. Sono tutte donne, con un background professionale molto diversificato: assistenti sociali, educatrici, gerontologhe, psicologhe, esperte in comunicazione sociale. L'associazione conta con l'attività continuativa di circa 50 volontari l'anno (come si è scritto sopra, sono stati 49 nel 2018). L'associazione ha speso nel 2018 circa 120.000 euro di personale.

10 Dimensioni innovative

▪ ***Soddisfazione di bisogni non coperti dal sistema di cura***

- L'associazione svolge servizi unici, non codificati né presenti nella rete pubblica dei servizi. Tali servizi, atipici, hanno l'obiettivo di connettere servizi che invece sono tipici, servizi esistenti ma che faticano a trovare utilizzo da parte della persona anziana. L'accompagnamento presso medici, ad esempio, è molto importante perché senza questo aiuto gli anziani rischiano di non andarci per niente. Per ogni anziano viene stilato un piano di assistenza individuale.
- Utilizzo di una metodologia di lavoro 'di prossimità', con una funzione di segnalazione dei casi e, se necessario, di inoltro ad altre organizzazioni.

▪ ***Modifica delle relazioni sociali/istituzionali tra anziani e altri attori***

L'associazione aiuta e promuove l'utilizzo, da parte degli anziani, dei servizi esistenti, rendendoli accessibili (fornendo informazioni su come accedervi, dei criteri di eleggibilità, dei collegamenti tra servizi).

▪ ***Empowerment/aumento della capacità di esprimersi e incidere***

L'*AMPMV* lavora in maniera da permettere ai suoi beneficiari (per lo più beneficiarie) di scegliere che tipo di aiuto avere, che volontario scegliere e come mettersi in gioco nelle varie attività svolte dall'associazione, sia quelle autonome che quelle realizzate con altri partner. Un esempio interessante di attività svolta a partire dal sapere dalle anziane stesse è stato la creazione di un percorso turistico per la Baixa di Lisbona. Le anziane hanno disegnato il percorso sulla base delle loro memorie della città che fu. I turisti pagano 25 euro per fare questo percorso guidato da una o più anziane/i e tutto l'incasso viene destinato all'associazione.

11 Principali risultati dell'iniziativa

- l'ampliamento della platea di beneficiari di servizi di sostegno all'*ageing in place*;
- la connessione tra servizi esistenti e di difficile accesso da parte degli anziani;
- la fornitura di servizi atipici (si veda sopra) e non esistenti nella rete dei servizi di *welfare* locale;
- l'aggancio stabile di famigliari e altri soggetti nel sostegno delle persone anziane;
- l'aumento del senso di sicurezza nel vivere nella propria casa da parte di anziani (perlopiù anziane), persone che, benché avanti negli anni, presentano ancora buone capacità residue.

12 Punti di forza e fattori di successo

▪ ***Punti di forza e fattori di successo***

- La capacità di stabilire delle *partnership* con un alto numero di soggetti, anche molto diversi tra di loro;
- l'aver deciso di focalizzarsi su un territorio ben circoscritto e ad alto livello di criticità per quanto attiene la popolazione anziana ivi residente;
- l'aver deciso di non aumentare significativamente il proprio bacino di utenza con il passare degli anni;
- l'aver messo specificamente a tema gli effetti nefasti in termini di isolamento sociale e di potenziale solitudine di anziani che abitano in edifici senza ascensore o con scale non accessibili e/o pericolose;
- l'essere in grado di ingaggiare e mantenere una vasta rete di volontari;

- l'essersi dotati di un'équipe tecnica ad alto contenuto tecnico e professionale;
- l'aver sviluppato un modello di intervento con un forte valore pubblico, riconosciuto nell'ecosistema di welfare proprio per questa caratteristica;
- l'aver sviluppato servizi di raccordo tra altri servizi (sanitari e sociosanitari);
- l'essere piuttosto visibile nei *media*;
- l'essere altamente *accountable*, l'aver sviluppato un sistema di reporting e valutazione del proprio impatto sociale, la capacità di raccogliere dati e renderli pubblici (si veda AMPMV, 2015).

13 Punti di debolezza e fattori di rischio

- La mancanza di finanziamenti continuativi e certi;
- il non essere ancora in grado di inserire in modo stabile il proprio operato nell'alveo delle politiche pubbliche cittadine/di quartiere;
- il dipendere fortemente da contributi privati (potrebbe essere un fattore di rischio);
- il basso livello di risorse proprie e la ridotta capacità di generarne (dato che attualmente non superano il qualche migliaio di euro).

14 Potenziale in termini di policy: replicabilità e/o *up-scaling*

Il modello di intervento dell'associazione è scalabile ad altri contesti territoriali ma l'associazione non ha le forze per farlo in prima persona né intende perseguire questa strada. Questa scelta è stata vincente negli anni perché ha permesso di concentrarsi su un territorio e una popolazione piuttosto complessa. L'associazione, interpellata circa il proprio modello organizzativo da più parti, ha però svolto piccole attività di consulenza e *mentoring* per altre associazioni nel corso degli anni.

AMPMV ha vinto negli anni molti premi ed ha avuto diversi riconoscimenti per la sua attività a favore della popolazione anziana. A titolo di esempio (me ce ne sarebbero tanti altri), ha vinto nel 2018 il 'Troféu Português do Voluntariado', attribuito dalla Confederazione Portoghese del Volontariato all'*équipe* di volontari di prossimità. È stata inserita in uno studio sulle buone pratiche per *l'ageing in place* della Fundação Gulbekian del 2018 (Fonseca, 2018).

15 Fonti

▪ ***Riferimenti bibliografici e sul web***

AMP (senza data) 'Associação Mais Proximidade Melhor Vida'[website]. Accessibile su: https://www.mpmv.pt/. (Consultato: maggio 2020).

AMPMV (2019) *Relatório Anual de Atividade e Sustentabilidade 2018* [online], 20 marzo 2019. Accessibile su: https://issuu.com/mais_proximidade/docs/relat_rio_anual_ampmv_2018. (Consultato: maggio 2020).

AMPMV (2015) *Análise SROI 2012-2014* [documento interno].

Fonseca, A. (2018) *Boas Práticas de Ageing in Place. Divulgar para valorizar, Guia De Boas Práticas* [online], Fundação Calouste Gulbenkian/Faculdade de Educação e Psicologia – Universidade Católica Portuguesa. Accessibile su: https://content.gulbenkian.pt/wp-content/uploads/2018/05/15122919/ageing_in_place_web.pdf. (Consultato: maggio 2020).

Instituto Nacional de Estatística – Statistic Portugal (2020). 'Statisitcs: population' [database online]. Accessibile su: https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpgid=ine_tema&xpid=INE&tema_cod=1115. (Consultato: maggio 2020).

▪ ***Interviste a testimoni privilegiati***

Silva Patrícia, *Associação Mais Proximidade Melhor Vida*, Lisbona, tre interviste in videoconferenza tra maggio e luglio 2020.

16 Data chiusura del caso studio

La ricostruzione e l'analisi critica del caso studio si è conclusa nel luglio 2020.

17 Contatti

Referente del progetto:

Patrícia Silva, *Case manager* dell'~~associazione~~ *Associação Mais Proximidade Melhor Vida*

e-mail: patriciasilva@mpmv.pt

18 Ringraziamenti

Si ringrazia Patrícia Silva per il tempo che ha dedicato nel corso delle interviste e nel chiarire le logiche con cui opera l'associazione. La si ringrazia anche per il materiale fornito e utile alla stesura del caso studio e per i feedback forniti sul draft inviatole (scritto in italiano, il che ha richiesto energie di non poco conto).

19 Note

[1] https://rededlbclisboa.pt.

[2] https://cliprd.org/.

[3] https://www.facebook.com/prescricaosociallisboa/.

2.2. Servizi innovativi per la mobilità e progetti urbani *age-friendly*

Guida alla lettura

di Antonella Sarlo

I temi della progettazione e dell'adeguamento delle città alle esigenze delle persone anziane iniziano ad essere affrontati nelle politiche pubbliche a partire dal 2006, con il lancio del programma 'Age-friendly Cities and communities', presentato nella sessione di apertura del XVIII Congresso Mondiale di Gerontologia e Geriatria e supportato dall'Organizzazione Mondiale della Sanità. Nel 2007, l'OMS pubblica la Guida 'Global age-friendly cities'† – aggiornata poi nel 2017 – con l'obiettivo di incentivare le municipalità ad avviare azioni e progetti per diventare a misura di anziano. La metodologia suggerita nella Guida è stata adattata alle sperimentazioni condotte in numerose realtà urbane e i 'domini' originariamente definiti dall'OMS, sono stati modificati integrando elementi che non erano sufficientemente presenti, come ad esempio i social network e i temi relativi alla fruizione dello spazio urbano in sicurezza e protezione.

Le otto iniziative proposte in questo capitolo hanno come obiettivo generale quello di facilitare e rendere possibile la vita 'fuori casa' delle persone anziane, attraverso il potenziamento dei servizi per l'accompagnamento e la mobilità assistita all'esterno della abitazione, oppure sperimentando politiche di più ampio respiro collegate a strategie urbane di sviluppo e coesione sociale. Diverse sono le aree di sperimentazione (vedi Tabella 1) in cui queste pratiche, a volte anche molto complesse, applicano progettualità innovative, ma si possono identificare due principali gruppi:

a) Un primo gruppo riguarda progetti sviluppati dalle municipalità che affrontano il problema della mobilità delle persone anziane per la fruizione dei servizi e per facilitare la vita fuori casa (Progetto *Giuseppina*, *Anziani in rete*). Queste iniziative sono generalmente circoscritte alla scala locale, anche se vi sono interessanti esperienze in Veneto che coinvolgono più province (Progetto *STACCO*).
b) Il secondo gruppo riguarda progetti urbani *age-friendly*, alcuni dei quali si collocano nell'ambito della strategia 'Age-friendly cities and communities' e fanno parte del *network* dell'OMS (*Djion Ville-amie des aînés*, *Age-friendly Leeds*, *Euskadi Lagunkoia*). Sono progetti che presentano un livello elevato di complessità, per i temi trattati, per le azioni promosse, per i modelli di governance attivati e per le reti multilivello e multiattoriali promosse. Altre due pratiche (*Spazi Pubblici a Misura di Anziano*, *CITabilitY*), invece, circoscrivono il campo di azione delle città *age-friendly* allo spazio pubblco, sperimentando progetti mirati all'innalzamento dell'accessibilità e della fruizione in sicurezza di tali spazi.

Nella Tabella 1 gli otto progetti sono messi in relazione con le diverse aree di sperimentazione considerate. Emerge chiaramente come misure relative all'inclusione sociale attiva delle persone anziane e al lavoro intergenerazionale vengano sperimentate in tutte le pratiche; così come anche le azioni relative alla comunicazione/informazione e all'utilizzo di tecnologie digitali presentano una certa diffusione. Altro elemento che emerge con chiarezza è quello relativo alle molteplici aree di sperimentazione che le pratiche *age-friendly* affrontano, confermando la logica progettuale sistemica che le caratterizza.

† WHO (2007), Global age-friendly cities: a guide, World Health Organization

Tabella 1. Pratiche innovative e aree di sperimentazione per la mobilità e la città *age-friendly*

AREE DI SPERIMENTAZIONE	Progetti per la mobilità			Progetti urbani age-friendly				
	Giuseppina	Anziani in rete	STACCO	SPMA-Locarno	Age-friendly Leeds	DIVAA - Dijon	Euskadi Lagunkoia	CITability
Spazi pubblici accessibili e fruibili				XX	XXX	XXX	XX	XXX
Percorsi pedonali accessibili e sicuri				XXX	XX	XXX	XX	XXX
Toilette pubbliche accessibili				XXX	XXX	XXX	X	X
Servizi di accompagnamento sociale	XXX	XXX	XXX		X	X		
Trasporti pubblici accessibili e sicuri				XX	XXX	XXX	XX	XXX
Luoghi di sosta e di socializzazione attrezzati				XXX	XX	XXX	XX	XX
Edifici pubblici accessibili				X	XXX	XXX	X	
Creazione di edifici di riferimento					X	XXX		
Inclusione sociale attiva e lavoro intergenerazionale	XX	XXX	XX	XX	XXX	XXX	XXX	XX
Comunicazione, formazione e informazione	X	XX	X	XXX	XXX	XXX	XXX	XXX
Accesso alle tecnologie digitali	XX	X			XXX		XXX	
Processi di partecipazione dell'utenza anziana	X	XXX		XXX	XXX	XXX	XXX	XXX
Creazione di piattaforme innovative per la partecipazione	X				XX	XXX	XX	XX

Fonte: Ns. elaborazione.

Le iniziative

Progetto Giuseppina (Ferrara) è un'iniziativa rivolta a persone anziane fragili (di età superiore a 75 anni) che vivono sole o in coppia, in condizioni di disagio (per isolamento fisico, per rarefazione delle reti famigliari, per condizione economica) e che hanno difficoltà a spostarsi autonomamente in città. Il progetto risponde ai bisogni di mobilità di tali persone attraverso un servizio di accompagnamento sociale coniugato, in alcuni casi, con un servizio di teleassistenza telefonica.

Anziani in rete (Carpi e Unione Terre d'Argine) promuove servizi di trasporto e accompagnamento per le persone anziane, erogati da associazioni di volontariato coordinate dalla Onlus 'Anziani in rete' di Carpi, per favorire l'accesso e la fruizione di servizi socio-sanitari e ludico-ricreativi. Gli obiettivi del progetto presentano una duplice declinazione: da un lato, si vuole contribuire all'autonomia e alla socializzazione di anziani in condizioni di fragilità o soli, fornendo servizi di accompagnamento sociale; dall'altro, si coinvolgono nell'erogazione del servizio, volontari anziani che ancora guidano, facendoli sentire attori sociali, utili e in grado di 'fare qualcosa' per la loro comunità, al fine di evitarne l'isolamento.

STACCO (Veneto) è un'iniziativa, presente in cinque province venete, rivolta ad anziani, disabili e soggetti soli e fragili, ai quali viene offerto un servizio di trasporto e accompagnamento gratuito, finanziato dalla Regione e organizzato dalle associazioni di volontariato in coordinamento con gli enti locali.

Spazi Pubblici a Misura di Anziano-SPMA (Locarno) si propone di elevare la qualità della vita delle persone anziane attraverso la progettazione e realizzazione di spazi pubblici a misura della terza e della quarta età, prendendo in considerazione le raccomandazioni dell'OMS. Il progetto, caratterizzato da sinergie multiattoriali e multisettoriali, ha trovato un momento qualificante nel

processo partecipativo attivato che ha consentito di verificare le esigenze espresse dalla popolazione anziana della città.

Age-friendly Leeds. Strategy and Action Plan 2019-22, è un progetto inserito nella rete dell'OMS, che vuole fare di Leeds la 'migliore città in cui invecchiare', un luogo cioè dove le persone anziane siano incluse, considerate e apprezzate e dove si investano risorse per creare condizioni favorevoli all'invecchiamento sereno ed attivo. Tale strategia è stata inserita tra le otto priorità del Best Council Plan 2019-21 che acquisisce l'impalcato dell'Action Plan 2019-22 e lo integra con le altre priorità strategiche individuate per la città e con le sperimentazioni già avviate negli anni precedenti.

DIVAA – Dijon Ville-amie des aînés è un progetto, anch'esso inserito e segnalato come buona pratica nella rete OMS, che promuove l'inclusione e il senso di comunità all'interno della città. L'obiettivo del progetto non è costruire una città dedicata agli anziani, né limitare l'approccio a una risposta medico-sociale, ma 'pensare' la città in un progetto più ampio e ambizioso e lavorare per potenziarne le capacità evolutive in termini di innalzamento della qualità della vita. L'azione intrapresa dalla municipalità è impostata simultaneamente come politica urbana e progetto di pianificazione del territorio: la città si pone l'obiettivo di integrare l'aumento del numero di anziani (legato sia alle dinamiche demografiche, che ai processi di inurbamento) nelle sue dinamiche di sviluppo. La prospettiva intergenerazionale che caratterizza lo sviluppo delle iniziative a misura di anziano è uno dei pilastri del progetto.

Euskadi Lagunkoia (Paesi Baschi) è un progetto lanciato in via sperimentale nel 2012-13 ed incluso nel quadro della 'Estrategia Vasca de Envejecimiento Activo 2015-20'. Si basa sul principio che il prolungamento della vita attiva e autonoma delle persone sia strettamente interconnesso con l'accessibilità universale degli spazi pubblici, con la fruibilità in sicurezza dell'ambiente costruito e con l'adeguatezza degli ambienti domestici. Tale iniziativa, inserita anch'essa nella rete dell'OMS e segnalata come buona pratica, è stata avviata inizialmente alla scala municipale (nella città di Donostia/San Sebastián) ed è stata replicata successivamente in altre città della regione basca. Questa dinamica ha determinato il passaggio da un'azione a scala municipale ad una di livello regionale. Il progetto 'Euskadi Lagunkoia' promosso ed attuato dal Dipartimento per le politiche sociali e del lavoro del Governo regionale basco e dall'Istituto gerontologico di Matia, coinvolge oggi più di 65 comuni.

CITabilitY (Santarcangelo di Romagna), è un progetto finalizzato all'elaborazione di indirizzi e criteri per la rigenerazione dello spazio pubblico pedonale e mira a definire, attraverso la promozione di un processo partecipativo, un 'Patto di collaborazione' per realizzare spazi pubblici urbani universalmente accessibili. L'iniziativa vuole avviare una riflessione/sperimentazione sull'accessibilità della città, valorizzando il contributo che viene dalla partecipazione di persone con diverse disabilità e differenti punti di vista. Il presupposto di partenza è superare l'impianto culturale dei PEBA (Piani Eliminazione Barriere Architettoniche), per arrivare alla concezione più moderna dei 'Piani di accessibilità'.

Il tipo di iniziativa, gli attori e i rapporti con il sistema

Le iniziative considerate presentano caratteristiche differenti rispetto ai due gruppi individuati. I primi tre progetti che sono finalizzati a favorire la mobilità fuori casa attraverso servizi di accompagnamento sociale, presentano una scala di azione locale, soprattutto urbana, e sono, in due casi su tre, promossi da amministrazioni pubbliche (comune di Ferrara e Regione Veneto); tutti sono finanziati o co-finanziati da amministrazioni pubbliche (locali e regionali) e per alcune tipologie di servizio è previsto un contributo da parte degli utenti (Anziani in rete). In tutte e tre le esperienze considerate, la gestione è affidata ad organizzazioni non profit, di tipo caritatevole (associazioni, fondazioni, charities).

Gli altri cinque progetti, orientati a creare contesti urbani *age-friendly*, presentano una scala di azione urbana e/o metropolitana, ma quello basco (Euskadi Lagunkoia) coinvolge anche una scala

di programmazione regionale (regia del progetto), mentre resta locale a livello attuativo. Tutti e cinque i progetti sono promossi e coordinati dalle amministrazioni pubbliche cui si affianca una rete di soggetti molto ampia e articolata. Queste iniziative si configurano in tre casi come azioni di sistema, integrate e coordinate da una forte regia pubblica e inserite nella rete mondiale dell'OMS di cui rappresentano buone pratiche. Elemento comune a tutte è il coinvolgimento e la partecipazione attiva delle persone anziane nella definizione del quadro dei bisogni e anche nell'individuazione delle possibili soluzioni. Interessante appare il Progetto *CITabilitY*, che sperimenta un processo partecipativo della comunità locale per promuovere l'accessibilità ambientale, intesa come l'attitudine di luoghi, prodotti e servizi ad essere identificabili, raggiungibili, comprensibili e fruibili autonomamente, in condizioni di comfort e di sicurezza, da parte di chiunque.

Le risorse mobilitate

Tra gli otto progetti considerati solo uno (*Anziani in rete*) si autofinanzia attraverso una molteplicità di azioni (donazioni, convenzioni, contributo da parte degli utenti per servizi di accompagnamento sociale extracomunali), le altre sette iniziative invece presentano un determinante, anche se spesso non esclusivo, impegno di risorse finanziarie pubbliche. Da sottolineare come l'impegno finanziario pubblico in molti casi (Dijon, Leeds, Locarno) diventi consistente, perché le amministrazioni programmano e integrano politiche e fondi differenti. In tutti i casi considerati è da sottolineare il forte coinvolgimento del mondo dell'associazionismo e del volontariato.

Le dimensioni innovative

I progetti, pur se con intensità molto diverse, si muovono sulla linea della sperimentazione, razionalizzazione e innovazione dei sistemi di prevenzione volti a contrastare la solitudine e l'isolamento delle persone anziane. Le iniziative che rientrano nella Strategia *Age-friendly* cities dell'OMS, presentano poi una forte carica innovativa e processuale, promuovendo azioni coordinate per l'adeguamento dei contesti spaziali (dall'alloggio alla città) alle persone anziane. Tra gli elementi innovativi nelle sperimentazioni considerate, si sottolineano:

- la visione strategica legata al ruolo della città, alla qualità della vita e alla valorizzazione del capitale umano (Leeds, Dijon, Paesi Baschi);
- l'integrazione di politiche e finanziamenti (di inclusione sociale e welfare, urbanistiche, dei trasporti, ecc.);
- l'integrazione delle dimensioni progettuali: spaziale, sociale e per l'innalzamento della qualità della vita;
- la partecipazione strutturale delle persone anziane che in alcune esperienze giunge alla co-progettazione.

Punti di forza/fattori di successo e punti di debolezza/fattori di rischio

In tutti i casi esaminati, tra i principali punti di forza va menzionata la capacità di rispondere a bisogni non soddisfatti, di un determinato territorio. Un secondo punto di forza comune a tutte le esperienze è il ruolo attivo e proattivo del volontariato che possiamo considerare un'invariante strutturale dei progetti attivati. Da sottolineare altresì come queste pratiche abbiano consolidato positivamente prassi operative di collaborazione e scambio tra associazioni di volontariato, servizi sociali del territorio e amministrazioni pubbliche locali.

Per i tre progetti di accompagnamento sociale, va rilevata la forte personalizzazione degli interventi (con volontari dedicati) e l'attenzione alla creazione di rapporti interpersonali di fiducia. Tra i fattori di successo di queste iniziative va sicuramente rilevata la capacità di rispondere alle esigenze di socializzazione delle persone anziane, coprendo così un bisogno difficilmente esigibile. Tra i punti di debolezza emerge come questione cruciale la sostenibilità in termini di risorse sia finanziarie, che umane e professionali.

Negli otto progetti per città *age-friendly*, i principali fattori di successo e i punti di forza risiedono nella sperimentazione di una metodologia di lavoro partecipata e co-prodotta da pubblico/volontariato/privato, nella costruzione di un sistema di governance allargata (la rete del progetto) efficace ed efficiente e nella continuità nel tempo della strategia. Rilevante appare poi la capacità politico-programmatica e progettuale dell'ente locale sia nel coordinare ed integrare politiche settoriali e fondi connessi, sia nel costruire reti e partenariati di ampio respiro (Dijon, Leeds, Paesi Baschi). Altro fattore di successo risiede nel processo di sensibilizzazione delle comunità locali sui temi legati alle 'Age-friendly Cities' e nella creazione di partnership di quartiere ampie e proattive.

Tra i punti di debolezza si può registrare un'attività di valutazione ancora troppo timida e in alcuni casi (*CITabilitY*) una partecipazione un po' limitata. Resta sempre il fattore di rischio legato alla sostenibilità finanziaria nel tempo di queste iniziative.

Gli otto casi studio

20. Progetto Giuseppina, *Sabrina Quattrini*

21. Anziani in rete, *Sabrina Quattrini*

22. STACCO, *Sabrina Quattrini*

23. Spazi Pubblici a Misura di Anziano-SPMA, *Antonella Sarlo*

24. Age-friendly Leeds, *Antonella Sarlo*

25. DIVAA – Dijon Ville-amie des aînés, *Antonella Sarlo*

26. Euskadi Lagunkoia, *Antonella Sarlo*

27. CITabilitY, *Francesco Bagnato*

IN-AGE - INclusive AGEing in place
Laboratorio Politiche Sociali, Politecnico di Milano
Dipartimento Architettura e Territorio, Università Mediterranea di Reggio Calabria
Centro Ricerche Economico-Sociali per l'Invecchiamento, INRCA-IRCCS, Ancona

20 GIUSEPPINA
Accompagnamento sociale e sanitario

di Sabrina Quattrini
Centro Ricerche Economico-Sociali per l'Invecchiamento, INRCA-IRCCS, Ancona.

1 Breve descrizione dell'iniziativa

Nel corso del 2007, a Ferrara, si è dato avvio ad un Progetto sperimentale, denominato *Giuseppina* (dal nome della zia del dirigente comunale del tempo, che voleva rappresentare il nome di una tipica utente dell'accompagnamento sociale, cioè una donna anziana sola) (Comune di Ferrara, 2020a), rivolto agli anziani residenti nelle Circoscrizioni del Comune di Ferrara, soprattutto donne sole (l'80% degli utenti), con particolare riferimento agli ultrasettantacinquenni che vivono soli al proprio domicilio. «Il progetto prevede fra le altre attività la messa in rete di mezzi di trasporto di associazioni e organismi del terzo settore, per offrire l'opportunità alle persone di 75 anni e oltre di aumentare le proprie possibilità di socializzazione, in particolare permettendo loro di essere accompagnate, in caso di mancanza di autonomia e reti familiari, per effettuare visite mediche e terapie, fare la spesa o raggiungere luoghi di aggregazione sociale» (Centro H – Informahandicap, 2020). Il progetto prevede inoltre un servizio di assistenza telefonica.

Il progetto, fino al 2015, ha offerto anche la possibilità di effettuare ginnastica a domicilio, per piccoli gruppi di vicini/amici; oggi questa attività non è più svolta all'interno del progetto, ma gestita autonomamente dall'Associazione UISP.

Per un certo periodo sono stati consegnati al domicilio spesa e farmaci, con il supporto di piccoli commercianti via via sostituiti da supermercati più grandi, e da farmacie. Attualmente tali attività non vengono più svolte in modo sistematico all'interno del progetto, ma sono delegate alle singole associazioni.

2 Luogo

ITALIA, Emilia-Romagna, **Comune di Ferrara.**

3 Contesto territoriale

- ***Tipologia di area***

Il Comune di Ferrara al 2016 presenta i seguenti dati (Comuni-Italiani.it, 2019):

- la popolazione residente è pari a 132.009 abitanti con una dinamica di crescita tra il 2001 e il 2016 pressoché nulla (incremento dello 0,7%);
- è il secondo comune più densamente popolato (326,5 abitanti/kmq) della provincia;
- la popolazione ha un'età media di 48,4 anni;
- le persone con più di 65 anni di età sono il 27,7% del totale e l'indice di vecchiaia è pari al 260%;
- la percentuale di stranieri residenti sul totale della popolazione è pari al 9,6%;
- è il comune con reddito medio pro capite più alto, pari a 18.375 euro, nella provincia.

- ***Scala di azione***

Il modello di intervento di *Giuseppina* si basa sul coinvolgimento delle associazioni di volontariato attive nella comunità, principalmente al fine di fornire un servizio di accompagnamento sociosanitario agli anziani fragili che hanno bisogno di spostarsi in ambiti territoriali che vanno

dal quartiere al comune. La scala di intervento è quindi il territorio comunale ed essendo il Comune di Ferrara molto esteso, l'intervento può avere un raggio di azione che supera i 20 km.

Per quanto riguarda il servizio di ginnastica a domicilio, che ha fatto parte del Progetto *Giuseppina* fino al 2015, la scala dell'iniziativa è l'alloggio. Gli utenti, organizzati in gruppi di due/tre anziani residenti in stabili vicini, a turno mettevano a disposizione la propria abitazione, per accogliere l'operatore/educatore specializzato in attività fisica.

4 Tipologia dell'iniziativa e approccio

▪ ***Tipologia***

Politica pubblica di livello locale/comunale, che si avvale anche delle associazioni di volontariato attive sul territorio di Ferrara.

▪ ***Soggetti attuatori***

Il Progetto *Giuseppina* nasce nel 2007 su progettualità congiunta dell'Assessorato alla Salute e ai Servizi alla Persona del Comune di Ferrara (coordinatore), in collaborazione con l'Assessorato alle Attività Produttive e Decentramento, e prevede il coinvolgimento di una vasta rappresentanza di associazioni di volontariato e di soggetti attivi sul territorio estense, sotto elencati, coordinati dalla Cooperativa Sociale Onlus 'Integrazione Lavoro' di Ferrara, che funge da perno dell'organizzazione. Questa Onlus ha la maggior parte dei mezzi, effettua la maggior parte degli accompagnamenti, raccoglie le richieste e organizza i viaggi di tutte le organizzazioni coinvolte.

▪ ***Altri soggetti coinvolti (rete mobilitata dal progetto)***

Nel dettaglio l'organizzazione ha coinvolto:

- l'ASP – Centro Servizi alla Persona di Ferrara, che si è ufficialmente costituita l'1 gennaio 2008, a seguito della LR n. 2 del 2003 che ha determinato lo scioglimento degli IPAB (Istituti Pubblici di Assistenza e Beneficenza) e la loro conversione in Fondazioni, oppure la loro fusione per diventare Aziende Pubbliche di Servizi alla Persona, di tipo sociale e socio-sanitario. In complesso, dal 2003 in poi ne sono state costituite 45 in tutta la Regione.
- Le Cooperative Sociali 'l'Isola' e 'Camelot', affiliate ad ARCI e ACLI, che hanno effettuato il preliminare studio sulla popolazione nel 2005 (propedeutico all'avvio del progetto, al fine di esplorare i bisogni degli anziani Ferraresi), ma che si sono successivamente sciolte.
- Piccoli esercizi commerciali, supermercati, farmacie, parrocchie, centri sociali, medici di base del territorio coinvolti inizialmente nel progetto non senza qualche problema come nel caso dei medici di base il cui contributo è stato molto ridotto e attualmente quasi del tutto scomparso.
- CUP 2000, società consortile per azioni a totale ed esclusivo capitale pubblico, oggi incorporata in Lepida che si è occupata di attività informatiche per conto del comune e della regione, con cui si è avviato un progetto di teleassistenza tramite numero verde, nel 2004, in parallelo con il progetto 'Uffa che afa' (conseguente alle numerose morti per caldo dell'estate del 2003).
- Un ampio numero di soggetti del terzo settore, quali associazioni di volontariato e promozione sociale:
- Auser Volontariato Ferrara;
- ANTEAS Ferrara;
- ATEDA Associazione Onlus trasporto estense;
- FERRARA ASSISTENZA (che si è sciolta nel 2017);
- 'Vivere Insieme', Comitato che raccoglie le associazioni dei cittadini residenti nel quartiere di Pontelagoscuro;
- UISP, che si è occupata fino al 2015 di organizzare la ginnastica a domicilio per il Progetto *Giuseppina*, ma che oggi gestisce il servizio in totale autonomia.

▪ ***Fonti di finanziamento***

Una parte cospicua del finanziamento del Progetto *Giuseppina* è da ascrivere al Fondo Regionale per la Non Autosufficienza (FRNA) che raccoglie più di 500.000 euro, provenienti dalla tassazione

regionale. Tuttavia è prevista l'integrazione da parte degli utenti, con una compartecipazione, seppur minima, alla spesa per accompagnamento sociale, e da parte delle associazioni di volontariato.

Dal momento che i bisogni coperti dal Progetto *Giuseppina* non sono codificati come essenziali, l'aiuto delle associazioni e delle cooperative, che forniscono i mezzi e dei volontari che mettono a disposizione il loro tempo sono indispensabili.

▪ ***Approccio***

Il progetto segue un modello sociale di organizzazione che nelle sue prime fasi è partito dall'alto, dal Comune di Ferrara, ma nel corso del tempo si è delegata gran parte dell'attività alle associazioni di volontariato, con un ruolo di regia da parte della Onlus 'Integrazione Lavoro', quindi l'approccio è diventato principalmente dal basso. Tra il Comune e le associazioni sussiste tuttora un rapporto di coproduzione di alcune prestazioni che sono state rese possibili dalla scesa in campo massiccia del terzo settore.

Giuseppina rappresenta un esempio di positiva collaborazione tra i soggetti del terzo settore e il Comune di Ferrara, per l'ampliamento delle opportunità di inclusione sociale delle persone vulnerabili. Inoltre, si caratterizza per essere stata la prima sperimentazione (fra il 2005 e il 2007) di un modello di 'welfare pubblico partecipativo' che coinvolge associazioni e singoli cittadini con un mandato aperto, per individuare nella comunità di riferimento non solo i problemi ma anche le risorse (spesso informali) e soluzioni, con l'Ente Locale che gioca principalmente un ruolo di indirizzo, facilitazione e sostegno in una logica di *governance* dei processi comunitari.
È, sostanzialmente, un preludio al modello del Community Lab, che la Regione Emilia-Romagna ha condiviso e promosso negli anni successivi.

▪ ***Target e beneficiari***

Target: Il progetto è rivolto ai cittadini anziani di età maggiore di 75 anni, residenti nel Comune di Ferrara, fragili ma non istituzionalizzati, che vivono soli, o in coppia e fronteggiano condizioni di potenziale disagio, quali: i) vivono in luoghi isolati; ii) sperimentano la rarefazione delle reti familiari e sociali; iii) hanno un basso reddito; iv) presentano difficoltà di movimento ma sono comunque in grado di uscire dalla propria abitazione in autonomia, o in carrozzina ma accompagnati da familiari o badanti. Sebbene gli autisti non siano autorizzati ad utilizzare montascale e lettighe, sono comunque di aiuto nel far salire/scendere gli utenti dai mezzi di trasporto (Redazione La nuova Ferrara, 2016).

Per quanto riguarda le attività di ginnastica a domicilio, che non fanno più parte del progetto dal 2016, il target sono anziani ultra 75enni in condizioni psicofisiche che non ne impediscono totalmente il movimento. Poiché l'attività non è di tipo fisioterapico, le patologie devono comunque consentire all'anziano l'esecuzione di movimenti in modo autonomo e con l'ausilio di piccoli attrezzi. Individualizzando l'intervento è possibile agire anche in presenza di patologie parzialmente invalidanti. In tal caso obiettivi e settori d'intervento saranno meglio specificati a seconda delle esigenze e dei bisogni emersi dopo una fase di osservazione (Comune di Ferrara – Redazione Cronaca Comune, 2008). «I minigruppi vengono creati in base alla vicinanza tra le abitazioni o all'esistenza di eventuali legami di amicizia già esistenti» tra i partecipanti (Redazione Estense.com, 2014).

Beneficiari: Al 2016 risultavano iscritti al Progetto Giuseppina circa 2.000 anziani, di questi circa 400 ricevono anche il servizio di teleassistenza (Redazione La nuova Ferrara, 2016).
Per la ginnastica a domicilio, svolta in autonomia dalla UISP, attualmente sono coinvolti 83 soggetti (anno 2020).

5 L'iniziativa

▪ ***Ambito di intervento***

1. Pratiche innovative che riguardano la vita *in casa* dell'anziano.
   1.1. Servizi innovativi a domicilio.
2. **Pratiche innovative che riguardano la vita *fuori casa* degli anziani.**
   2.2. Servizi innovativi per la mobilità e Progetti urbani *age-friendly.*

▪ ***Obiettivi***

L'obiettivo principale dell'iniziativa è «favorire la permanenza al proprio domicilio degli anziani ultrasettantacinquenni, fragili e privi di supporti familiari nel comune di Ferrara, aiutandoli a conservare la propria autonomia con una serie di interventi concreti, soprattutto negli spostamenti» (CUP 2000, 2007), attraverso la fornitura di accompagnamento sociale personalizzato, e anche di teleassistenza, per chi ne fa richiesta.

Gli obiettivi specifici sono:

- promuovere una mobilità sociale sostenibile (accompagnamento sociale);
- prevenire/ridurre l'esclusione sociale, l'isolamento, la solitudine, l'abbandono (accompagnamento sociale, teleassistenza, ginnastica a domicilio);
- valorizzare il ruolo del terzo settore (volontariato e cooperazione sociale) nella creazione di una rete a sostegno della fragilità in stretto collegamento con gli enti locali (accompagnamento sociale, teleassistenza);
- sostenere e sviluppare le reti sociali di comunità (supporto per la spesa, per i farmaci);
- fungere da motore sociale di aggregazione con valorizzazione di momenti di socialità nei quali accanto alla pratica motoria si creano e si condividono nuovi legami di amicizia fra persone anziane residenti nello stesso quartiere (ginnastica a domicilio).

6 Temporalità

Il progetto è stato avviato nel 2007, dopo un preliminare studio sui bisogni della popolazione ferrarese svoltosi nel 2005, e dopo incontri di confronto con medici di base, parrocchie, centri sportivi per anziani, per capire come rispondere ai bisogni emersi.

Inizialmente, era prioritaria la *dimensione sociale* dell'accompagnamento; successivamente si è aggiunta in modo massiccio la *dimensione sanitaria* (visite e terapie non invasive), con il 60% degli accompagnamenti attualmente effettuati a tale scopo.

Fino al 2016, il Comune di Ferrara ha gestito il progetto prima direttamente, poi attraverso l'ASP 'Centro Servizi alla Persona', stipulando convenzioni con le singole associazioni partecipanti.

Dal 2016 la situazione si è modificata a seguito delle nuove norme previste dal Codice del Terzo Settore. Al Comune di Ferrara competono attività quali: la ricerca di risorse, la verifica periodica e il monitoraggio delle attività svolte dalle associazioni. A livello strategico esiste una cabina di regia unica in cui i responsabili del Comune e dei Servizi Sociali (delegati all'ASP) insieme ai referenti della Cooperativa Sociale Onlus 'Integrazione Lavoro', effettuano verifiche periodiche sull'andamento del progetto, per adattarlo continuamente alle nuove esigenze che emergono.

Sempre nel 2016, a valle del Bando rivolto ad associazioni del terzo settore per la co-progettazione del Progetto Giuseppina (pubblicato alla fine del 2016), è stata avviata tale attività con la Cooperativa Sociale Onlus 'Integrazione Lavoro', che ha coordinato le attività svolte da tutte le associazioni partecipanti, e ha inoltre messo a disposizione un nuovo numero telefonico, in sostituzione del precedente numero verde.

A luglio 2020 è stata affidata ancora la gestione delle attività del Progetto *Giuseppina* alla Società Cooperativa 'Integrazione Lavoro', fino ad aprile 2021.

Nell'autunno del 2020 è stato avviato il procedimento amministrativo per far entrare anche il Comune di Voghiera nel progetto (Fergnani, 2020a).

Da marzo a luglio 2020 sono state sospese momentaneamente le attività del progetto, a causa dell'emergenza pandemica da Covid-19.

7 Origine, radici, principali tappe del progetto

▪ ***Le origini e le radici***

L'urgenza di trovare soluzioni per aiutare quella parte di popolazione anziana particolarmente bisognosa di assistenza ha spinto il Comune di Ferrara ad adottare il Progetto *Giuseppina*. Il tutto

è partito nel 2007 allorquando il dirigente regionale di settore si è reso conto che l'assistenza alle persone anziane stava diventando una vera necessità.

Da premettere che nel 2004 la Società CUP 2000, che si occupava già di attività informatiche per conto del comune e della regione, gestiva un numero verde relativo al Progetto di teleassistenza *Uffa che afa* (conseguente alle numerose morti per caldo dell'estate del 2003). Dopo due anni, la stessa *partnership* ha pensato di realizzare il Progetto *Giuseppina*, inizialmente usando lo stesso numero verde, con CUP 2000 che gestiva la raccolta di domande.

Inoltre, dopo la LR n. 2 del 2003 dell'Emilia-Romagna per il superamento degli IPAB (Istituti Pubblici di Assistenza e Beneficenza), questi istituti negli anni si sono sciolti e si sono in parte trasformati in fondazioni, e in parte si sono fusi con altri enti, trasformandosi in oltre 40 Aziende Pubbliche di Servizi alla Persona (ASP) per l'erogazione dei servizi. A Ferrara, dal 2008, anno di costituzione dell'ASP, a questa è stata affidata la gestione del Servizio Sociale da parte del Comune. Fra le attività delegate dal Comune di Ferrara all'ASP dal 2014 al 2016 vi è stato anche il Progetto *Giuseppina*.

Il Progetto *Giuseppina* è nato quindi nel 2007 su progettualità congiunta dell'Amministrazione comunale di Ferrara e realtà del terzo settore per dare risposte al diritto alla mobilità degli ultrasettantacinquenni fragili, impossibilitati ad usare i mezzi di trasporto pubblici in autonomia, fornendo una prestazione che li agevola negli spostamenti fuori casa, con o senza accompagnatore privato o volontario, e attraverso la messa in rete di pulmini da parte delle associazioni del territorio.

Inizialmente il Progetto *Giuseppina* è stato associato al Progetto *MuoverSi*, rivolto a persone adulte (dai 18 ai 65 anni) con disabilità, residenti a Ferrara, che necessitano di accompagnamento sociale.

- ***Principali tappe del progetto***

Nel 2005, prima dell'inizio del progetto, 6.500 anziani ferraresi sono stati invitati a partecipare ad un'accurata indagine, coordinata dalle Cooperative 'l'Isola' e 'Camelot', volta all'individuazione dei rispettivi bisogni. Sono emerse esigenze legate soprattutto alla possibilità di muoversi fuori casa, di svolgere attività motoria, e di avere supporto per acquisto di spesa e farmaci.

Successivamente, sempre in questa fase preliminare, è stato avviato un confronto (attraverso incontri nelle otto circoscrizioni in cui allora era diviso il Comune) con medici di base, parrocchie, centri sportivi per anziani, per discutere chi potesse mettere a disposizione i mezzi necessari per rispondere alle esigenze della popolazione.

Quando le attività precedentemente descritte si sono concretizzate con possibili risposte alla popolazione *target*, il Comune di Ferrara, nel 2007, ha assunto la regia e il coordinamento del Progetto *Giuseppina*.

Nelle fasi iniziali, si sono avuti alcuni problemi con le associazioni dei taxisti che, essendo i principali fornitori di servizi di trasporto alla popolazione, ritenevano di subire un'ingiusta concorrenza da parte delle attività progettuali; quindi nel tempo si è evitata una terminologia che contenesse il concetto di 'servizio' e di 'trasporto' prediligendo quello di accompagnamento sociale, effettivamente previsto dal progetto.

Fino al 2016, il Comune di Ferrara ha gestito il progetto prima direttamente, poi attraverso l'ASP 'Centro Servizi alla Persona', stipulando convenzioni con le singole associazioni partecipanti. Successivamente si è promossa una co-progettazione con la Cooperativa Sociale Onlus 'Integrazione Lavoro', che ha coordinato le attività svolte da tutte le associazioni partecipanti, e ha inoltre messo a disposizione un nuovo numero telefonico, in sostituzione del precedente numero verde.

Dal 2016 la situazione si è evoluta a seguito delle nuove norme previste dal Codice del Terzo Settore. Al Comune di Ferrara competono attività quali: la ricerca di risorse, la verifica periodica e il monitoraggio delle attività svolte dalle associazioni. A livello strategico si ha attualmente una cabina di regia unica in cui i responsabili del Comune e dei Servizi Sociali (delegati all'ASP)

insieme ai referenti di 'Integrazione Lavoro', effettuano verifiche periodiche dell'andamento del progetto, per adattarlo continuamente alle nuove esigenze che emergono.

Per aderire al progetto, le persone telefonano ad 'Integrazione Lavoro', che compila una scheda di adesione con tutti dati necessari. La stessa organizza inoltre l'accompagnamento, tiene i rapporti coi cittadini aggiornando la scheda individuale e inviando *report* settimanali ai Servizi Sociali del Comune.
Il Comune di Ferrara è capofila del Distretto Centro Nord che comprende anche altri comuni oltre il capoluogo che, da solo, accoglie l'80% della popolazione del Distretto. Da sottolineare che i problemi della città, con la grande estensione delle proprie frazioni, non sono minimamente paragonabili a quelli dei comuni più piccoli, dove le necessità di accompagnamento sociale vengono affrontate e soddisfatte tramite accordi con associazioni locali.

Dettaglio delle principali attività

a) *Accompagnamento sociale e sanitario:* è effettuato da associazioni di volontariato o cooperative sociali, che mettono a disposizione il proprio tempo, la propria struttura organizzativa e i propri mezzi in base alle risorse di cui dispongono. Il perno, attorno a cui ruotano tutte le attività, è la Cooperativa 'Integrazione Lavoro' che raccoglie le richieste e organizza gli accompagnamenti sia con i propri mezzi, sia attivando le altre associazioni di volontariato che tuttora partecipano al progetto. «Fino al 2017, sono stati erogati 3.361 accompagnamenti (pari al 72,3%) su un totale di 4.649 richieste» (Comune di Ferrara – Redazione Cronaca Comune, 2017a). La differenza è dovuta a cause diverse (disattivazioni, mancanza di requisiti, assenza dell'utente o dell'associazione). Le principali motivazioni di richieste di accompagnamento erogate nel 2017 (3.361) sono soprattutto sanitarie, sociali e di necessità personale e, come illustrato qui di seguito, per un buon 30% sono relative ad attività di socializzazione: «visita 30%; terapia 30%; dialisi 10 %; socializzazione 30%» (Comune di Ferrara – Redazione Cronaca Comune, 2017b). L'accompagnamento si attiva su prenotazione da parte dell'utente. Oltre all'accompagnamento sociale e sanitario, il Comune di Ferrara, continua comunque a investire su una rete di trasporti pubblici in grado di servire anche gli utenti con difficoltà di movimento negli spostamenti.

b) *Teleassistenza:* consiste in una chiamata telefonica periodica da parte di operatori specializzati, che accertano le condizioni di salute degli anziani, facendoli parlare e non sentirsi abbandonati.

c) *Spesa a domicilio:* inizialmente effettuato da negozi medio piccoli di quartiere, tuttavia con possibilità di scelta limitata, è stato nel tempo sostituito/effettuato da supermercati più grandi, come la COOP. Per evitare che tale servizio compromettesse i normali contatti sociali tra famiglie e anziani o il mantenimento dell'autonomia residua degli anziani si è preferito, ove possibile, accompagnare l'anziano a fare la spesa.

d) *Ginnastica a domicilio:* rappresenta l'attività dedicata agli ultrasettantacinquenni della città, nata nell'ambito del Progetto *Giuseppina* e poi svolta in autonomia dall'Associazione UISP. Tale attività prevedeva incontri periodici con piccoli gruppi di anziani, presso il domicilio di uno di loro, durante i quali effettuare esercizi di ginnastica dolce, volti a migliorare la mobilità e a stimolare la socializzazione tra pari. La ginnastica a domicilio è ad oggi una delle attività prevalenti dell'Associazione UISP, e rappresenta un'importante iniziativa pienamente in linea con le finalità del Piano Sociale Regionale dedicato alla popolazione anziana, ovvero la 'presa in carico leggera' dell'anziano finalizzata alla prevenzione delle fragilità (Redazione Estense.com, 2014).

8 Agency e relazioni con il sistema

▪ ***Principali attori ed eventuale leadership***

Il progetto è coordinato dall'Assessorato ai Servizi alla Persona del Comune di Ferrara, in collaborazione con l'Assessorato alle Attività Produttive e gli uffici di Delegazione. Coinvolge l'ASP Centro Servizi alla Persona di Ferrara, e un ampio numero di associazioni di volontariato e promozione sociale.

▪ ***Relazioni con il sistema***

Iniziativa inserita in contesto legislativo/di *policy*/programmatico.

▪ ***Cosa è rimasto del progetto***

Attualmente il progetto è in corso di svolgimento e sono attive tutte le attività descritte; circa 2.000 anziani ferraresi sono iscritti al Progetto *Giuseppina* (di questi circa 400 ricevono il servizio di teleassistenza).

9 Risorse mobilitate (finanziarie, umane, organizzative, politiche)

▪ ***Risorse finanziarie***

Le risorse finanziarie derivanti dal FRNA (Fondo Regionale per la Non Autosufficienza) dell'Emilia-Romagna destinate al Progetto *Giuseppina* ammontano a circa 85.000 euro annui.
Il finanziamento deliberato per il periodo dal 4 agosto 2020 al 3 agosto 2021 delle attività congiunte dei Progetti *Muoversi* e *Giuseppina*, è di 168.013,64 euro (Comune di Ferrara, 2020c; Comune di Ferrara (Servizio Appalti, Provveditorato e Contratti) – Redazione Cronaca Comune, 2020).
La realizzazione del progetto, sostenuta dal Comune di Ferrara, prevede una compartecipazione minima dei cittadini alla spesa di accompagnamento sociale, con tariffe rimaste invariate nel tempo già da alcuni anni, comprese tra 2 e 8 euro, in base alle diverse fasce chilometriche dei viaggi:

- da 0 a 10 km: viaggio singolo 2 euro; andata/ritorno 4 euro;
- da 10 a 20 km: viaggio singolo 4 euro; andata/ritorno 6 euro;
- oltre 20 km: viaggio singolo 6 euro; andata/ritorno 8 euro. (Centro H – Informahandicap, 2020).

▪ ***Risorse umane, organizzative e politiche***

- Risorse delle associazioni del terzo settore, sia umane (volontari e operatori) sia materiali (rete di pulmini);
- risorse organizzative dell'amministrazione comunale (assessorati coinvolti);
- risorse private di commercianti, farmacie, medici di base, CUP 2000.

10 Dimensioni innovative

- Caratteristica innovativa per eccellenza di questa esperienza è la *valenza sociale*, il desiderio di fare un percorso che crei legami e recuperi il senso di comunità, fornendo «un servizio che crea salute nel momento stesso in cui si attiva» (Brasile, 2018).
- È innovativa anche la *modalità di individuazione del bisogno*, che fin dai primordi del progetto avviene traendo spunto dai reali bisogni espressi dalle persone.
- Innovativo inoltre il *modello di intervento* caratterizzato da una forte integrazione tra programmazione socio-sanitaria e terzo settore, in cui il Comune non gestisce più direttamente le attività, che sono invece demandate alle associazioni.
- Infine, da sottolineare la *facilità di adesione*, sia per i cittadini, sia per le associazioni che intendono entrare a far parte del consorzio, per cui è sufficiente manifestare l'interesse ad 'Integrazione Lavoro' e comunicare di quali risorse si dispone, in termini di mezzi, autisti, e volontari.

▪ ***Soddisfazione di bisogni non coperti dal sistema di cura***

L'analisi delle risposte della popolazione intervistata nella fase preliminare del progetto ha evidenziato come il supporto negli spostamenti, la consegna di spesa e farmaci a domicilio, e la ginnastica a domicilio siano esigenze principali non coperte dal sistema di cura in essere. A tali esigenze, monitorate nel tempo, il Progetto *Giuseppina* cerca di dare risposte concrete, grazie al notevole contributo in termini organizzativi e di risorse umane messe in campo dal terzo settore.

▪ ***Modifica delle relazioni sociali/istituzionali tra anziani e altri attori***

Il Progetto *Giuseppina* permette agli utenti, anziani fragili, di potersi rendere autonomi dai soggetti della propria rete informale, per le proprie necessità di spostamento, potendo fare maggiore affidamento su soggetti del terzo settore. Tuttavia, poiché il progetto ha voluto evitare

fin dall'inizio che si determinasse un totale scollamento tra bisogni degli anziani e disponibilità della propria rete familiare e informale, le attività non si sono mai configurate come 'servizi', in quanto possono anche non essere disponibili ad ogni occasione. Così la rete familiare resta sempre coinvolta, attiva e vitale. Anche la prevenzione e la promozione di sani modelli di vita attraverso la ginnastica a domicilio (effettuata all'interno del progetto fino al 2015 e attualmente gestita in autonomia dalla UISP) rendono gli anziani maggiormente in grado di conservare la propria autonomia e ne aumentano numero e qualità dei contatti sociali.

▪ ***Empowerment/aumento della capacità di esprimersi e incidere***

Non sembra che la partecipazione al progetto influenzi la capacità degli anziani fragili di esprimersi e incidere.

11 Principali risultati dell'iniziativa

Dall'esame di alcuni risultati dell'iniziativa relativi a una settimana tipo di febbraio 2020 (vedi Tabella 1), si evidenziano il numero di chilometri percorsi dalle varie associazioni coinvolte nel Progetto *Giuseppina* e il numero delle uscite da parte delle stesse per le varie tipologie di bisogno dell'utenza (Fergnani, 2020b).

Considerando un totale di 658 Km percorsi e 64 uscite in una settimana tipo del mese di febbraio 2020, 'Integrazione e Lavoro' risulta essere l'Associazione più attiva tra le quattro, tuttora coinvolte nel Progetto *Giuseppina*, in quanto ha coperto il 48% del totale chilometri percorsi, ed ha effettuato il 63% delle uscite per 'terapie' e tutte le uscite per 'socializzazione'. A seguire l'ANTEAS che ha coperto il 22% del chilometraggio totale, mentre Auser ha effettuato il 50% delle uscite per 'visite'. In media ogni giorno si effettuano circa 40 accompagnamenti nel Comune di Ferrara e nelle frazioni che distano anche più di 20 chilometri dal centro.

Tabella 1. Numero di chilometri percorsi e numero delle uscite dalle varie associazioni coinvolte nel Progetto Giuseppina per le varie tipologie di bisogno dell'utenza (settimana tipo nel mese di febbraio 2020).

Associazione	Distanza percorsa		Terapia		Visita		Socializzazione		Totale
	km	%	n. uscite	%	n. uscite	%	n. uscite	%	n. uscite
ANTEAS	143,6	22	9	20	4	29	0	0	**13**
ATEDA	120,6	18	7	15	2	14	0	0	**9**
AUSER	80,4	12	1	2	7	50	0	0	**8**
Integrazione Lavoro	313,2	48	29	63	1	7	4	100	**34**
Totale	**657,8**	**100**	**46**	**100**	**14**	**100**	**4**	**100**	**64**
Totale uscite per tipologia di bisogno (%)			**72**		**22**		**6**		**100**

Fonte: Ns. elaborazione su di Fergnani, 2020.

12 Punti di forza e fattori di successo

▪ ***Punti di forza***

- Gestione degli accompagnamenti da parte di associazioni del terzo settore, attive e presenti sul territorio, che hanno consolidate esperienze pluriennali nell'erogazione delle varie prestazioni, che hanno consentito loro di sviluppare modalità organizzative e operative efficienti nei territori. Nel caso delle persone sole, senza rete informale di supporto, questo servizio appare indispensabile per il mantenimento di un buon livello di autonomia e per promuovere *l'ageing in place*.
- Messa in rete di pulmini da parte delle associazioni del territorio. La scelta degli automezzi utilizzati è a discrezione delle associazioni in base alle loro disponibilità. Questo permette di soddisfare più richieste possibili.

- Creazione di un rapporto di fiducia e di stima tra i volontari e gli utenti, che giova nell'aumentare la propensione alla mobilità esterna da parte delle persone che necessitano di aiuto per muoversi.

▪ ***Fattori di successo***

- Snellezza delle procedure per ottenere o fornire il servizio;
- dal 2019 si possono acquistare i *tickets* tramite bonifico *online*, e 'Integrazione e Lavoro' li consegna a casa. Se non utilizzati, vengono ritirati da una associazione su richiesta del cittadino;
- diffusione dell'accompagnamento sociale e sanitario attraverso il 'passaparola';
- redistribuzione snella dei fondi raccolti da parte di 'Integrazione e Lavoro', di 80 centesimi a chilometro percorso, tra le varie associazione a fine mese, che permette alle associazioni in difficoltà di sostenersi e continuare ad erogare accompagnamenti.

13 Punti di debolezza e fattori di rischio

▪ ***Punti di debolezza***

- Iniziale tentativo di trasformare il progetto in un tradizionale servizio di trasporto, superato poi con il suo ripensamento come *accompagnamento sociale.* In altre parole, se la persona non ce la fa da sola, si propongono soluzioni che non indeboliscono la propria rete sociale di riferimento.
- Vastità del territorio servito e dispersione territoriale, che non permettono di raggiungere tutta l'utenza o rendono faticoso ottenere informazioni sulle risorse della comunità locale.
- Continuità del finanziamento da parte del FRNA, seppure attualmente questo contributo non sembra essere messo in dubbio nemmeno dalle alternanti forze politiche di diverso colore che si sono avvicendate al governo regionale negli ultimi anni.
- Richiesta di un corrispettivo economico agli utenti, per mantenere la sostenibilità del progetto e abituare i cittadini a compartecipare alle proposte di servizi innovativi da parte degli Enti Pubblici.
- Richiesta che gli utenti siano in grado di uscire dalla propria abitazione in autonomia, o se in carrozzella, accompagnati da una badante o un familiare per il carico sull'automezzo; questo perché gli autisti dei mezzi non sono autorizzati a usare montascale o lettighe a tal fine.
- Rigidità delle associazioni di volontariato storiche di fronte all'esigenza di innovare nel campo dei servizi alle persone da attuarsi attraverso maturazione di capacità del pubblico e del privato di lavorare e progettare insieme nuove risposte ai bisogni.

▪ ***Fattori di rischio***

- Un fattore di rischio, di cui si è tenuto conto nell'impostare gli interventi, è rappresentato dalla eventualità di 'spezzare' i legami familiari, attraverso la sostituzione delle prestazioni, rese normalmente dalla rete informale, con le attività di progetto. Per evitare ciò, l'idea di fondo che si è adottata è che il volontariato dovrebbe occuparsi solo dei bisogni che restano scoperti dal supporto delle reti familiari e informali.
- Altro rischio è connesso al fatto che nel corso degli anni alcuni gli anziani sono stati contattati da persone che dicevano di raccogliere fondi per conto del Progetto *Giuseppina*, circostanza non vera. I potenziali utenti sono quindi stati allertati su questa eventualità.

14 Potenziale in termini di policy: replicabilità e/o *up-scaling*

Il progetto è replicabile nella misura in cui altre amministrazioni comunali e relativi assessorati coinvolti si pongano l'obiettivo di mettere in rete risorse proprie e coinvolgere quelle del terzo settore, al fine di organizzare un simile servizio di accompagnamento sociale e sanitario.

La sperimentazione effettuata nell'ambito del Progetto *Giuseppina*, ben descritta nei relativi sito *web* e *brochure* informativa (Comune di Ferrara, 2020b), può rappresentare un buon punto di partenza per le amministrazioni che vogliano seguirne l'esempio e implementare servizi analoghi nei propri territori.

15 Fonti

▪ ***Riferimenti bibliografici e sul web***

Brasile, L. (2018) '"MuoverSi" e "Progetto Giuseppina", accompagnamento sociale a Ferrara', Anteas [website], 18 giugno 2018. Accessibile su: https://www.anteas.org/articolo-1125/muoversi-e-progetto-giuseppina-accompagnamento-sociale-a-ferrara/. (Consultato: marzo 2020).

Centro H – Informahandicap (2020) 'Progetti MuoverSI e Giuseppina', Città di Ferrara – Rassegna Stampa Muoversi [website]. Accessibile su: https://suv.comune.fe.it/index.phtml?id=2358. (Consultato: marzo 2020).

Comune di Ferrara (2020a) 'Progetto Giuseppina'. Città di Ferrara [website]. Accessibile su: https://servizi.comune.fe.it/index.phtml?id=2797. (Consultato: marzo 2020).

Comune di Ferrara (2020b) 'Progetto Muoversi e progetto Giuseppina' [Brochure informativa online], Città di Ferrara [website]. Accessibile su: https://servizi.comune.fe.it/attach/redazioneurp/docs/muoversi_giuseppina_pieghevole3falde_fogra39.pdf. (Consultato: marzo 2020).

Comune di Ferrara (2020c) 'Affidamento della gestione delle attività del servizio "Progetto Muoversi – Giuseppina" per il periodo dal 4 agosto 2020 al 3 agosto2021 (CPV: 85311100-3) (CIG: 8196249EA1). Importo presunto a base di gara € 173.677,82 oltre I.V.A.', *GU 5a Serie Speciale – Contratti Pubblici n. 91 del 7-8-2020.* Accessibile su: https://www.gazzettaufficiale.it/eli/id/2020/08/07/TX20BGA17406/S5. (Consultato: marzo 2020).

Comune di Ferrara (Servizio Appalti, Provveditorato e Contratti) – Redazione Cronaca Comune (2020) 'Procedura aperta per l'affidamento del "Progetto Muoversi-Giuseppina"' [online], *Cronaca Comune – Quotidiano online del Comune di Ferrara,* 6 marzo 2020. Accessibile su: https://www.cronacacomune.it/notizie/38598/procedura-aperta-per-laffidamento-del-progetto-muoversi-giuseppina.html (Consultato: marzo 2020).

Comune di Ferrara – Redazione Cronaca Comune (2018) 'MuoverSi e Giuseppina: un unico numero per l'accompagnamento sociale' [online], *Cronaca Comune – Quotidiano online del Comune di Ferrara, 15* giugno 2018. Accessibile su: https://www.cronacacomune.it/notizie/33953/muoversi-e-giuseppina-un-unico-numero-per-laccompagnamento-sociale.html. (Consultato: marzo 2020).

Comune di Ferrara – Redazione Cronaca Comune (2017a) 'Accompagnamenti richiesti ed erogati all'interno dei progetti Giuseppina e Muoversi – Anno 2017' [online], *Cronaca Comune – Quotidiano online del Comune di Ferrara,* 2017. Accessibile su: https://www.cronacacomune.it/media/uploads/allegati/69/accomp-richiesti-erogati-2017-v2-ok.pdf. (Consultato: marzo 2020).

Comune di Ferrara – Redazione Cronaca Comune (2017b) 'Accompagnamenti erogati suddivisi per tipologia – Anno 2017' [online], *Cronaca Comune – Quotidiano online del Comune di Ferrara,* 2017. Accessibile su: https://www.cronacacomune.it/media/uploads/allegati/69/tipologia-accomp-erogati-2017-v2-ok.pdf. (Consultato: marzo 2020).

Comune di Ferrara – Redazione Cronaca Comune (2008) 'Anziani meno soli con la ginnastica a domicilio' [online], *Cronaca Comune – Quotidiano online del Comune di Ferrara,* 9 ottobre 2008. Accessibile su: https://www.cronacacomune.it/notizie/11814/anziani-meno-soli-con-la-ginnastica-a-domicilio.html. (Consultato: marzo 2020).

Comuni-Italiani.it (2019) 'Comune di Ferrara'. Accessibile su: http://www.comuni-italiani.it/038/008/index.html. (Consultato: marzo 2020).

CUP 2000 (2007) 'Da "Giuseppina" e "Uffa che afa" un sostegno alla terza età' [online], *Estense.com – Quotidiano di Ferrara,* 4 giugno 2007. Accessibile su: http://www.cup2000.it/e-care/images/giornale/estensecom_040607_emergenzacaldo.pdf. (Consultato: marzo 2020).

Fergnani, P. (2020) 'Statistiche su una settimana di Febbraio 2020'. [Elaborazioni inviate per e-mail]. (Consultato: marzo 2020).

Redazione Estense.com (2014) 'Continua la Ginnastica a Domicilio. Il progetto rimane un fiore all'occhiello del Comitato Uisp' [online], *Estense.com – Quotidiano di Ferrara,* 4 ottobre 2014. Accessibile su: https://www.estense.com/?p=413015. (Consultato: marzo 2020).

Redazione La nuova Ferrara (2016) 'Duemila persone iscritte al progetto "Giuseppina"' [online], *La Nuova Ferrara,* 10 ottobre 2016. Accessibile su: https://lanuovaferrara.gelocal.it/ferrara/cronaca/2016/10/10/news/duemila-persone-iscritte-al-progetto-giuseppina-1.14232407. (Consultato: marzo 2020).

- ***Interviste a testimoni privilegiati***

Fergnani Patrizio, Ufficio Integrazione Sociale e Socio-Sanitaria, Settore Servizi alla Persona del Comune di Ferrara (FE), intervista in videoconferenza e per e-mail, marzo 2020.

16 Data chiusura del caso studio

La ricostruzione e l'analisi critica del caso studio si sono concluse nel mese di luglio 2020.

17 Contatti

Referenti del progetto:

Patrizio Fergnani, Ufficio Integrazione Sociale e Socio-Sanitaria, Settore Servizi alla Persona del Comune di Ferrara.

e-mail: p.fergnani@comune.fe.it

18 Ringraziamenti

Si ringrazia il referente del Progetto *Giuseppina*, Patrizio Fergnani per aver partecipato all'intervista telefonica il 9 marzo 2020, per aver revisionato la presente scheda il 30 marzo 2020, per aver inviato le statistiche per una settimana di febbraio e per aver fornito gli aggiornamenti relativi alla riapertura delle attività a luglio 2020 e all'imminente ingresso del Comune di Voghiera nel progetto.

IN-AGE - INclusive AGEing in place
Laboratorio Politiche Sociali, Politecnico di Milano
Dipartimento Architettura e Territorio, Università Mediterranea di Reggio Calabria
Centro Ricerche Economico-Sociali per l'Invecchiamento, INRCA-IRCCS, Ancona

21 ANZIANI IN RETE
Accompagnamento sociale

di Sabrina Quattrini
Centro Ricerche Economico-Sociali per l'Invecchiamento, INRCA-IRCCS, Ancona.

1 Breve descrizione dell'iniziativa

Il Progetto *Anziani in Rete* nasce su iniziativa dell'omonima Onlus *Anziani in Rete* di Carpi, che si è costituita nel 2012, stesso anno di avvio del progetto, allo scopo di portare un sostegno alla realtà delle persone fragili (anziani e non) presenti sul territorio dell'Unione Comuni Terre d'Argine, in Emilia-Romagna, colpite dal devastante evento sismico.

«La Onlus, nell'ambito del progetto, continua tutt'oggi ad erogare, oltre al principale servizio di supporto e accompagnamento sociale (per visite mediche, terapie, attività sportive e/o ricreative, spesa, ecc.), anche un servizio di telefonia sociale rivolto alle persone fragili, e uno di compagnia, dedicato alle persone anziane che vivono da sole e che hanno una mobilità ridotta, le quali ricevono una telefonata ogni due/tre giorni dalle volontarie dell'Associazione Il Faro» (Giovanardi, 2020).

2 Luogo

ITALIA, Emilia-Romagna, territori dell'Unione Terre d'Argine in Provincia di Modena: **Comuni di Carpi, Soliera, Campogalliano, Novi.**

3 Contesto territoriale

- ***Tipologia di area***

Nel 2016 il Comune di Carpi presenta i seguenti dati (Comuni-Italiani.it, 2019a):

- secondo comune, dopo il capoluogo, per numero di abitanti residenti della Provincia di Modena (71.060) con un tasso di crescita, tra il 2001 e il 2016, del 15,4%;
- i residenti hanno un'età media di 44,4 anni;
- la popolazione con più di 65 anni di età rappresenta il 22,8% del totale e l'indice di vecchiaia è pari al 163,2%;
- la percentuale di stranieri residenti sul totale della popolazione è pari al 14,2%;
- il reddito medio annuo pro capite è pari a 16.094 euro.

Nel 2016 il Comune di Soliera presenta i seguenti dati (Comuni-Italiani.it, 2019b):

- la popolazione residente è pari a 15.285 abitanti con una dinamica di crescita che fa registrare, tra il 2001 e il 2016, un incremento pari al 15,6%;
- i residenti hanno un'età media di 43,5 anni;
- la popolazione con più di 65 anni di età rappresenta il 20,8% del totale e l'indice di vecchiaia è pari al 135,9%;
- la percentuale di stranieri residenti sul totale della popolazione è pari al 9%;
- il reddito medio annuo pro capite è pari a 15.822 euro.

Nel 2016 il Comune di Campogalliano presenta i seguenti dati (Comuni-Italiani.it, 2019c):

- la popolazione residente è pari a 8.824 abitanti con una dinamica di crescita che fa registrare, tra il 2001 e il 2016, un incremento pari al 13,8%;
- i residenti hanno un'età media di 42,9 anni;

- la popolazione con più di 65 anni di età rappresenta il 19,8% del totale e l'indice di vecchiaia è pari al 131,9 %;
- la percentuale di stranieri residenti sul totale della popolazione è pari al 11,8%;
- il reddito medio annuo pro capite è pari a 16.243 euro.

Nel 2016 il Comune di Novi di Modena presenta i seguenti dati (Comuni-Italiani.it, 2019d):

- la popolazione residente è pari a 10.141 abitanti con una dinamica di crescita che fa registrare, tra il 2001 e il 2016, un decremento pari al 2,7%;
- i residenti hanno un'età media di 45,4 anni;
- la popolazione con più di 65 anni di età rappresenta il 23,4% del totale e l'indice di vecchiaia è pari al 181%;
- la percentuale di stranieri residenti sul totale della popolazione è pari al 15%;
- il reddito medio annuo pro capite è pari a 14.083 euro.

▪ ***Scala di azione***

L'iniziativa promuove azioni che favoriscono la mobilità delle persone anziane, che possono accedere dal proprio domicilio ai servizi socio-sanitari e ludico-ricreativi presenti nel proprio territorio comunale e provinciale, tramite i servizi di trasporto e accompagnamento erogati da associazioni di volontariato coordinate dalla Onlus *Anziani in Rete* di Carpi.

4 Tipologia dell'iniziativa e approccio

▪ ***Tipologia***

Iniziativa volontaristica dal basso/autofinanziata.

▪ ***Soggetti attuatori***

Il progetto è nato per iniziativa della Onlus *Anziani in Rete* di Carpi. L'associazione opera attraverso i gruppi di volontariato presenti in tre diversi quartieri di Carpi: L'Ancora, Il Faro, Il Ponte, che coprono nord, sud e centro storico.

Partners di progetto

Le altre associazioni coinvolte, sono:

- Pubblica Assistenza Croce Blu Carpi;
- Croce Rossa Italiana – Sezione di Carpi.

▪ ***Altri soggetti coinvolti (rete mobilitata dal progetto)***

Diverse associazioni in convenzione:

- ALICe Carpi ODV Onlus (ex malati di ictus);
- Associazione Alzheimer di Carpi;
- CARPIDIEMPARKINSON – Associazione di volontariato per i malati di Parkinson.

▪ ***Fonti di finanziamento***

Questa iniziativa è finanziata dalle amministrazioni comunali, e dalle associazioni in convenzione, le quali versano una quota alla Onlus. Inoltre, per tutte le prestazioni è prevista una partecipazione alla spesa da parte dell'utente, consistente in un rimborso chilometrico volontario. Ulteriori fonti di finanziamento derivano da donazioni erogate da privati o da centri sociali.

▪ ***Approccio***

Il progetto segue un modello sociale di organizzazione che parte dal basso e presenta un approccio di autogestione da parte dei partners di progetto, che sono associazioni di volontariato.

▪ ***Target e beneficiari***

Target: Il progetto si rivolge direttamente agli anziani, ai disabili o a persone con ridotta autonomia e in condizioni di fragilità, che hanno bisogno di un servizio di trasporto sociale e

sanitario. Tutti gli anziani/cittadini anche senza certificazione (es. di invalidità, o di prenotazione per visita specialistica) possono utilizzare il servizio. La maggior parte degli utenti viene trasportato senza accompagnatore, da un autista. In caso di visita medica, l'autista si occupa dell'utente fino al rientro al proprio domicilio.

Beneficiari: nell'anno 2019 sono state erogate 8.000 prestazioni. Nel 2020, tra gennaio e febbraio, ne sono state erogate 1.200, e un altro centinaio da marzo a ottobre 2020, in quanto solo un gruppo di volontari se l'è sentita di riprendere le attività di volontariato, mentre gli altri due gruppi non hanno dato ancora la disponibilità a riprendere, in quanto i volontari sono tutti in età anziana e dunque a rischio di contrarre il Covid-19. Nel frattempo però sono state prestate tre auto alla 'Croce Blu', per espletare il servizio relativo al Progetto *Alfa – Numero Unico*, che ha erogato molti servizi, che sarebbero stati erogati da 'Anziani in rete' se i loro volontari fossero stati più giovani e dunque meno esposti al contagio.

5 L'iniziativa

▪ ***Ambito di intervento***

2. Pratiche innovative che riguardano la vita *fuori casa* degli anziani.
2.2. Servizi innovativi per la mobilità e Progetti urbani *age-friendly.*

▪ ***Obiettivi***

«Gli obiettivi generali che persegue il progetto sono duplici: da un lato, mantenere l'autonomia e la socializzazione degli utenti anziani o adulti in condizioni di fragilità o soli, attraverso l'erogazione di servizi di accompagnamento sociale; dall'altro, mantenere attivi i volontari anziani, soprattutto autisti, facendoli sentire attori sociali, utili e in grado di 'fare qualcosa' per la loro comunità, al fine evitarne l'isolamento» (Giovanardi, 2020).

Gli obiettivi specifici sono:

- prevenire/ridurre l'esclusione sociale, l'isolamento, la solitudine, l'abbandono;
- promuovere una mobilità sociale sostenibile, anche per le persone in condizioni di fragilità;
- monitorare il territorio tramite 'antenne sociali' in grado di rilevare eventuali casi di isolamento/indigenza/fragilità;
- creare una rete tra le associazioni operanti sul territorio.

6 Temporalità

Il Progetto *Anziani in Rete*, avviato nel 2012, è tuttora attivo e proseguirà fino a che sarà possibile finanziarlo.
Da segnalare che a marzo 2020, a seguito dell'emergenza sanitaria Covid-19, il servizio di trasporto è stato reso gratuitamente anche alle persone in quarantena, per la consegna di spesa e farmaci a domicilio.

Sempre nel 2020 (da gennaio a giugno) è stato avviato anche il Progetto *Alfa – Numero Unico* (in collaborazione con *Anziani in Rete*, Croce Blu Soliera, Croce Blu Carpi, CRI Carpi, CRI Campogalliano) che consiste in un numero telefonico a disposizione dei cittadini residenti nei comuni dell'Unione Terre d'Argine partecipanti al Progetto *Anziani in Rete*.

7 Origine, radici, principali tappe del progetto

▪ ***Le origini e le radici***

Prima del 2012, anno del terremoto in Emilia-Romagna, la Cooperativa sociale 'Anziani e non solo' si era aggiudicata un bando del Comune di Modena per gestire la domanda/offerta di assistenti familiari sul territorio dell'Unione Terre d'Argine, ed aveva altresì avviato sul territorio del Comune di Carpi un gruppo di ascolto per *caregivers* familiari residenti nell'Unione. Dall'attività di monitoraggio del territorio e da interviste agli anziani residenti nei vari quartieri, è emerso il bisogno di accompagnamento/trasporto di persone fragili che non sono in grado di muoversi in autonomia con i mezzi pubblici, che non hanno una rete famigliare di supporto per gli spostamenti e non hanno disponibilità finanziarie. In particolare, è emerso un numero elevato di

ultrasettantacinquenni soli e il bisogno di una o più associazioni che si occupassero del loro accompagnamento e trasporto sociale. Già da tempo, comunque, la 'Croce Blu' e la 'Croce Rossa' si occupavano dei trasporti sanitari, in quanto dotate di auto mediche, ambulanze per dializzati, trasporto sangue, dimissioni ospedaliere.

Per rispondere a tali bisogni rilevati nasce nel 2012 a Carpi l'Associazione Onlus *Anziani in Rete*, con l'obiettivo di sostenere la realtà dei soggetti fragili presenti sul territorio dell'Unione, attraverso un trasporto a carattere sociale. Nello specifico, le tre Associazioni partecipanti L'Ancora, Il Faro, Il Ponte, coordinate da *Anziani in Rete*, hanno iniziato ad effettuare gli accompagnamenti tramite volontari, «uomini per il 70% (ultrasettantenni con patente con il ruolo di autisti) e donne per il 30% (che svolgono prevalentemente lavoro d'ufficio, e che solitamente abbandonano il volontariato quando il loro carico assistenziale familiare aumenta, con l'arrivo dei nipoti)» (Giovanardi, 2020).

▪ ***Principali tappe del progetto***

Nel 2012, all'avvio dell'attività, è stata distribuita anche una *Guida all'uso dei servizi nelle Terre d'Argine*, che non è stata ulteriormente aggiornata ma che, nonostante ciò, risulta ancora un utile supporto informativo per orientare gli utenti nell'accesso ai servizi offerti da *Anziani in Rete*. Essa contiene una scheda per ogni associazione coinvolta, con i recapiti e gli orari di apertura per effettuare la prenotazione dei servizi offerti da ciascuna, il tipo di supporto offerto, l'entità del rimborso delle spese vive, le modalità di comunicazione della presenza di eventuali accompagnatori, ecc.

«Dal 3 giugno 2019 al 31 maggio 2020, è stata attivata una convenzione con l'Associazione Croce Blu di Carpi, quale esito dell'Avviso pubblico per l'individuazione di uno o più soggetti interessati a co-progettare un servizio di accompagnamento sociale» (Unione delle Terre d'Argine, 2020a). All'interno di questa collaborazione *Anziani in Rete* si occupa dei trasporti sociali e la Croce Blu e Croce Rossa si occupano dei trasporti sanitari. Le due modalità di trasporto presentano le seguenti caratteristiche:

- «Il *trasporto sociale* è un servizio rivolto a quei cittadini che, per impedimento fisico o cognitivo, età avanzata o condizione familiare, necessitano di un servizio di trasporto e accompagnamento per l'accesso ad attività relazionali/centri di aggregazione sociale, per fare visita a familiari ricoverati, per accesso a uffici o pubblici servizi, per fare fronte ad incombenze burocratico-domestiche, per ritiro ricette/richieste di esami, o spesa settimanale» (Unione delle Terre d'Argine, 2012: 4).
- «Il *trasporto sanitario* è un servizio specificamente rivolto a quei cittadini che, a fronte di impedimento fisico o cognitivo, età o condizione familiare, debbano effettuare terapie, riabilitazione, visite mediche, esami diagnostici o raggiungere un presidio medico-sanitario, una struttura per anziani, un centro diurno, avvalendosi di automezzi appositamente attrezzati e/o di personale specificamente formato» (Unione delle Terre d'Argine, 2012: 4).

Più in dettaglio i vari servizi di trasporto attivati nel tempo ed ancora oggi erogati sono:

- Accompagnamento a centri di aggregazione sociale o di inclusione lavorativa;
- accompagnamento per visite mediche, terapie, attività sportive e/o ricreative;
- accompagnamento in visita a familiari ricoverati;
- accompagnamento con il familiare al Caffè Alzheimer;
- accesso ad uffici o pubblici servizi;
- incombenze burocratiche;
- ritiro ricette/richieste esami;
- spesa settimanale;
- accompagnamento per prestazione ambulatoriale diagnostica, terapeutica, riabilitativa;
- accompagnamento verso presidio ospedaliero, solo se non necessita di ambulanza;
- accompagnamento verso struttura per anziani (es. centro diurno);
- ricovero programmato, solo se non necessita di ambulanza;
- dimissioni da struttura residenziale;
- telefonia sociale (compagnia).

Sempre in questo contesto, da gennaio a giugno 2020 è stato avviato anche il Progetto *Alfa – Numero Unico* (in collaborazione con *Anziani in Rete*, Croce Blu Soliera, Croce Blu Carpi, CRI Carpi, CRI Campogalliano). Consiste in un numero telefonico (attivo cinque giorni alla settimana più il sabato mattina) a disposizione dei cittadini residenti in uno dei comuni dell'Unione Terre d'Argine partecipanti al Progetto *Anziani in Rete* (Novi Campogalliano, Carpi e Soliera), e da chiamare quando si necessita di un trasporto sanitario programmato per effettuare terapie, visite mediche, trasferimenti, dimissioni (Unione delle Terre d'Argine, 2020b). È prevista una prima fase di implementazione e poi un *follow-up* a cura della Regione. Se dopo una prima rendicontazione del Progetto *Alfa – Numero Unico* si avrà evidenza che il numero unico ha funzionato, questo potrebbe essere utilizzato anche in futuro quale centralino unico a livello regionale. Per il momento resta prioritario tuttavia trovare fondi per continuare a livello locale. L'auspicio di questa nuova iniziativa è che il Comune di Carpi possa finanziarne la continuazione, anche sostenendo il tirocinio formativo dei centralinisti che si rendono via via necessari. In tal caso, si potrebbe anche pensare ad una un'apposita convenzione tra Amministrazione comunale e Onlus *Anziani in Rete*, e magari usufruire di uno stanziamento economico annuo da dedicare alle attività progettuali.

8 Agency e relazioni con il sistema

▪ ***Principali attori ed eventuale leadership***

La *leadership* del progetto appartiene alla Onlus *Anziani in Rete* di Carpi (ad esclusione del collegato Progetto *Alfa – Numero Unico* la cui leadership è della Croce Blu), che nella sua *mission* ha la fornitura di servizi di trasporto, accompagnamento ed intrattenimento, come strumenti di contrasto alla solitudine.

▪ ***Relazioni con il sistema***

Iniziativa autonoma, ma attuata anche con il coinvolgimento delle istituzioni.

▪ ***Cosa è rimasto del progetto***

Attualmente il progetto è in corso di svolgimento, quindi sono ancora in essere tutte le attività previste e descritte nelle altre sezioni di questa scheda.

9 Risorse mobilitate (finanziarie, umane, organizzative, politiche)

▪ ***Risorse finanziarie***

Le risorse finanziarie per coprire le attività progettuali derivano dalle seguenti fonti (Giovanardi, 2020):

- centri sociali, che hanno finanziato *Anziani in Rete*; con il primo finanziamento sono stati acquistati i primi tre automezzi;
- contributo erogato dal comune, solo per alcune famiglie indigenti, ad Anziani in Rete;
- donazioni, ad es. della Cassa di Risparmio di Carpi, che ha donato un'autovettura e strumentazione informatica, e dei Lions Club di Carpi, che hanno donato l'equivalente economico di due autovetture;
- associazioni in convenzione, le quali versano una quota alla Onlus *Anziani in Rete*;
- rimborso da parte dagli utenti: nel caso di sporadici accompagnamenti fuori Carpi, si chiedono 40 centesimi al km, il rimborso autostradale e se il trasporto si protrae oltre il pranzo, si chiede la cortesia di pagare 10 euro per il pranzo del volontario accompagnatore. Oppure, nel caso vogliano lasciare di loro iniziativa qualcosa in più.

▪ ***Risorse umane, organizzative e politiche***

Il progetto di accompagnamento sociale è supportato dai coordinatori e responsabili tecnici delle Associazioni dell'Unione delle Terre D'Argine, i quali collaborano alla creazione di un punto di incontro per tutti coloro che ogni giorno si dedicano al non facile compito di aiutare gli altri, attraverso il volontariato.

I volontari del trasporto sociale sono circa 100 persone comuni, che dedicano all'iniziativa parte del proprio tempo e delle proprie competenze, fungendo da autisti, centralinisti e accompagnatori, e sono peraltro presenti nei punti di ascolto e di coordinamento.
«Il parco macchine è composto da 12 automezzi, tre dei quali attrezzati con pedana per il trasporto di sedie a rotelle. Gli autisti sono muniti di apposito tesserino di riconoscimento» (Giovanardi, 2020).

10 Dimensioni innovative

▪ ***Soddisfazione di bisogni non coperti dal sistema di cura***

Il progetto consente, attraverso la capacità di captare le fragilità presenti sul territorio, di soddisfare i bisogni di trasporto e accompagnamento sociale che l'amministrazione comunale non è in grado di erogare, senza il supporto sostanziale delle organizzazioni del volontariato locale. Quindi il progetto rappresenta un effettivo supporto per le esigenze della comunità e dell'amministrazione comunale.

▪ ***Modifica delle relazioni sociali/istituzionali tra anziani e altri attori***

Il progetto consente agli utenti di ridurre il proprio grado di dipendenza dai propri *caregivers* informali, qualora presenti, nel momento in cui ne favorisce l'autonomia riguardo agli spostamenti dovuti a bisogni socio-sanitari e di socializzazione. Nel contempo gli stessi utenti vedono tuttavia aumentare la propria dipendenza da chi questi servizi li eroga e nello specifico dalle associazioni di volontariato.

▪ ***Empowerment/aumento della capacità di esprimersi e incidere***

Non sembra che la partecipazione al progetto influenzi, nello specifico, le capacità degli anziani fragili di esprimersi e incidere.

11 Principali risultati dell'iniziativa

I risultati si possono valutare prendendo in considerazione i numeri di servizi di trasporto effettuati e il numero di chilometri percorsi, a titolo di esempio, in due anni: nel 2016 sono stati effettuati 8.150 servizi di trasporto sociale ed accompagnamento di soggetti anziani, fragili, disabili e comunque bisognosi, per un totale di 118.447 km percorsi su tutto il territorio dell'Unione Terre d'Argine, e qualche volta anche oltre; mentre nel corso del 2019 sono stati effettuati 13.000 trasporti per un totale di 150.000 km percorsi. Le attività di trasporto ed accompagnamento sono dunque in crescita (+59,6% di numero di trasporti effettuati e +26,7% di chilometri percorsi), il che fa pensare ad un'opera di diffusione dell'informazione circa le prestazioni erogabili, che comporta la soddisfazione di bisogni latenti in capo alla popolazione interessata.

12 Punti di forza e fattori di successo

▪ ***Punti di forza***

- Restituire agli utenti che non utilizzano più mezzi propri o che non si sentono sicuri ad usare i mezzi pubblici un'ampia libertà di movimento nel proprio territorio, con un minimo contributo volontario;
- esistenza di una fitta rete di associazioni di volontariato, che riescono a raggiungere gran parte dei territori interessati;
- possibilità offerta a persone disoccupate, ma non ancora pensionate, di fare 30-50 ore settimanali di volontariato. Questo consente loro di accumulare crediti utili per poter eventualmente essere ricollocati sul mercato, con impiego presso le aziende partner di progetto.

▪ ***Fattori di successo***

- Esperienza pregressa della Onlus *Anziani in Rete* che si è trovata ad essere più organizzata di tante altre organizzazioni di volontariato al momento dell'entrata in vigore la riforma del Terzo Settore, in quanto già redigeva il bilancio economico, preventivo e consuntivo e il bilancio sociale, con relativa assemblea dei soci;
- organizzazione di incontri nelle scuole superiori da parte di Croce Rossa, Croce Blu, insieme con la Protezione civile e altre associazioni di volontariato, per incoraggiare i ragazzi a diventare volontari, con l'auspicio di riuscire ad attivare forme di crediti formativi per gli universitari che volessero diventare volontari;
- capacità di far sentire gli anziani volontari, prevalentemente in pensione, ancora parte attiva della comunità e della loro città, con possibilità di una 'seconda vita' dopo il pensionamento;
- attività di formazione per gli anziani che operano come volontari nei servizi di quartiere a favore di persone fragili.

13 Punti di debolezza e fattori di rischio

- Necessità di creare un ricambio generazionale nei volontari, coinvolgendo i giovani, in quanto gli attuali volontari sono anziani, soprattutto ultrasettantenni, destinati a non essere più operativi dopo gli 80 anni, soprattutto se autisti.
- Mancanza di zone dedicate al parcheggio di auto con logo delle associazioni di volontariato, nei poli ospedalieri, il che rende difficile l'accompagnamento dell'utente dal luogo in cui è stato parcheggiato l'automezzo fino alla destinazione.
- La non completa elasticità delle associazioni di anziani a dialogare fra loro, a lavorare in rete, e a mettere in comune le attività per soddisfare bisogni comuni, comporta la necessità di una figura in ogni provincia che ne agevoli il confronto e la collaborazione, anche attraverso una formazione *ad hoc* (Giovanardi, 2020).
- Difficoltà nel reperire la necessaria copertura finanziaria e territoriale per continuare ad erogare anche in futuro i servizi già attivati.

14 Potenziale in termini di policy: replicabilità e/o *up-scaling*

La replicabilità del progetto è stata già dimostrata dalle numerose sperimentazioni di servizi simili avviate in altre realtà regionali. La dotazione minima per poter replicare tale iniziativa è la disponibilità di una o più associazioni di volontariato che abbiano dei mezzi di trasporto a disposizione e dei volontari per organizzare il servizio di accompagnamento sociale, nei territori che fanno parte del loro raggio di azione.

15 Fonti

▪ ***Riferimenti bibliografici e sul web***

Comuni-Italiani.it (2019a) 'Comune di Carpi'. Accessibile su: http://www.comuni-italiani.it/036/005/. (Consultato: marzo 2020).

Comuni-Italiani.it (2019b) 'Comune di Soliera'. Accessibile su: http://www.comuni-italiani.it/036/044/. (Consultato: marzo 2020).

Comuni-Italiani.it (2019c) 'Comune di Campogalliano'. Accessibile su: http://www.comuni-italiani.it/036/003/. (Consultato: marzo 2020).

Comuni-Italiani.it (2019d) 'Comune di Novi di Modena'. Accessibile su: http://www.comuni-italiani.it/036/028/. (Consultato: marzo 2020).

Unione delle Terre d'Argine (2020a) 'Guida ai servizi di trasporto nell'Unione Terre d'Argine' [website]. Accessibile su: https://www.terredargine.it/servizi/sociale-utda/anzianisociale/12136-trasporto-sociale-e-sanitario/64963-trasporto-socialee-sanitario. (Consultato: marzo 2020).

Unione delle Terre d'Argine (2020b) *Progetto Alfa – Numero unico – Servizio di Trasporto sanitario* [online]. Accessibile su: https://www.terredargine.it/servizi/sociale-utda/anziani-

sociale/12136-trasporto-sociale-e-sanitario/84845-progetto-alfa-trasporto-sanitario. (Consultato: marzo 2020).

Unione delle Terre d'Argine (2012) *Guida ai servizi di Trasporto Sociale e Sanitario nei Comuni dell'Unione delle Terre d'Argine – Campogalliano, Carpi, Novi, Soliera* [online], 'Anziani e Non solo' Società Cooperativa. Accessibile su: http://www.trasportosocialesanitario.it/wp-content/themes/Liberation/docs/Guida_Trasporto_Sociale.pdf. (Consultato: marzo 2020).

- ***Interviste a testimoni privilegiati***

Giovanardi Isabella, Referente del progetto e Presidentessa dell'Associazione *Anziani in Rete*, Carpi (MO), intervista in videoconferenza e per e-mail, marzo 2020.

16 Data chiusura del caso studio

La ricostruzione e l'analisi critica del caso studio si sono concluse nel mese di aprile 2020.

17 Contatti

Referenti del progetto:

Isabella Giovanardi, Presidentessa Associazione Anziani in Rete, Carpi (MO)

e-mail: anzianiinrete@virgilio.it

18 Ringraziamenti

Si ringrazia la referente del Progetto *Anziani in rete*, Isabella Giovanardi, Presidentessa dell'Associazione *Anziani in Rete*, per aver partecipato all'intervista in videoconferenza del 13 marzo 2020 e per la disponibilità con cui ha risposto alle ulteriori domande dell'autrice per e-mail.

IN-AGE - INclusive AGEing in place
Laboratorio Politiche Sociali, Politecnico di Milano
Dipartimento Architettura e Territorio, Università Mediterranea di Reggio Calabria
Centro Ricerche Economico-Sociali per l'Invecchiamento, INRCA-IRCCS, Ancona

22 STACCO
Trasporto sociale in rete a chiamata o servizio di trasporto e accompagnamento

di Sabrina Quattrini
Centro Ricerche Economico-Sociali per l'Invecchiamento, INRCA-IRCCS, Ancona.

1 Breve descrizione dell'iniziativa

Il Progetto *STACCO* (Servizio Trasporto e ACCOmpagnamento), promosso da associazioni di volontariato e cofinanziato dal Bilancio della Regione Veneto, realizza un servizio di trasporto e accompagnamento gratuito per i beneficiari, residenti in cinque province Venete. Questo servizio è organizzato dalle associazioni di volontariato in coordinamento con gli enti locali e si basa su un sistema di rete territoriale 'a chiamata' a cui è possibile accedere con una semplice telefonata di prenotazione alla 'segreteria operativa' (UILDM Venezia, 2017b) o compilando una 'scheda richiesta di trasporto' (CSV Venezia, 2020).
Il servizio è attivabile per richieste di accompagnamento presso le strutture socio-sanitarie, luoghi di aggregazione o uffici, al fine di effettuare visite mediche, cure riabilitative e terapie mediche, esami e controlli, pratiche di ufficio e attività formative, di socializzazione, ludico-ricreative. Il servizio permette anche di partecipare a progetti personalizzati e/o specifici.

Ogni utente, prenotando con almeno tre giorni di anticipo, può usufruire del servizio per massimo cinque trasporti al mese sostenuti economicamente dal Progetto *STACCO*, mentre quelli in eccedenza sono a carico delle associazioni.

2 Luogo

ITALIA, Veneto, **Province di Belluno, Treviso, Venezia, Verona, Vicenza**.

3 Contesto territoriale

▪ ***Tipologia di area***

Questa iniziativa è attiva in cinque province venete.

Nel 2016 la Regione Veneto presenta i seguenti dati (Comuni-Italiani.it, 2019):

- la popolazione residente è pari a 4.907.529 abitanti con una dinamica di crescita che fa registrare, tra il 2001 e il 2016, un incremento pari all'8,3%;
- l'età media a livello regionale è di 44,3 anni;
- la popolazione con più di 65 anni di età rappresenta il 22% del totale e l'indice di vecchiaia è pari a 159,2%;
- la percentuale di stranieri residenti sul totale della popolazione è pari al 9,9%;
- il reddito medio annuo è pari a 15.708 euro, del 13% più alto di quello nazionale.

▪ ***Scala di azione***

Il modello di intervento si basa sul coinvolgimento delle associazioni di volontariato attive nella comunità, principalmente al fine di fornire un servizio di *accompagnamento sociale* agli anziani fragili che hanno bisogno di spostarsi in ambiti territoriali che vanno dal quartiere, al comune, fino alla provincia ma a volte anche oltre regione.

4 Tipologia dell'iniziativa e approccio

▪ ***Tipologia***

Politica pubblico di livello regionale e provinciale, che si avvale delle associazioni di volontariato (ODV) e di promozione sociale (APS) attive sui rispettivi territori.

▪ ***Soggetti attuatori***

I soggetti attuatori/associazioni coinvolti nell'annualità 2019-20, e che hanno presentato la richiesta di prosecuzione delle attività del Progetto *STACCO* in cinque province della Regione Veneto sono:

- *STACCO BL* (Belluno), gestito dal Comitato d'Intesa tra le Associazioni volontaristiche della Provincia di Belluno;
- *STACCO VR* (Verona), gestito dalla Federazione del volontariato di Verona Onlus;
- *STACCO TV* (Treviso), gestito dal Coordinamento delle Associazioni di volontariato della Provincia di Treviso;
- *STACCO VI* (Vicenza), gestito da Volontariato in rete – Federazione provinciale di Vicenza;
- *STACCO VE* (Venezia), gestito dal Coordinamento delle Associazioni di volontariato della Città Metropolitana CSV Venezia.

▪ ***Altri soggetti coinvolti (rete mobilitata dal progetto)***

Sono molte le associazioni di volontariato coinvolte considerando tutte le provincie, che fanno capo soprattutto ad Auser e ad ANTEAS.

▪ ***Fonti di finanziamento***

Il Progetto *STACCO* è cofinanziato dal Bilancio della Regione Veneto e in parte delle associazioni del terzo settore aderenti al progetto, che intervengono con i propri mezzi, volontari, tempo, competenze.

▪ ***Approccio***

Il progetto segue un modello sociale di organizzazione che parte dall'alto, essendo orientato ad una logica pubblica, in questo caso regionale, ma ha anche un approccio di autogestione da parte dei soggetti del volontariato coinvolti nel progetto, coordinati da associazioni operative a livello provinciale.

▪ ***Target e beneficiari***

Target: Il servizio è rivolto ad anziani, disabili e soggetti soli, che si trovano ad affrontare diversi tipi di fragilità o disagio sociale, quali:

- disabilità certificate;
- condizioni di grave difficoltà fisiche, motorie o psichiche;
- mancanza di rete sociale (familiare e amicale);
- mancanza di servizi pubblici raggiungibili o dei mezzi necessari al trasporto;
- povertà (UILDM Venezia, 2017a).

I soggetti rientranti nelle categorie di cui sopra possono richiedere l'attivazione del servizio per le seguenti motivazioni:

- accompagnamento per usufruire di cure riabilitative e terapie mediche per le quali non è previsto un trasporto sanitario dedicato;
- attività di socializzazione ludico/ricreative laddove non vi siano altri strumenti (convenzioni, accordi, etc.) già previsti dalle amministrazioni locali;
- disbrigo di pratiche d'ufficio e/o burocratiche;
- accompagnamento ad attività educative e/o formative;
- accompagnamento per la partecipazione a progetti personalizzati e/o specifici data la condizione di fragilità affrontata (UILDM Venezia, 2017a).

5 L'iniziativa

- ***Ambito di intervento***

2. Pratiche innovative che riguardano la vita *fuori casa* degli anziani.
2.2. Servizi innovativi per la mobilità e Progetti urbani *age-friendly.*

- ***Obiettivi***

L'obiettivo principale del Progetto *STACCO* è quello di offrire un servizio di trasporto e accompagnamento idoneo rivolto a soggetti svantaggiati, al fine di raggiungere strutture sanitarie, amministrative o ricreative, evitando così di utilizzare altre soluzioni di trasporto onerose. È un servizio gratuito per l'utente, erogato grazie a persone che offrono la propria disponibilità e il proprio tempo a titolo volontaristico.

Gli obiettivi specifici sono:

- favorire la domiciliarità, attraverso il servizio di trasporto 'a chiamata';
- supportare le persone fragili con problemi fisici che altrimenti non potrebbero raggiungere i luoghi dove effettuare visite mediche o terapie per mancanza di rete familiare o ausili per il trasporto.

6 Temporalità

- **2004** Il Servizio *STACCO – Servizio di Trasporto e ACCOmpagnamento* nasce in provincia di Belluno da un'idea del Comitato d'Intesa tra nove associazioni volontaristiche (Abvs, Aido, Anffas, Anmic, Ens, gruppo volontari handicappati, San Vincenzo De Paoli, Uic e Uildm) della Provincia di Belluno (11 febbraio del 1977). Oggi tale Comitato accoglie 22 associazioni volontaristiche.
- **2007** Il servizio *STACCO* nasce a Verona come progetto sperimentale a seguito di quello già ampiamente avviato sul territorio del bellunese e viene poi definitivamente avviato nel 2009.
- **2014** Con DGR n. 1967 del 28 ottobre 2014 sono stati individuati i criteri per l'assegnazione di contributi economici destinati al trasporto sociale, con riferimento ai modelli già consolidati e finanziati dalla Regione (servizio STACCO di Belluno nel 2004, seguito da quello di Verona nel 2007).
- **2014** Con successivo Decreto Direttoriale n. 229 del 30 dicembre 2014 sono state approvate le progettualità relative a cinque aree territoriali: Treviso, Venezia, Verona, Vicenza, Belluno.
- **2015** Parte il Progetto *STACCO* parzialmente finanziato dalla Regione del Veneto, sulla base del modello di servizio "Stacco" dell'area bellunese, già riprodotto, con le dovute specificità, in altri territori provinciali (nel veronese), nelle cinque province venete.
- **2015** Con DD n. 33 del 10 febbraio 2015 è stato istituito il 'Tavolo di Lavoro' per la definizione di apposite linee di indirizzo, relative ai criteri di accesso al servizio di trasporto e alle modalità di rendicontazione delle spese sostenute.
- **2016** Con DGR n. 2012 del 6 dicembre 2016 di finanziare le progettualità di trasporto sociale STACCO, destinando un contributo di spesa complessiva non superiore a 400.000 euro, sul capitolo di spesa n. 100016 "Fondo regionale per le politiche sociali – trasferimenti per attività progettuali e di informazione ed altre iniziative di interesse regionale nelle aree dei servizi sociali LR 11 del 13.04.2011, art.133", così ripartita tra le cinque province:
  - al Comitato d'Intesa tra le associazioni volontaristiche della Provincia di Belluno, 100.000 euro;
  - alla Federazione del volontariato di Verona Onlus, 90.000 euro;
  - al Coordinamento delle associazioni di volontariato della provincia di Treviso, 90.000 euro;
  - a Volontariato in Rete – Federazione Provinciale di Vicenza, 50.000 euro;
  - al Coordinamento delle Associazioni di volontariato della Provincia di Venezia, 70.000 euro;

- **2018** Con DGR n. 1634 del 08 novembre 2018 e DDR n. 124 del 20 novembre 2018 viene garantita la prosecuzione dell'intervento per il periodo 2018-2019, per le cinque aree territoriali di Belluno, Venezia, Verona, Vicenza, Treviso. La Giunta Regionale ha assegnato 400 mila euro per dare continuità alla rete di trasporti solidali attivata dalle associazioni di volontariato delle cinque province coinvolte. Sono servizi di accompagnamento gratuiti per i beneficiari e gestiti dai volontari attraverso il coordinamento con gli enti locali.

- **2018** (dicembre) Viene pubblicato il Rapporto Finale dell'Economics Living Lab (ELL, 2018) dell'Università degli Studi di Verona sul Progetto STACCO (l'indagine esclude la Provincia di Vicenza), da cui si evince una costante crescita di richieste di trasporto sociale e di associazioni coinvolte, e questo dimostra l'efficacia del progetto sia per la risposta ai bisogni dei cittadini in condizioni di svantaggio (soprattutto popolazione anziana con una rete sociale primaria poco strutturata e di status socioeconomico medio-basso), sia per la creazione di una rete tra le associazioni attive sul campo.

- **2019** Con DGR n. 1535 del 22 ottobre 2019 'Prosecuzione del servizio di trasporto sociale in rete – STACCO. Finanziamento annualità 2019-2020', vengono assegnati per l'annualità 2019 la somma complessiva di 500.000 euro gravante sul capitolo di spesa n. 103389 "Fondo nazionale per le politiche sociali – Interventi per gli Anziani – Trasferimenti correnti (art.20, L. 8/11/2000, n. 328 – art.80, c.17, L.23/12/2000, n.388), così ripartiti tra le cinque province:
  - al Comitato d'Intesa tra le associazioni volontaristiche della Provincia di Belluno, 110.000 euro;
  - a Volontarinsieme – CSV Treviso, 105.000 euro;
  - al Coordinamento delle Associazioni di volontariato della Città Metropolitana – CSV Venezia, 115.000 euro;
  - alla Federazione del volontariato di Verona Onlus – 110.000 euro;
  - a Volontariato in Rete – Federazione Provinciale di Vicenza, 60.000 euro.

Nella Figura 1 viene riportata la 'linea del tempo' della storia di *STACCO (Verona):*

Figura 1. La linea del tempo della storia del Progetto STACCO nella Provincia di Verona (2007-18). Fonte: Riprodotto da CSV, 2019b.

7 Origine, radici, principali tappe del progetto

▪ ***Le origini e le radici***

Il trasporto sociale, già attivo in Veneto dai primi anni 2000 è stato inizialmente fornito da associazioni di volontariato che, spesso in sinergia tra loro, operavano sulla base di un sistema di 'trasporto a chiamata', da parte dell'utente.

A partire dalla prima esperienza, rappresentata dal Progetto *STACCO* della Provincia di Belluno, tale servizio si è esteso ad altre province venete, su impulso della Regione Veneto che con una Delibera del 2014 suggeriva di attivare questo trasporto sociale in tutte le province. Verona, Treviso, Venezia e Vicenza si sono agganciate a partire dal 2015, mentre Padova e Rovigo non

hanno presentato progetti alla Regione, conducendo già un servizio simile per proprio conto finanziato da privati (*CARIPARO* – Fondazione Cassa di Risparmio di Padova e Rovigo).

Come sottolineato da volontari locali (Lunati, 2019), a fronte di un aumento delle richieste di trasporto sociale si rende necessario razionalizzare i servizi «affidando a strutture professionali convenzionate i trasporti che richiedono certezza e continuità di esecuzione e delegando, in maggior misura, al volontariato gli interventi di carattere prevalentemente sociale» (Lunati, 2019: 23).

▪ ***Principali tappe del progetto***

Il modello iniziale di trasporto sociale del Progetto *STACCO*, riceve un forte impulso dalla DGR n. 1967 del 28 ottobre 2014 (ai sensi della LR n. 11 del 2001), che concede un contributo a progetti di trasporto sociale da attivare o già in essere. Nel primo caso, ossia per le progettualità da attivare ex-novo, la regione si ispira ai modelli già esistenti, come appunto quello del Progetto *STACCO*; nel secondo caso, invece, si prevede il consolidamento e l'implementazione delle esperienze già attive nei territori provinciali, e già finanziate e monitorate dalla regione.

Contestualmente la Regione Veneto emana un bando che «sollecita l'invio, da parte di sette soggetti del volontariato, uno per provincia, di altrettanti progetti di trasporto sociale, inteso come servizio offerto dalle organizzazioni di volontariato in rete, a favore di persone svantaggiate rispetto alla mobilità ordinaria, quali per esempio persone anziane e disabili» (CSVnet, 2014); per la stesura di tali progetti la Regione Veneto ha così stabilito, il seguente criterio guida: «Storicamente si fa riferimento al modello di Progetto *STACCO* dell'area bellunese che è stato già riprodotto, con le dovute specificità, in altri territori provinciali» (CSV Belluno Treviso, 2020a). «Ne discende, quindi, un riconoscimento del servizio che da anni il Comitato d'Intesa del CSV (Centro di Servizio per il Volontariato) di Belluno, in qualità di ente capofila di una rete di 22 associazioni di volontariato, sta portando avanti» (CSVnet, 2014).

Con successivo provvedimento direttoriale (Decreto n. 229 del 30 dicembre 2014) la Regione Veneto ha deliberato uno specifico contributo finalizzato al trasferimento (e relativo sostegno) del modello bellunese del Progetto *STACCO* (Servizio Trasporto e ACCOmpagnamento) alle altre province venete che hanno aderito al bando (Treviso, Verona, Venezia e Vicenza). Vengono dunque approvate e finanziate nel complesso le progettualità relative a cinque aree territoriali/provinciali venete «assegnando a ciascuna il contributo massimo previsto dal bando, pari a 140.000 euro per il primo anno» (CSV Verona, 2019a).
Cinque enti gestori dei CSV del Veneto hanno visto così riconosciuta la propria progettualità.

Nel 2015 con DD n. 33 del 10 febbraio 2015 viene istituito il 'Tavolo di Lavoro' per la definizione di linee di indirizzo, relative ai criteri di accesso al servizio di trasporto e alle modalità di rendicontazione delle spese sostenute. Questo 'Tavolo di Lavoro' composto da tecnici e dai rappresentanti delle associazioni capofila di progetto per ogni territorio provinciale aderente, elabora un'analisi dei bisogni legati all'invecchiamento della popolazione, inclusi quelli economici, giungendo alla definizione della *Carta dei Servizi* che stabilisce quali devono essere le caratteristiche fondamentali del servizio di trasporto sociale e i suoi principi ispiratori (CSV Treviso, 2020; CSV Venezia, senza data). In particolare viene stabilito che:

- il servizio di trasporto consiste nell'accompagnamento gratuito dell'utente presso strutture mediche e socio-sanitarie, luoghi di aggregazione sociale e per attività ludico-ricreative, uffici al fine di favorire il disbrigo di pratiche;
- il servizio è rivolto a tutte le persone anziane e/o disabili con oggettive difficoltà motorie o psichiche, con particolare riguardo verso coloro che vivono soli, che versano in condizioni di povertà e che non sono autonomi nell'utilizzare i mezzi pubblici in sicurezza.

Nel corso della prima annualità viene anche avviato il periodico incontro dei rappresentati del Progetto *STACCO* delle diverse province. Gli incontri sono finalizzati al miglioramento del servizio e alla condivisione di procedure e strategie territoriali. A seguito di questi incontri, sono state raggiunte e condivise anche importanti definizioni rispetto ad alcuni elementi comuni e distintivi del *servizio* (come la definizione delle caratteristiche di disagio dei possibili beneficiari del

Progetto *STACCO*; aspetti relativi alla valutazione della qualità del progetto, del contesto territoriale, della rendicontazione, e relativi all'analisi dei dati del trasporto sociale).

I progetti provinciali sono stati poi rifinanziati nelle annualità successive. In particolare, con DGR n. 1634 dell'8 novembre 2018 e DDR n. 124 del 20 novembre 2018 è stata garantita la prosecuzione dell'intervento per il periodo 2018-19, per le cinque aree territoriali di Belluno, Venezia, Verona, Vicenza, Treviso.

In seguito, con DGR n. 1535 del 22 ottobre 2019 (BUR n. 126 del 05 novembre 2019), è stata rifinanziata, con altri 500.000 euro, la prosecuzione del Servizio trasporto sociale in rete *STACCO* per le annualità 2019-20 sempre nelle cinque province venete citate. Il finanziamento di ciascuna associazione provinciale è in misura proporzionale alla rete di volontari attivata e alle richieste di accompagnamento ricevute.

Una novità che si è realizzata nel 2019 nella Provincia di Belluno è stata la creazione dell'App 'PORTAMIAPP', uno strumento digitale che permette a chi ha bisogno di essere accompagnato a fare una visita medica o una commissione, di prenotare il passaggio da *PC* o *smartphone*. «La mobilità sociale e digitale è la nuova normalità!» (CSV Belluno Treviso, 2020b).

8 Agency e relazioni con il sistema

▪ ***Principali attori ed eventuale leadership***

La modalità gestionale del servizio prevede un soggetto capofila a livello provinciale che coordina le associazioni operanti nel territorio e ne monitora le attività, fungendo inoltre da soggetto che stimola, qualifica e programma ogni attore per rispondere ai bisogni del territorio.

Il Comitato d'Intesa/Ente gestore del CSV di Belluno, è l'ente capofila (a livello provinciale) di una fitta rete di associazioni di volontariato. Lo stesso Comitato funge un po' da riferimento per gli altri enti gestori nella gestione dei singoli progetti provinciali, ma non esiste formalmente un capogruppo regionale.

▪ ***Relazioni con il sistema***

Azione di volontariato dal basso inserita in contesto legislativo/di *policy*/programmatico.

▪ ***Cosa è rimasto del progetto***

Attualmente il progetto è in corso di svolgimento, quindi sono ancora in essere tutte le attività previste e descritte nelle altre sezioni di questa scheda. Gli enti gestori dei territori provinciali coinvolti operano mantenendo tra loro un costante rapporto di confronto e scambio di informazioni, al fine di favorire il miglioramento continuativo delle *performance* del servizio di trasporto sociale nella sua globalità.

9 Risorse mobilitate (finanziarie, umane, organizzative, politiche)

In complesso, la Regione finanzia il progetto e contribuisce anche alle spese vive di carburante e manutenzione mezzi, mentre le associazioni *partner* mettono a disposizione i propri mezzi di trasporto e i propri volontari, pur mantenendo azioni e obiettivi propri.

▪ ***Risorse finanziarie***

I costi vivi necessari alla gestione del servizio nelle cinque province sono sostenuti dalla Regione Veneto e, in quota parte, dalle associazioni impegnate nel progetto. A Belluno nel corso degli anni sono state attivate anche risorse da diversi enti erogatori (Regione, CSV, Fondazione Cariverona, ENEL Cuore, e altri) e i comuni della provincia da anni concorrono alle spese, fatto unico nel panorama *STACCO*.
Fondamentale in particolare il contributo iniziale deliberato con Decreto n. 229 del 30 dicembre 2014 dalla Regione per le cinque province coinvolte, pari a 140.000 euro, per il primo anno.
Il finanziamento di ciascuna associazione provinciale prosegue, come già anticipato sopra, in misura proporzionale alla rete di volontari attivata e alle richieste di accompagnamento ricevute, per un importo massimo delle obbligazioni di spesa per l'esercizio 2019, di 500.000 euro, alla cui

assunzione provvederà con proprio atto il Direttore della UO Dipendenze, Terzo Settore, Nuove Marginalità e Inclusione Sociale della Regione Veneto.
Il dettaglio dei destinatari dei finanziamenti per l'anno 2019-20 si configura come di seguito:

- Coordinamento delle associazioni di volontariato della Città Metropolitana di Venezia – CSV Venezia, 115.000 euro;
- Comitato di intesa tra le associazioni volontaristiche della Provincia di Belluno, 110.000 euro;
- Federazione del volontariato di Verona Onlus, 110.000 euro;
- Coordinamento delle associazioni di volontariato di Treviso, 105.000 euro;
- Volontariato in rete di Vicenza – Federazione provinciale di Vicenza, 60.000 euro (BurVet, 2019).

La copertura finanziaria è stata disposta sul capitolo di spesa 'Fondo nazionale per le politiche sociali – Interventi per gli Anziani – Trasferimenti correnti (L n. 328 dell'8 novembre 2000, art. 20; L n. 388 del 23 dicembre 2000, art. 80, c.17)'. L'erogazione dei contributi avverrà con un acconto pari al 70% del finanziamento concesso a seguito della dichiarazione di avvio/prosecuzione delle attività, mentre il saldo del 30% sarà erogato su presentazione della rendicontazione delle spese sostenute e di esaustiva relazione sui risultati raggiunti, entro il 30 settembre 2020. Per l'anno 2018, «la Giunta Regionale aveva già stanziato 400.000 euro per dare continuità alla rete di trasporti solidali attivata dalle associazioni di volontariato delle cinque province coinvolte» (CSV Vicenza, 2017).

▪ ***Risorse umane, organizzative e politiche***

Il Servizio di trasporto *STACCO* vive grazie all'operato dei volontari delle associazioni del terzo settore aderenti al progetto, i quali quotidianamente offrono il proprio tempo e le proprie competenze alle persone (anziani e disabili) che necessitano del trasporto e di accompagnamento. Ad aprile 2018, nelle province interessate, il trasporto era organizzato con 229 pulmini, messi a disposizione delle associazioni.
A livello politico intervengono e supportano le risorse organizzative dell'Assessorato alle Politiche Sociali della Regione Veneto e le relative unità operative e gli uffici coinvolti.

10 Dimensioni innovative

La principale dimensione innovativa riguarda la totale gratuità del servizio per l'utente finale, a differenza di quanto avviene per altri progetti di accompagnamento sociale e sanitario che in altri territori prevedono un minimo di contribuzione dell'utenza. Si tratta di un servizio 'a chiamata' e quindi svolto su richiesta dell'utente. Da sottolineare che spesso questo servizio non si limita al trasporto e all'accompagnamento, ma anche e soprattutto al sostegno e al supporto di persone in difficoltà e dei loro familiari, e pertanto è necessaria sensibilità e attenzione alle esigenze dell'utente.

▪ ***Soddisfazione di bisogni non coperti dal sistema di cura***

Il Progetto *STACCO* integra il sistema di cura soddisfacendo, senza aggravio di costi per l'utente (seppur parzialmente e non su tutto il territorio regionale), un bisogno presente nelle provincie interessate, anche se non del tutto coperto. È un servizio che prevede tra le sue destinazioni anche luoghi di socializzazione o di incontro, e può essere attivato anche per esigenze personali non previste dai trasporti pubblici.

▪ ***Modifica delle relazioni sociali/istituzionali tra anziani e altri attori***

La pratica quotidiana legata al servizio erogato ha necessariamente, e positivamente, consolidato prassi operative di collaborazione e scambio di informazioni con i servizi sociali del territorio e i comuni di riferimento, tanto da individuare nel Comitato d'Intesa il terminale dei diversi nodi della rete sparsa sul territorio.

- ***Empowerment/aumento della capacità di esprimersi e incidere***

Si può rilevare nel servizio il tentativo di stabilire una relazione empatica e di fiducia con l'utenza che sicuramente agisce in modo positivo sulla stessa.

11 Principali risultati dell'iniziativa

Dal momento che il progetto non è ancora concluso, si illustrano i principali risultati parziali ottenuti a livello regionale e separatamente per alcune province.

Prendendo in considerazione l'anno 2018, complessivamente, su quattro province (Verona, Belluno, Treviso, e Venezia), *STACCO* «soddisfa la domanda di circa 10.000 utenti e conta su una flotta automezzi di oltre 200 veicoli, con un valore a nuovo che supera i 5 milioni di euro, percorrendo annualmente circa 2 milioni di km» (CSV Verona, 2019a). Nello stesso anno, «sono stati quasi 1200 i volontari dell'intera regione che hanno garantito trasporto e accompagnamento a loro concittadini in difficoltà nel raggiungere l'ambulatorio del medico, l'ospedale o un ufficio pubblico. Il servizio non consiste solo in un passaggio automobilistico, ma un vero e proprio accompagnamento, in una relazione di empatia che va a beneficio di entrambi i soggetti, il conducente e il trasportato» (Collatuzzo, 2019).

Dall'analisi del Report del 2018 su *Il Progetto STACCO a Belluno, Treviso, Venezia e Verona. Profilo degli utenti e analisi costi/benefici* dell'ELL (Economics Living Lab), *spin off* dell'Università degli Studi di Verona sul Progetto *STACCO*, si evince una costante crescita di richieste di trasporto sociale e di associazioni coinvolte. Questo dimostra l'efficacia del progetto sia per la risposta ai bisogni dei cittadini in condizioni di svantaggio (soprattutto popolazione anziana, femminile, con una rete sociale primaria poco strutturata e con status socioeconomico medio-basso e che nel 41,9% dei casi vive da sola), sia per la creazione di una rete tra le associazioni attive sul campo (EEL, 2018).

È stata anche effettuata una valutazione di impatto sociale, attraverso il calcolo dell'indicatore «SROI (Social Return on Investment) che si è si è attestato sul valore di 5,5, che significa che l'investimento di 1 euro di denaro nel progetto STACCO, è in grado di fornire servizi alla collettività per 5 milioni e mezzo di euro; tale valutazione, oltre ad essere richiesta dalla Riforma del Terzo Settore, è un criterio per capire se un intervento funziona o meno che permette anche ai finanziatori di verificare i risultati, anche alla luce di una domanda latente che ancora per STACCO non può essere soddisfatta» (CSV Verona, 2019a).

12 Punti di forza e fattori di successo

- ***Punti di forza***

  - Gratuità del servizio per l'utente che ha bisogno di accompagnamento (persone anziane, fragili, disabili o sole);
  - individuazione di criteri precisi e condivisi di selezione degli utenti sulla base del concetto di disagio;
  - non obbligatorietà d'iscrizione alle associazioni che effettuano il trasporto da parte dei trasportati;
  - elevato numero di volontari che, in forma associata e coordinata dai rispettivi Centri di servizio per il volontariato provinciali, garantiscono il servizio di accompagnamento 'a chiamata' per visite mediche, terapie, pratiche burocratiche a persone con difficoltà di mobilità e di reddito;
  - entità della rete che si è sviluppata tra le associazioni *partner* e la condivisione di un numero elevato di pulmini da parte delle associazioni del territorio.

- ***Fattori di successo***

  - Non si tratta di un semplice trasporto ma anche di un momento di accoglienza e di aiuto, in cui i beneficiari si sentono più sollevati proprio per la componente empatica dell'accompagnamento, che si traduce nella relazione che si viene a creare tra la persona che non sta bene e chi lo sta aiutando;

- gestione del servizio da parte di associazioni di volontariato locali, attive e presenti sul territorio, che hanno consolidate esperienze nell'erogazione delle varie prestazioni e nel coordinamento delle relative attività, che hanno consentito loro di sviluppare modalità organizzative e operative efficienti sui territori.

13 Punti di debolezza e fattori di rischio

- Un punto di debolezza del Progetto *STACCO* riguarda la mancata estensione alle Province di Padova e Rovigo, che non hanno ancora aderito al modello regionale, ma hanno adottato un sistema di trasporto alternativo e consolidato attraverso il finanziamento che da qualche anno la Fondazione Cassa di Risparmio di Padova e Rovigo destina all'acquisto di automezzi da adibire al trasporto e accompagnamento di anziani, disabili e persone affette da difficoltà motorie e non autosufficienti. Considerato che tale servizio è sovrapponibile al modello regionale, queste aree e le rispettive le associazioni di volontariato potrebbero presto inserirsi nel Progetto *STACCO*, condividendone metodologie e modalità operative in un'ottica di uniformità dell'offerta sull'intero territorio regionale.
- Il trasporto sociale è sostanzialmente conosciuto e utilizzato solo dalle persone che ne hanno più bisogno. È necessario migliorare l'informazione sull'esistenza e sul ruolo del Progetto *STACCO*, e relative funzioni e ambiti territoriali del servizio. A tal proposito sembra importante poter organizzare incontri informativi presso i centri di aggregazione, senza però sottovalutare che una maggiore informazione potrà comportare un aumento della domanda, cui si dovrà assolutamente riuscire a fare fronte (Lunati, 2019).
- È un servizio erogato da associazioni di volontariato che, quotidianamente, si fanno carico di problemi sempre più complessi, legati alle modalità ed alla sicurezza del trasporto, assumendosi responsabilità che non vanno sottovalutate e che richiedono un forte supporto dagli enti competenti.
- È un servizio con ambiti operativi molteplici, rivolto ad un ampio bacino di utenza e che, spesso, prevede un grande impegno di tempo. Sostenibile quindi solo se svolto attraverso strutture che garantiscano mezzi e professionalità adeguate alle necessità, nonché certezza e continuità nel tempo, in sintesi strutture professionali.

14 Potenziale in termini di policy: replicabilità e/o *up-scaling*

Il Progetto *STACCO* è un esempio di buona pratica che si integra con il servizio di trasporto urbano e può essere replicato in altri territori in virtù dell'esperienza pluriennale positiva maturata dai soggetti attuatori e dai loro *partners*, e nell'ottica di soddisfare la crescente domanda derivante dalla popolazione *target*. Storicamente, dal 2014, si fa infatti riferimento al modello di Progetto *STACCO* dell'area bellunese, che è stato già riprodotto, con le dovute specificità, anche in altre quattro province venete, ma con buone opportunità di estensione anche a Padova e Rovigo.
Da evidenziare anche un'evoluzione del Progetto *STACCO* di Vicenza, quale esempio di progettualità provinciale. Il 'Volontariato in rete' di Vicenza ha infatti presentato un progetto che intende mettere in rete le risorse provinciali, al fine di garantire il diritto alla mobilità delle persone svantaggiate, attraverso:

- la costituzione di una 'cabina di regia' con i rappresentanti delle conferenze dei sindaci e delle organizzazioni di volontariato dei tre ambiti territoriali corrispondenti alle aziende socio sanitarie ULSS n. 4, 5 e 6. È prevista la formalizzazione dell'adesione della 'Conferenza dei Sindaci' dell'Azienda ULSS n. 6;
- l'attivazione progressiva di tre centrali operative per ottimizzare l'organizzazione e la gestione delle domande di trasporto da parte dei cittadini e delle offerte da parte sia delle organizzazioni di volontariato, sia delle amministrazioni pubbliche;
- la progressiva omogeneizzazione delle modalità di accesso ai servizi di trasporto in relazione ai criteri di individuazione dei beneficiari (indicatori di condizioni economica, valutazione delle difficoltà di mobilità, valutazione della rete familiare e sociale di sostegno, ecc.) e costo dei rimborsi per le associazioni di volontari;
- la realizzazione di un sistema di monitoraggio dei bisogni emergenti per la valutazione delle attività (Volontariato in rete Vicenza, senza data).

Il Comune di Vicenza, fin da subito, ha aderito come partner del progetto, mettendo in rete le procedure e le modalità utilizzate nel proprio contesto urbano per rispondere ai bisogni di mobilità sociale.

15 Fonti

▪ ***Riferimenti bibliografici e sul web***

BurVet (2019) 'Deliberazione della Giunta Regionale n. 1535 del 22 ottobre 2019: Prosecuzione del servizio di trasporto sociale in rete - STACCO. Finanziamento annualità 2019-2020' [online]. Accessibile su: https://bur.regione.veneto.it/BurvServices/Pubblica/DettaglioDgr.aspx?id=406271. (Consultato: marzo 2020).

Comuni-Italiani.it (2019) 'Regione Veneto'. Accessibile su: http://www.comuni-italiani.it/05/ (Consultato: marzo 2020).

CSVnet (2014) 'Progetto "Stacco": 140mila euro dalla Regione Veneto' [website]. Accessibile su: https://www.csvnet.it/csv/storia/54-promozione-volontariato/1559-progetto-stacco-140mila-euro-dalla-regione-veneto. (Consultato: marzo 2020).

CSV Belluno Treviso (2020a) 'Progetto STACCO: il modello bellunese fa scuola in Veneto' [website]. Accessibile su: http://www.csvbelluno.it/servizi/informazione/comunicati-stampa/2566-progetto-stacco-il-modello-bellunese-fa-scuola-in-veneto.html. (Consultato: marzo 2020).

CSV Belluno Treviso (2020b) 'Servizio di Trasporto e ACCOmpagnamento' [website]. Accessibile su: http://www.csvbelluno.it/comitato-d-intesa/progetti/stacco.html. (Consultato: marzo 2020).

CSV Treviso (2020) 'STACCO TREVISO – Progetto di trasporto sociale' [website]. Accessibile su: https://www.trevisovolontariato.org/progetti/stacco-treviso-progetto-trasporto-sociale/. (Consultato: marzo 2020).

CSV Venezia (2020) 'Scheda richiesta di trasporto – STACCO Venezia 2020' [website]. Accessibile su: https://www.csvvenezia.it/progetti/stacco.html. (Consultato: marzo 2020).

CSV Venezia (senza data) *Carta dei Servizi STACCO* [online]. Accessibile su: https://www.csvvenezia.it/cms/files/file/17377-cartadeiservizi.pdf. (Consultato: marzo 2020).

CSV Verona (2019a) 'STACCO, i dati della valutazione d'impatto sociale'[online]. 18 febbraio 2019. Accessibile su: https://csv.verona.it/2019/02/18/stacco-dati-della-valutazione-dimpatto-sociale/. (Consultato: marzo 2020).

CSV Verona (2019b) *Servizio di trasporto e accompagnamento in provincia di Verona*. Pieghevole [online]. Accessibile su: https://csv.verona.it/wp-content/uploads/2019/02/infografica_pieghevole_stacco_2019.pdf. (Consultato: marzo 2020).

CSV Vicenza (2017) 'La Regione Veneto rifinanzia il Progetto STACCO per il trasporto sociale' [online]. 24 novembre 2017. Accessibile su: https://www.csv-vicenza.org/web/2017/11/24/la-regione-veneto-rifinanzia-il-progetto-stacco-per-il-trasporto-sociale/. (Consultato: marzo 2020).

EEL (Economics Living Lab) (2018) *Il Progetto STACCO a Belluno, Treviso, Venezia e Verona. Profilo degli utenti e analisi costi/benefici*. Rapporto Finale [online]. Università degli studi di Verona. Accessibile su: http://www.econlivlab.eu/sites/default/files/Allegati/ABSTRACT.pdf. (Consultato: marzo 2020).

Lunati, L.A. (2019) *Il trasporto sociale a Castelfranco Veneto* [online]. Tesina. Percorso formativo Università del Volontariato. Anno 2018/2019. Venezia, Università Ca Foscari. Accessibile su: https://www.unive.it/pag/fileadmin/user_upload/comunicazione/sostenibile/doc/PROGETTI/UniVolontariato/quinta_edizione_2018-2019/Tesine/lunati_tesina_def.pdf. (Consultato: marzo 2020).

Collatuzzo, L. (2019) 'La Regione Veneto rifinanzia il progetto Stacco: trasporti gratis per disabili e anziani, 700mila chilometri percorsi' [online], *Qdpnews – Quotidiano del Piave*. 23 ottobre 2019. Accessibile su: https://www.qdpnews.it/veneto/31551-la-regione-veneto-rifinanzia-il-progetto-stacco-trasporti-gratis-per-disabili-e-anziani. (Consultato: marzo 2020).

UILDM Venezia (2017a) 'PROGETTO STACCO VENEZIA: servizio di trasporto sociale gratuito tel. 041 3023178' [website]. Accessibile su: http://www.uildmve.org/index.php/progetto-stacco-venezia-servizio-di-trasporto-sociale-gratuito-tel-041-3023178/. (Consultato: marzo 2020).

UILDM Venezia (2017b) *STACCO-Venezia*. Brochure [online]. Accessibile su: http://www.uildmve.org/wp-content/uploads/2017/04/Brochure-STACCO-Venezia.pdf. (Consultato: marzo 2020).

ValdoTV (2019) 'Regione Veneto rifinanzia progetto STACCO: trasporti gratis per anziani e disabili' [website]. Accessibile su: https://www.valdotv.com/2019/10/23/regione-veneto-rifinanzia-progetto-stacco-trasporti-gratis-per-anziani-e-disabili/. (Consultato: marzo 2020).

Valente, F. (2017) 'Ti portiamo fino alla Luna e ritorno «Stacco» il trasporto degli anziani' [online], *Corriere della sera*. 8 novembre 2017. Accessibile su: https://www.corriere.it/buone-notizie/17_novembre_08/fino-luna-ritorno-successo-stacco-traporto-anziani-veneti-df6f27c6-c4a6-11e7-92a1-d24c712a4dfa_amp.html. (Consultato: marzo 2020).

Volontariato in rete Vicenza (senza data) 'Il progetto: STACCO – Servizio di Trasporto Accompagnamento della provincia di Vicenza' [website]. Accessibile su: https://www.volontariatoinrete.org/portale_3/stacco/. (Consultato: marzo 2020).

- ***Interviste a testimoni privilegiati***

Giovanardi Isabella, Referente del progetto e Presidentessa dell'Associazione *Anziani in Rete*, Carpi (MO), intervista in videoconferenza e per e-mail, marzo 2020.

16 Data chiusura del caso studio

La ricostruzione e l'analisi critica del caso studio si sono concluse nel mese di aprile 2020.

17 Contatti

Referenti del progetto:

Maria Carla Midena, Direzione Servizi Sociali del Veneto, UO Dipendenze, Terzo Settore, Nuove Marginalità e Inclusione Sociale

e-mail: mariacarla.midena@regione.veneto.it

Samantha Bobbo, Direzione Servizi Sociali del Veneto, UO Dipendenze, Terzo Settore, Nuove Marginalità e Inclusione Sociale

e-mail: samantha.bobbo@regione.veneto.it

18 Ringraziamenti

Si ringraziano le referenti del Progetto *STACCO* per i chiarimenti forniti.

IN-AGE - INclusive AGEing in place
Laboratorio Politiche Sociali, Politecnico di Milano
Dipartimento Architettura e Territorio, Università Mediterranea di Reggio Calabria
Centro Ricerche Economico-Sociali per l'Invecchiamento, INRCA-IRCCS, Ancona

23 SPAZI PUBBLICI A MISURA DI ANZIANO-SPMA

di Antonella Sarlo
Dipartimento Architettura e Territorio, Università Mediterranea di Reggio Calabria

1 Breve descrizione dell'iniziativa

Il Progetto *Spazi Pubblici a Misura di Anziano-SPMA* viene avviato nel 2015 a Locarno. L'iniziativa, che si colloca nell'ambito delle raccomandazioni dell'OMS per la costruzione di *città age-friendly,* si propone di elevare la qualità della vita, della sicurezza e della vita sociale delle persone anziane e di sperimentare la costruzione di spazi pubblici a misura di anziano. Il progetto, caratterizzato da sinergie multiattoriali e multisettoriali, ha trovato un momento qualificante nel processo partecipativo attivato che ha consentito di verificare anche in le esigenze espresse dalla popolazione anziana della città. Nel 2019 il 70% delle misure previste risulta già attuato o in avanzata fase di attuazione.

2 Luogo

SVIZZERA, Ticino, Distretto di Locarno, **Locarno.**

3 Contesto territoriale

- ***Tipologia di area***

La città di Locarno è una città di medie dimensioni, capoluogo dell'omonimo distretto costituito da 23 comuni.
Nel 2018 la città ha una popolazione residente pari a 15.826 abitanti, di questi l'11,51% ha un'età compresa tra i 65 e i 74 anni e il 13,16% ha un'età uguale o maggiore a 75 anni. Complessivamente quindi il 24,67% della popolazione è over65, dato più elevato rispetto alla media nazionale svizzera che è pari a 18,46% (AdminStat Svizzera, 2020).
Anche l'indice di vecchiaia che è pari a 204,18 risulta molto più elevato rispetto alla media nazionale che è pari a 122,88 (AdminStat Svizzera, 2020) e fa registrare un progressivo aumento già a partire dal 2000, anno in cui il suo valore era pari a 128,70.

- ***Scala di azione***

La scala dell'iniziativa è l'intera città di Locarno; il progetto sperimenta la costruzione di 'spazi pubblici a misura di anziano' in coerenza con i requisiti proposti dall'Organizzazione Mondiale della Sanità, verificati anche in relazione alle esigenze espresse dalla popolazione anziana della città.

- ***Range se 'azione di sistema'***

Pur nascendo come progetto pilota, questa iniziativa si configura come un'azione di sistema a livello locale per due ordini di ragioni: i) per il processo di sviluppo che la caratterizza e che prevede una continuità nel tempo della strategia avviata nel 2015; ii) per l'azione di integrazione con altri progetti che è stata sviluppata a partire da questa prima esperienza.

4 Tipologia dell'iniziativa e approccio

- ***Tipologia***

  - **Politica pubblica locale**
  - Progetto finanziato dalla *municipalità* e per alcuni interventi da un'*associazione privata no-profit*.

▪ ***Soggetti attuatori***

Municipio di Locarno – Dicastero Socialità, in collaborazione con i Dicasteri Finanze e Genio Civile ed Educazione, Cultura e Sport.

▪ ***Altri soggetti coinvolti (rete mobilitata dal progetto)***

- Servizio di promozione e valutazione sanitaria dell'Ufficio del medico cantonale del DSS;
- Dipartimento del Territorio – Ufficio pianificazione tecnica del traffico;
- il Cantone del Ticino;
- *ATTE* (Associazione Ticinese Terza Età), formata da persone anziane (oltre i 60 anni) la cui finalità è quella di consentire agli anziani di rimanere nella propria casa il più a lungo possibile, di offrire attività a tutte le persone interessate e di favorire la socializzazione;
- *Pro Senectute* – è la maggiore organizzazione di prestazioni e servizi a favore del mantenimento a domicilio delle persone anziane in Svizzera;
- Associazioni di quartiere;
- Lyons Club Locarno;
- gli anziani che hanno partecipato alle attività;
- Associazione Inclusione Andicap Ticino (ex Federazione Ticinese Invalidi Sportivi): è un ente di pubblica utilità senza scopo di lucro che difende i diritti delle persone con disabilità in Ticino.

▪ ***Fonti di finanziamento***

- Fondi municipali.
- Fondi cantonali.
- Fondi Lyons Club Locarno.

▪ ***Approccio***

Il progetto ha un approccio pubblico ed è caratterizzato da una regia centrale esercitata dalla *municipalità* che svolge il suo ruolo programmatico in modo efficace e continuo nel tempo. Il *municipio* si rende inoltre attivo nel promuovere reti con altri soggetti pubblici e con associazioni cittadine.

▪ ***Target e beneficiari***

I beneficiari sono tutti i cittadini *over65* di Locarno.

5 L'iniziativa

▪ ***Ambito di intervento***

2. Pratiche innovative che riguardano la vita *fuori casa* degli anziani.
2.1 Servizi innovativi per facilitare la socializzazione.
2.2. Servizi innovativi per la mobilità e progetti urbani *age-friendly.*
3. Politiche e azioni innovative di sistema: regia, informazione, formazione.

▪ ***Obiettivi***

Obiettivo dello studio/progetto pilota è migliorare le condizioni per vivere e spostarsi a piedi in città, con particolare riguardo alle necessità della terza e quarta età. L'iniziativa, che ha suscitato anche l'interesse del Cantone, potrebbe tradursi in un modello di riferimento riproducibile anche in altri comuni ticinesi.

6 Temporalità

- **2013** Con Messaggio Municipale (MM) n. 21 del 15 marzo, la Municipalità approva il finanziamento per il 'Piano di mobilità scolastica'.
- **2014** L'opposizione presenta due interrogazioni al Sindaco nelle quali richiama l'attenzione sul tema della 'città a misura di anziano'.

- **2015** Il Municipio incarica lo Studio *Comal.ch* di procedere ad un completamento del Piano di Mobilità Scolastica – PMS e ad un'analisi complessiva del territorio per quanto riguarda la mobilità degli anziani (*progetto pilota*).
- **2015** Il Servizio di promozione e valutazione sanitaria (Ufficio del medico cantonale) e la sezione 'Mobilità' del Dipartimento Territorio ritenendo di interesse il *progetto pilota* lo sostiene con attività di consulenza ed erogando un piccolo sussidio finanziario per sostenere lo studio preliminare.
- **2016** Viene attivato il percorso di partecipazione delle persone anziane per l'individuazione di osservazioni, suggestioni, bisogni.
- **2016** Il Municipio approva il Documento 'Spazi pubblici a misura di anziano' deliberando anche l'intenzione di avviare un confronto con le commissioni di quartiere sui contenuti e sulle possibili priorità di attuazione.
- **2017** Il Lyons Club di Locarno e l'Associazione Inclusione Andicap Ticino promuovono il Progetto *LimitOff*.
- **2017-19** Le misure previste nel Piano di mobilità scolastica, nello studio Spazi pubblici a misura di anziano – SPMA e le segnalazioni contenute nel Progetto *LimitOff* vengono integrate in un unico elenco che consente ai Servizi del Territorio – Divisione Urbanistica e Infrastrutture, di organizzarne l'attuazione, di integrarle con altri interventi già in corso e di monitorarne la realizzazione. Alcune misure proposte dai suddetti progetti sono state finanziate perché incluse nel *PALoc* (Programma di Agglomerato del Locarnese).
- **2019** Con Messaggio Municipale (MM) n. 90 del 10 maggio viene richiesta la concessione di un credito complessivo di 541.000 CHF per l'avanzamento del Progetto *Spazi pubblici a misura di anziano – SPMA* (MM n. 90 del 10 maggio 2019).

7 Origine, radici, principali tappe del progetto

▪ *Le origini e le radici*

Il *Progetto pilota Spazi Pubblici a Misura di Anziano* viene avviato nel 2015 a Locarno. Tre i fattori propulsivi che hanno dato la spinta a questo progetto.

Il primo è da ricollegare al trend demografico della città di Locarno che già dal 2000 faceva registrare un progressivo incremento dei residenti over65 e un innalzamento consistente dell'indice di vecchiaia.

Il secondo è invece collegato al Piano di Mobilità Scolastica, progetto avviato dall'amministrazione comunale nel 2013-14 che si poneva l'obiettivo di individuare i punti critici in fatto di sicurezza e confort dell'infrastruttura stradale per gli spostamenti pedonali degli scolari, progetto questo che indirettamente forniva anche alcune soluzioni per le persone anziane.

Infine il terzo e fondamentale fattore propulsivo che ha determinato l'avvio del progetto è da ricollegare a due interrogazioni municipali, poste dall'opposizione nel 2014: la prima dal titolo 'Elogio delle panchine' e la seconda 'Locarno, città amica degli anziani?'. Quest'ultima richiamava l'attenzione sul progressivo processo di invecchiamento che interessava Locarno e su alcuni studi che si stavano conducendo in altre città svizzere e richiamava le indicazioni contenute nel Documento dell'OMS 'Invecchiare in modo attivo'. L'interrogazione che suggeriva l'attivazione di una politica dedicata a far divenire Locarno 'Città amica degli anziani', chiedeva al Municipio risposte ad alcune domande che sinteticamente proponevano (Camponovo Canetti, 2014; Sindaco di Locarno, 2015):

- l'adesione della città alla Rete delle *Città amiche degli anziani*;
- la promozione di forme di consultazione per rilevare i bisogni delle persone anziane nella fruizione degli spazi pubblici;
- la predisposizione di criteri per 'uno spazio pubblico a misura di anziani' sulla base dei risultati emergenti dalle consultazioni;

- la predisposizione di un quadro sinottico di quanto già realizzato dall'amministrazione;
- l'elaborazione di un quadro delle misure realisticamente applicabili ed attuabili.

In seguito a tale interrogazione il sindaco, nel 2015, conferisce mandato, allo stesso studio di ingegneria (*Comal.ch*) che aveva elaborato il piano per la mobilità scolastica, di elaborare un'analisi e delle proposte per uno sviluppo urbano a misura di anziano con particolare riferimento allo spazio pubblico.

▪ ***Le tappe del progetto: un processo partecipato e un'azione integrata***

Essendo questo un Progetto pilota e non avendo a disposizione riferimenti di altri studi paragonabili a livello nazionale, l'amministrazione comunale decide di avviare un processo che si muove su più fronti integrati e coordinati. Nello schema che segue (fig. 1) si sintetizza il percorso del progetto.

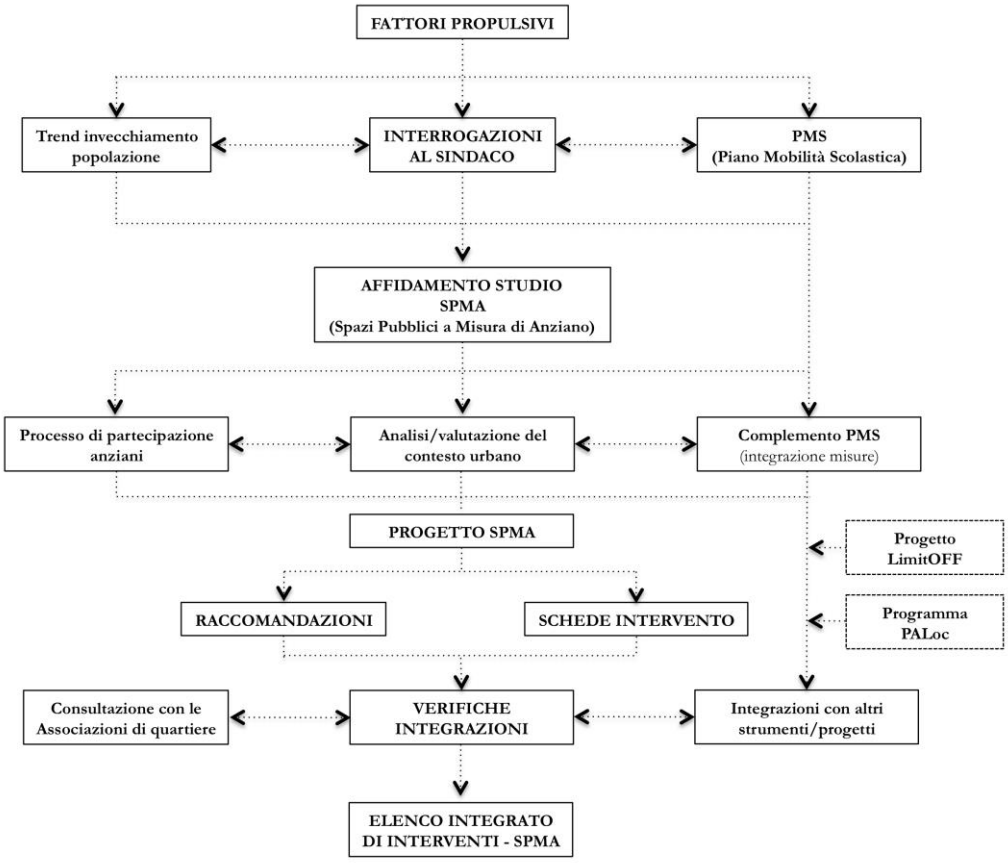


Figura 1. Il percorso del Progetto SPMA.
Fonte: Ns. elaborazione.

▪ ***Gli obiettivi e il campo di azione***

Obiettivo generale del progetto è effettuare una valutazione complessiva della città di Locarno in relazione ai temi 'spazi all'aria aperta e edifici' e 'trasporti' evidenziando i punti di forza e i punti di debolezza e prefigurando raccomandazioni e soluzioni per risolvere gli aspetti critici rilevati.

In primo luogo, nella Relazione Tecnica presentata dalla *Comal.ch* (studio di ingegneria incaricato dal Municipio) vengono delimitati gli ambiti specifici di intervento:

- gli *spazi all'aria aperta* e gli edifici di proprietà pubblica;
- i *trasporti* limitatamente alle *percorrenze pedonali* e quindi agli spostamenti a piedi.

Per i due ambiti considerati vengono individuati: gli elementi chiave per la progettazione e/o riqualificazione, sulla base della lista di controllo predisposta dall'OMS nella 'Città a misura di

anziano: una guida' (vedi Figura 2); le principali tipologie di spazio pubblico rispetto alle funzioni svolte (vedi Figura 3). Quattro le tipologie considerate nello studio:

- spazi con funzione di collegamento (strade, stradine, contrade, sentieri, passaggi, ecc.);
- spazi con funzione di sosta e incontro (piazze, piazzette, larghi, parchetti, incroci, ecc.);
- spazi con funzione di svago (parchi, aree verdi, parchi giochi, giardini pubblici, passeggiate, ecc.);
- spazi con funzione di socializzazione (piazze e vie con attività commerciali).

Per le diverse tipologie viene evidenziato come non si tratti solo di consentire le percorrenze in sicurezza e senza ostacoli, ma anche di immaginare 'nodi' attrezzati con panchine e servizi di prima necessità (ad es. WC) al fine di consentire un collegamento dei nodi principali in tranquillità.

Figura 2. Elementi chiave per la progettazione. Fonte: Città di Locarno, 2019.

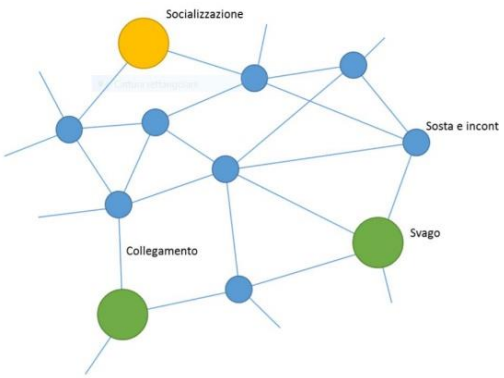


Figura 3. Spazi pubblici: funzioni e rete. Fonte: Città di Locarno e Comal.ch, 2016a.

▪ ***La prima fase: complemento al Piano di mobilità scolastica – PSM***

La prima fase, di carattere sperimentale, viene orientata a realizzare un complemento d'analisi al 'Piano di mobilità scolastica' con la finalità di evidenziare la compatibilità delle proposte contenute con il concetto di 'Città a misura di anziano' e di proporre eventuali correttivi o complementi progettuali. Viene quindi svolta un'attività di verifica, valutazione e integrazione di alcuni interventi che erano stati previsti nel piano di mobilità scolastica.

In questa fase del lavoro si sono anche verificate le possibili corrispondenze tra quanto segnalato dalle famiglie degli studenti nel PSM e quanto evidenziato dagli anziani nel processo di partecipazione specificatamente avviato per la redazione del *SPMA*. È stato così verificato come:

- i luoghi segnalati come maggiormente problematici dai genitori degli allievi coincidevano con quelli espressi dagli anziani;
- il tema dell'attraversamento fosse centrale per entrambe le categorie.

Il complemento al Piano di mobilità scolastica ha consentito di:

- individuare 24 misure capaci di portare a soluzione anche problematiche per gli utenti anziani;
- integrare 16 misure con dei correttivi/completamenti al fine di migliorare le prestazioni dello spazio pubblico anche per gli anziani (es. inserimento di punti di sosta con panchine o altri servizi).

▪ ***La seconda fase: analisi complessiva del territorio comunale***

Nella seconda fase è stata elaborata un'analisi complessiva del territorio per quanto riguarda la mobilità degli anziani in relazione ai temi 'spazi all'aria aperta e edifici' e 'trasporti' secondo i criteri stabiliti nella definizione del campo di indagine.

In questa fase dello studio è stata elaborata una prima 'radiografia' del contesto urbano che ha identificato:

- le zone con maggiore densità di persone over65
- l'ubicazione di servizi urbani considerati importanti per gli over65, comprese le fermate dei mezzi pubblici, ed è stato poi valutato il loro grado di raggiungibilità;
- la dotazione di panchine, servizi igienici pubblici, ecc.

▪ ***La terza fase: il processo di partecipazione e il punto di vista degli anziani***

Costruita questa mappatura del territorio urbano, viene avviata la prima fase del processo partecipativo finalizzata a cogliere il punto di vista degli anziani. Il processo partecipativo è stato svolto attraverso:

- la somministrazione di questionari a tutti i soci delle associazioni di terza età (*ATTE* e *Pro Senectute*);
- l'organizzazione di un incontro informativo/dibattito pubblico presso un centro diurno.

Attraverso queste modalità sono state raccolte una lunga serie di suggerimenti di carattere puntuale o generale che hanno permesso di completare le analisi svolte e di definire le priorità di intervento.

Dai questionari distribuiti a 667 persone e compilati da 154 emergono come principali difficoltà nella fruizione dello spazio pubblico (vedi Figura 4): i tempi di attraversamento troppo brevi dei semafori; la mancanza di servizi igienici e luoghi di sosta; la pavimentazione irregolare; gli attraversamenti difficili o pericolosi.

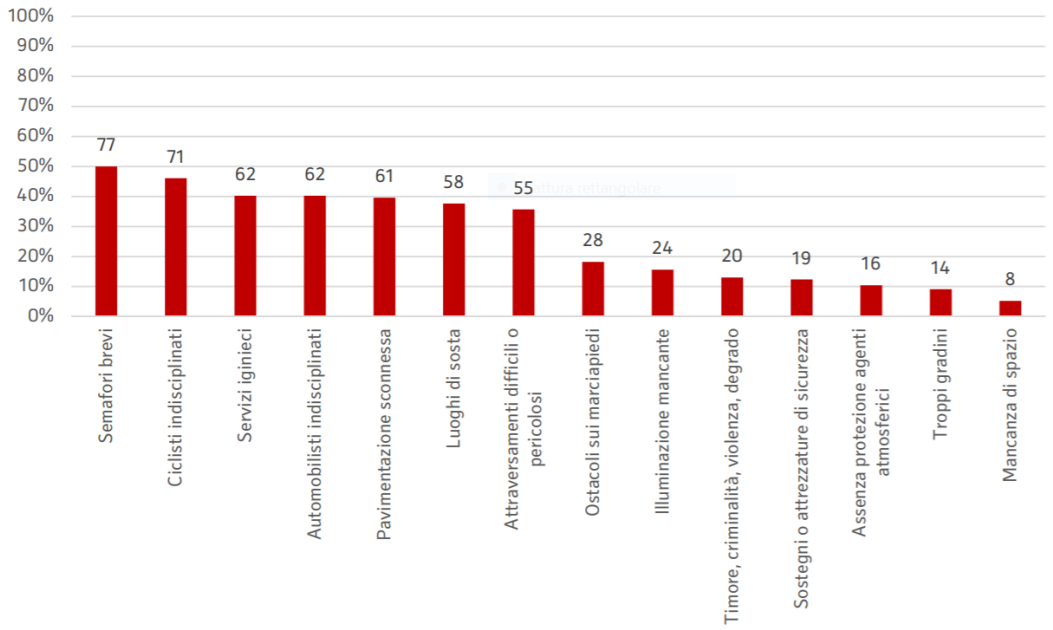


Figura 4. Gli esiti del questionario: le principali difficoltà segnalate dalle persone over65.
Fonte: Città di Locarno e Comal.ch, 2016a: 22.

La seconda parte del questionario prevedeva risposte aperte in modo da raccogliere informazioni sulle zone, sulle problematiche riscontrate, e su possibili suggerimenti. Le segnalazioni e le proposte coprono in modo piuttosto fitto tutto il territorio cittadino, con alcuni punti che spiccano per numero di segnalazioni. Anche in questa sezione del questionario i temi ricorrenti sono: la mancanza di panchine, luoghi di sosta e servizi igienici, le difficoltà di attraversamento, l'illuminazione a tratti insufficiente, la pavimentazione sconnessa,

l'accessibilità del trasporto pubblico, i posteggi per disabili non sempre disponibili e ben posizionati (Città di Locarno e Comal.ch, 2016a).

- ***La definizione delle azioni progettuali, l'approvazione del SPMA e le consultazioni con le commissioni di quartiere***

Il processo di partecipazione e le analisi tecniche svolte dal gruppo di progettazione hanno consentito di individuare 'gli spazi pubblici da valorizzare', ossia quelle aree pubbliche che si presterebbero ad una valorizzazione nell'ottica del miglioramento della fruibilità per le persone anziane. Le proposte dettagliate vengono poi riportate nelle schede di intervento (vedi Figura 5):

Su queste basi, la Relazione Tecnica *Spazi Pubblici a Misura di Anziano* articola la sua proposta secondo tue tipologie di azione:

- le raccomandazioni per lo sviluppo di spazi pubblici a misura di anziano;
- le schede di intervento (n. 21) dove vengono illustrate, per i luoghi della città dove sono stati individuati dei punti deboli, le principali problematiche e le possibili soluzioni (vedi Figura 5).

Questo documento viene approvato dal Municipio di Locarno nel marzo del 2016 e contemporaneamente viene deliberato di avviare consultazioni con le commissioni di quartiere sui contenuti e sulle priorità di attuazione del *SPMA*. Contemporaneamente vengono individuate anche le possibili integrazioni e sinergie con i progetti previsti nel Piano dell'Agglomerato Locarnese (*PALoc*).

Un'ulteriore spinta all'attuazione del progetto viene data, nel 2017, dal Progetto *LimitOff* che viene proposto al Municipio di Locarno dal Lyons Club e da Inclusione Andicap Ticino col fine di risolvere una serie di punti critici per l'accessibilità con sedia a rotelle.
Alla fine di questo processo di partecipazione e integrazione di strumenti e progetti, il progetto *SPMA* individua 94 proposte di intervento. Gli interventi impostati (vedi Tabella 1) in base alla tipologia e alle priorità scaturite dai processi partecipativi e poi decise dall'autorità comunale riguardano:

Tabella 1. Principali tipologie di intervento emerse dal processo partecipativo.

Panchine	Aumentare il numero tra le zone residenziali e le zone di svago/commerci per permettere momenti di sosta. Esecuzione nei limiti di spazio a disposizione.
Fontane	Aumento numero nelle tratte di transizione residenze-commerci
Toilette	Potenziamento dell'offerta e miglioramento di accessibilità e rinnovo delle esistenti.
Semafori	Ottimizzazione di tempi di attesa e di transizione.
Barriere architettoniche	Eliminazione di gradini e altri ostacoli e integrazione con ausili che possono facilitare le percorrenze pedonali (es. corrimano, ecc.).
Zone di sosta e di socializzazione	Ricerca di nuove zone sui percorsi più utilizzati dagli anziani.

Fonte: Ns. elaborazione su dati Città di Locarno e Comal.ch, 2016a.

Scheda proposta intervento n.1	**Priorità: Alta**

Localizzazione

Via San Jorio

Il 'balcone' sul portale della galleria e la passeggiata fino all'autosilo costituiscono uno spazio pubblico ampio e di grande interesse, anche in considerazione dell'elevata densità di anziani che abitano nel quartiere adiacente. Purtroppo l'attuale configurazione rende questi spazi poco attrattivi a causa dell'eccessiva linearità, l'arredo spoglio, la pavimentazione sconnessa, l'accessibilità limitata a pochi punti. Le panchine presenti sono situate in modo inattrattivo. La zona presenta in parte problemi di ordine pubblico. All'altezza di via Bustelli è presente un collegamento tramite gradini privi di corrimano e poco visibili, non adatti agli anziani.

Figura 5. Scheda di intervento.
Fonte: Città di Locarno e Comal.ch, 2016b: 1.

▪ ***Attuazione e risultati del progetto***

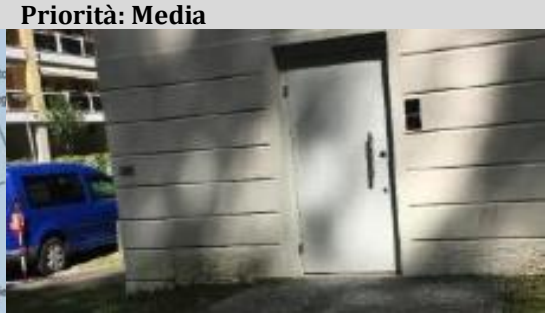
Le misure previste nel Progetto *Spazi pubblici a misura di anziano*, nel 'Piano di mobilità scolastica' e le segnalazioni contenute nel Progetto *LimitOff* vengono integrate in un unico elenco che consente ai Servizi del Territorio-Divisione Urbanistica e Infrastrutture, di integrarle con altri interventi già in corso, di organizzarne l'attuazione e di monitorarne la realizzazione.

Al 2019 il 70% delle misure risulta già attuato o in fase di attuazione. In particolare sul totale delle 94 misure contenute nell'elenco integrato risulta che (Municipio di Locarno, 2019):

- 34 sono già state realizzate (vedi Figura 6);
- otto sono in corso di attuazione o in trattativa;
- 19 sono coordinate con altri progetti in corso di realizzazione;
- un progetto (*LimitOff*) è in fase di esecuzione (dei 74 interventi puntuali, agli incroci o attraversamenti pedonali, 21 sono stati già realizzati);
- sette progetti sono stati oggetto di richiesta di credito (pari a 541.000 CHF) con il MM n. 90 del 2019;
- 26 misure minori sono in attesa (seconda priorità).

Da sottolineare che il Municipio considera il Progetto *Spazi Pubblici a Misura di Anziano* un'azione che deve proseguire nel tempo, ponendo una costante attenzione alle esigenze degli anziani e proponendo miglioramenti e modifiche anche ad altri progetti che riguardano la città.

Scheda proposta intervento n.8 **Priorità: Media**



Localizzazione

Bosco Isolino

Questo parco ben inserito nel quartiere e ben curato è un'importante offerta di svago. Attualmente i servizi igienici sono disponibili solo presso l'esercizio pubblico, con conseguenti limitazioni di orario.

Proposte

Realizzare toilette pubbliche presso l'entrata del parco.

Figura 6. Scheda di intervento e attuazione.
Fonte: Ns. elaborazione su dati Città di Locarno – Comal.ch, 2016a; 2016b; Città di Locarno, 2019.

8 Agency e relazioni con il sistema

▪ ***Principali attori ed eventuale leadership***

Questa iniziativa, promossa dal Municipio e da questo coordinata e controllata, si caratterizza per un approccio multiattoriale che presenta due traiettorie principali:

- La *prima* fa riferimento al coinvolgimento diretto e proattivo dell'utenza interessata dal progetto, cioè gli anziani. Il processo partecipativo sperimentato non è stato solo finalizzato alla comprensione delle esigenze degli anziani, ma ha cercato anche di coglierne idee e progettualità trasferendole poi nella proposta definitiva. A valle di questo primo percorso partecipativo viene poi prevista e attuata una verifica delle soluzioni ipotizzate con le associazioni di quartiere, ampliando quindi ulteriormente la platea dei soggetti coinvolti nella costruzione del progetto.
- La *seconda* fa riferimento al coinvolgimento del mondo associativo, degli altri enti pubblici che durante l'elaborazione e l'attuazione del progetto si è via via arricchita e consolidata, anche come ricaduta del processo precedente.

▪ ***Relazioni con il sistema***

Questa iniziativa di tipo sperimentale è autonoma rispetto a un contesto normativo-programmatico in materia (a livello nazionale o regionale), ma è integrata nel sistema pubblico municipale, distrettuale e anche cantonale. Infatti questa sperimentazione è oggetto di osservazione proprio per poterne verificare la replicabilità in altri contesti distrettuali e più in generale nel Paese.

▪ ***Cosa è rimasto del progetto***

Il progetto è in fase di attuazione e il Municipio prevede di svilupparlo ulteriormente nel tempo. Al 2019 circa il 70% delle misure previste risulta realizzato; sette misure sono state finanziate nel 2019; 29 misure sono ancora in attesa di attuazione, ma non risultavano tra quelle prioritarie.

9 Risorse mobilitate (finanziarie, umane, organizzative, politiche)

▪ ***Risorse finanziarie***

- Pubbliche (soprattutto municipali, ma anche piccolo contributo cantonale): circa 1milione di CHF.
- Private (derivanti dal Progetto *LimitOff* del 'Lyons Club' di Locarno): 140.000 CHF.

▪ ***Risorse umane, organizzative e politiche***

- Personale degli uffici municipali;
- gli anziani che hanno aderito al processo di partecipazione;
- le associazioni.

10 Dimensioni innovative

▪ ***Modifica delle relazioni sociali/istituzionali tra anziani e altri attori***

Il Progetto *SPMA* ha consentito agli anziani di partecipare in forma attiva all'individuazione delle criticità, dei luoghi da migliorare e delle possibili soluzioni. Questo processo ha contribuito ad affinare il punto di vista dei progettisti e degli amministratori e ha consentito agli anziani di sentirsi protagonisti del cambiamento.

▪ ***Empowerment/aumento della capacità di esprimersi e incidere***

Il processo di partecipazione ha potenziato negli anziani la capacità di esprimere i bisogni e di considerare le possibili soluzioni in base alle proprie situazioni personali e ambientali. Ha anche indotto una diversa visione dello spazio pubblico e della possibilità che sia reso universalmente accessibile.

11 Principali risultati dell'iniziativa

- Sensibilizzazione sul tema dello spazio pubblico a misura di anziano.
- Incremento della diffusione di informazioni sul tema.
- Predisposizione di una metodologia di lavoro.
- Sperimentazione di un processo di partecipazione inclusivo.
- Continuità nel tempo.
- Realizzazione del 70% delle misure previste e messa in cantiere di ulteriori sette misure a partire dal 2019.

12 Punti di forza e fattori di successo

▪ ***Punti di forza***

- L'aver immaginato un percorso graduale che si avvia con due temi interconnessi (spazio pubblico e trasporti) individuati tra quelli proposti dall'OMS, senza cadere nella trappola del progetto onnicomprensivo.
- L'aver cominciato da 'piccoli interventi di miglioramento' (panchine, ecc.).
- L'approccio multiattoriale.
- Il coordinamento e l'integrazione delle politiche settoriali municipali e distrettuali e dei fondi connessi.

▪ ***Fattori di successo***

- La capacità politico-programmatica dell'ente locale.
- Le modalità attuative caratterizzate da fasi di sviluppo graduale e collegate alle priorità di intervento.

13 Punti di debolezza e fattori di rischio

- Il numero ridotto di anziani che hanno risposto ai questionari rispetto alla platea inizialmente considerata.
- Aver considerato i trasporti limitatamente alle percorrenze pedonali, anche se con qualche approfondimento sulle fermate dei mezzi pubblici.

14 Potenziale in termini di policy: replicabilità e/o *up-scaling*

Il progetto non ha ancora avuto processi di replica, perché è molto recente, ma presenta un forte potenziale in termini di replicabilità, perché propone una metodologia molto interessante. In Svizzera viene osservato per la sua natura sperimentale e perché può essere replicato in altri contesti.

15 Fonti

▪ ***Riferimenti bibliografici e sul web***

AdminStat Svizzera (2020) 'Mappe, analisi e statistiche sulla popolazione residente – Bilancio demografico, trend della popolazione e delle famiglie, classi di età ed età media, stato civile e stranieri' [online]. Accessibile su: https://ugeo.urbistat.com/AdminStat/it/ch/demografia/popolazione/svizzera/756/1. (Consultato: aprile 2020).

Camponovo Canetti, R. (2014) 'Interrogazione al Sindaco: Locarno città amica degli anziani?' [online]. Consiglio comunale di Locarno 6 marzo. Accessibile su: http://www.pslocarno.ch/category/interpellanze-e-mozioni/page/5/. (Consultato: aprile 2020).

Città di Locarno e Comal.ch (2016a) *Spazi pubblici a misura di anziano* [Relazione tecnica online]. Accessibile su: https://www.locarno.ch/it/locarno-a-misura-di-anziano. (Consultato: aprile 2020).

Città di Locarno e Comal.ch (2016b) 'Spazi pubblici a misura di anziano' [online]. Relazione tecnica – Allegato A6 – Schede delle proposte di intervento. Accessibile su: https://www.locarno.ch/it/locarno-a-misura-di-anziano. (Consultato: aprile 2020).

Città di Locarno (2019) *Presentazione del progetto Locarno a misura di anziano* [online], 9 maggio 2019. Accessibile su: https://www.locarno.ch/it/locarno-a-misura-di-anziano. (Consultato: aprile 2020).

Leoni, D. (2019) 'Locarno, città age-friendly? Il comune ripensa gli spazi pubblici per il benessere della popolazione over 65' [online], *laRegione*, 10 marzo 2019, p.13. Accessibile su: https://www.pressreader.com/catalog?search=Locarno%2C%20citt%C3%A0%20age-friendly%3F%20Il%20comune%20ripensa%20gli%20spazi%20pubblici%20per%20il%20benessere%20della%20popolazione%20over%2065. (Consultato: maggio 2020).

MM 90 – Messaggio Municipale n.90 (10 maggio 2019) 'Spazi Pubblici a Misura di Anziano – MM no. 90 concernente la concessione di un credito complessivo di CHF 541.000 (Iva inclusa) per il progetto Spazi Pubblici a Misura di Anziano' [online]. Accessibile su: https://www.locarno.ch/files/documenti/MM_90_Spazio_pubblici_a_misura_di_anziano_6.pdf (Consultato: aprile 2020).

Sindaco di Locarno (2015) *Risposta interrogazione del 6 marzo 2014 "Locarno, città amica degli anziani?"* [online]. Accessibile su: https://www.locarno.ch/files/documenti/Risposta_interrogazione_Camponovo_Canetti_Rosanna_Locarno_citta_amica_degli_anziani.pdf. (Consultato: aprile 2020).

16 Data chiusura del caso studio

La ricostruzione e l'analisi critica del caso studio si sono concluse nel mese di aprile 2020.

IN-AGE - INclusive AGEing in place
Laboratorio Politiche Sociali, Politecnico di Milano
Dipartimento Architettura e Territorio, Università Mediterranea di Reggio Calabria
Centro Ricerche Economico-Sociali per l'Invecchiamento, INRCA-IRCCS, Ancona

24 AGE-FRIENDLY LEEDS. STRATEGY AND ACTION PLAN 2019-22

di Antonella Sarlo
Dipartimento Architettura e Territorio, Università Mediterranea di Reggio Calabria

1 Breve descrizione dell'iniziativa

Nel 2014 viene lanciata la strategia di fare di Leeds 'la migliore città in cui invecchiare' (*Best City to Grow Old*) e viene avviato un processo attuativo incardinato su tre precondizioni particolarmente favorevoli:

- la presenza di un volontariato attivo, proattivo e cooperativo (il *Leeds Older People's Forum* – LOPF*);*
- il bagaglio di esperienze di *micro-volontariato* locale (reti di vicinato) che nel tempo si strutturano nel *Leeds Neighbourhood Network;*
- la capacità dell'amministrazione locale di assumere un ruolo di coordinamento e di lavorare sull'integrazione delle politiche e sulla costruzione di *reti multilivello*.

In questo contesto la strategia di fare di Leeds la migliore città in cui invecchiare viene inserita tra le otto priorità del *Best Council Plan 2019-21* (Leeds City Council, 2019a) che acquisisce l'impalcato dell''Action Plan 2019-22' e lo integra con le altre priorità strategiche individuate per la città e con le sperimentazioni già avviate negli anni precedenti.

2 Luogo

UNITED KINGDOM, Provincia Yorkshire and the Humber, **Leeds.**

3 Contesto territoriale

▪ ***Tipologia di area***

La Città di Leeds nel 2017 ha una popolazione pari a 784.846 abitanti (AdminStat Regno Unito, 2020), con un trend positivo che nel periodo 2011-17 fa registrare una variazione percentuale pari a +4,6%.
Nel 2017 rispetto alla popolazione residente, l'8,42% ha un'età compresa tra i 65 e i 74 anni e il 7,08% ha un'età uguale o maggiore a 75 anni. Complessivamente quindi il 15,5% della popolazione è over65, dato più basso rispetto alla media del Regno Unito che è pari a 18,15% (AdminStat Regno Unito, 2020).
L'indice di vecchiaia al 2017 è pari a 85,22 e risulta molto più basso rispetto alla media del Regno Unito che è pari a 101,54 (AdminStat Regno Unito, 2020), ponendo Leeds al trecentododicesimo posto su 391 comuni del Regno Unito.

▪ ***Scala di azione***

La scala dell'iniziativa è l'intera Città di Leeds; il progetto continua una sperimentazione avviata già negli anni precedenti, elaborando ed approvando un *Action Plan* che deve favorire una città a misura di anziano in coerenza con i requisiti proposti dall'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS).

▪ ***Range se 'azione di sistema'***

Questa iniziativa si configura come un'azione di sistema di scala municipale integrata con il *Best Council Plan 2019-21. Tackling poverty and reducing inequalities* della città (Leeds City Council, 2019a), che include tra le otto aree di lavoro l'*Age Friendly Leeds* (vedi Figure 1 e 2).

L'*Action Plan 2019-22* è l'esito di un processo che si avvia già nel 1994 quando nasce il *Leeds Older People's Forum* (Leeds City Council – Leeds older people's Forum and Centre for Ageing Better, 2019), rete che raccoglie oltre 100 organizzazioni del settore del volontariato che lavorano con le persone anziane in tutta Leeds, e che garantisce che il settore del volontariato sia coinvolto nella pianificazione, nello sviluppo e nella gestione dei servizi per le persone anziane a Leeds. A partire da questo momento inizia un processo che troverà un forte impulso nel 2014 con l'elaborazione della strategia di fare di Leeds 'la migliore città in cui invecchiare' (*Best City to Grow Old*) e l'avvio di una serie di iniziative che forniranno un contributo importante per l'elaborazione dell'*Action Plan*.

4 Tipologia dell'iniziativa e approccio

▪ ***Tipologia***

- Politica pubblica locale.
- Programma/progetto finanziato da ente pubblico e privato.
- Iniziativa volontaristica/informale/dal basso autofinanziata.

▪ ***Soggetti attuatori***

Il soggetto attuatore è l'*Age-friendly Leeds Board* (*AFLB*) (Leeds City Council, 2020) che è presieduto dall''Executive Member for Health, Wellbeing and Adults' del City Council di Leeds ed è composto dai rappresentanti di:

- Leeds Older People's Forum;
- Centre for Ageing Better: fondazione di beneficenza, finanziata dal National Lottery Community Fund.

▪ ***Altri soggetti coinvolti (rete mobilitata dal progetto)***

Nel modello di governance del progetto un ruolo centrale è svolto dalla *Age-friendly Leeds Partnership (AFLP)* che è copresieduta da un consulente della sanità pubblica, da un rappresentante del Consiglio Comunale di Leeds e dal presidente del Leeds Older People Forum.

I membri dell'*AFLP* sono:

- Leeds City Council;
- Leeds Older People's Forum;
- Università di Leeds;
- Università Leeds Beckett;
- Age UK Leeds: organizzazione locale indipendente di beneficenza che da oltre 40 anni fornisce servizi e attività per le persone anziane a Leeds;
- Care and Repair Leeds: agenzia indipendente per l'adattamento domestico con status di beneficenza, che fornisce servizi in tutto il distretto metropolitano di Leeds;
- Feel Good Factor (FGF): ente di beneficenza che offre servizi e attività per dare risposta alle disuguaglianze sanitarie per le comunità più vulnerabili e svantaggiate di Leeds;
- Groundwork Leeds: è una federazione di organizzazioni benefiche che lavora a livello nazionale e locale per migliorare la vita nelle comunità più svantaggiate del Regno Unito;
- Leeds Dementia Action Alliance: riunisce le organizzazioni del Regno Unito impegnate nell'assistenza sanitaria e sociale delle persone colpite dalla demenza;
- West Yorkshire Combined Authority: ente strategico di scala sovra-locale con poteri decisionali sui trasporti, sullo sviluppo economico e sulla rigenerazione;
- West Yorkshire Playhouse: teatro di Leeds che dal 1990 promuove progetti creativi per le persone anziane.

La rete nazionale e internazionale a cui aderisce la municipalità

- UK Network of Age-friendly Communities, rete gestita dal Center for Ageing Better che lavora per cambiare l'approccio con cui si affronta l'invecchiamento della popolazione;

- Eurocities – Working group Urban Ageing Forum*:* gruppo di lavoro della rete Eurocities dedicato a sensibilizzare e migliorare le strategie per creare ambienti adatti alle persone nelle città;
- World Health Organisation (WHO) *Age-friendly Cities.*

▪ ***Fonti di finanziamento***

Il progetto è finanziato principalmente dal City Council e dal Centre for Ageing Better (fondazione di beneficenza finanziata dal National Lottery Community Fund).

▪ ***Approccio***

L'approccio che caratterizza questo progetto presenta una natura di tipo multidimensionale pubblico/caritatevole/cooperativo, essendo caratterizzato da un ruolo di regia di tipo pubblico mediato e co-prodotto con associazioni caritatevoli che svolgono sia un ruolo progettuale che di supporto in termini finanziari e di risorse umane. Un'ulteriore dimensione da sottolineare è la reciprocità stato/mercato che si sviluppa su alcune tematiche come l'housing per il quale viene avviato un confronto con il settore delle imprese di costruzioni.

▪ ***Target e beneficiari***

I beneficiari sono tutti i cittadini anziani di Leeds.

5 L'iniziativa

▪ ***Ambito di intervento***

1. Pratiche innovative che riguardano la vita in casa dell'anziano.
   1.1. Servizi innovativi a domicilio.
   1.2. Nuove tecnologie e domotica nell'abitazione.
   1.3. Adattamento degli alloggi e accessibilità degli edifici.
2. **Pratiche innovative che riguardano la vita fuori casa degli anziani.**
   2.1. Servizi innovativi per facilitare la socializzazione.
   2.2. Servizi innovativi per la mobilità e Progetti urbani *age-friendly.*
3. **Politiche e azioni innovative di sistema: regia, informazione, formazione.**

▪ ***Obiettivi***

L'obiettivo principale dell'*Age-friendly Leeds. Strategy and Action Plan 2019-22* è fare di Leeds la 'migliore città in cui invecchiare', un luogo cioè dove le persone anziane siano incluse, considerate e apprezzate e dove si investa per creare condizioni favorevoli all'invecchiamento sereno ed attivo. L'*Action Plan* viene integrato nel Best Council Plan 2019-21 che, tra le otto aree di lavoro, include anche l'*Age-friendly Leeds*.

6 Temporalità

- **1994** Fondazione del Leeds Older People's Forum (LOPF): rete di organizzazioni del settore del volontariato che lavora con le persone anziane a Leeds e svolge un'intensa attività di sensibilizzazione e di interlocuzione con la municipalità.
- **1995** Avvio del primo Leeds Neighbourhood Network: reti di vicinato che lavorano per favorire l'inclusione delle persone anziane nella comunità locale. Questo network negli anni cresce e diventa un caso esemplare a livello nazionale.
- **1998** Celebrazione del primo International Day of Older People in Leeds.
- **2010** Stipula di un contratto quinquennale tra il City Council e i Leeds Neighbourhood Network per supportare il lavoro delle reti di vicinato che con 35 diverse organizzazioni locali del terzo settore coprono 37 aree della città.
- **2012** Elaborazione della Time of Our Lives Charter e del connesso 'Action Plan 2012-16', che segue i precedenti lavori Healthy and Active Lives for Older People e Older Better, e si focalizza su come migliorare sanità pubblica, servizi sociali, ma anche aspetti culturali e del tempo libero (parchi, musei, librerie, ecc.) per le persone anziane.

- **2014** Lancio della Strategia Leeds: Best City to Grow Old e avvio di una serie di iniziative che forniranno un contributo importante per l'elaborazione dell'*Action Plan*. Leeds entra nella Rete UK Network of *Age-friendly Communities* coordinata dal Centre for Ageing Better.
- **2015** Seminario sulle esigenze di sostegno abitativo attuale e futuro delle persone anziane e sullo sviluppo di una strategia abitativa adeguata alle loro necessità.
- **2016** Attraverso dei focus group e la somministrazione di questionari che coinvolgono circa 200 anziani, vengono sviluppati i 'domini' proposti dall'OMS per le *Age-friendly Cities*. I risultati di questo lavoro confluiranno nella *Charte Age-friendly per Leeds* del 2016 e nell'*Action Plan* Making Leeds the Best City to Grow Old in (2016-18).
- **2017** Organizzazione di una serie di seminari con le persone anziane per identificare le difficoltà di muoversi in città e valutare nuove opzioni e modalità di trasporto.
- **2017** Sigla di un MOU (Memorandum of Understanding) tra il Center for *Ageing Better*, il City Council e il Leeds Older People's Forum il cui obiettivo è consentire alla città di sperimentare approcci innovativi per verificare quali pratiche, che possono essere diffuse a livello locale, regionale, nazionale, danno esiti positivi nella strategia *Age-friendly.*
- **2019** I membri di *Age-friendly* della Città di Sefton visitano Leeds, per studiare il lavoro svolto per realizzare la migliore città in cui invecchiare.

7 Origine, radici, principali tappe del progetto

▪ *Le origini e le radici*

L'Age-friendly Leeds. Strategy and Action Plan 2019-22 (Leeds City Council – Leeds older people's Forum and Centre for Ageing Better, 2019) è l'esito di un processo che si avvia nel 1994, anno in cui viene fondato il Leeds Older People's Forum (LOPF), rete di organizzazioni del settore del volontariato che lavorano con le persone anziane a Leeds, che nel tempo cresce fino a raccogliere oltre 100 associazioni, compresi i Neighbourhood Network Schemes. Questi ultimi sono organizzazioni del volontariato che forniscono servizi, attività e opportunità nei quartieri per promuovere l'indipendenza, la salute e il benessere degli anziani. Il primo Neighbourhood Network Scheme viene fondato nel 1985, oggi a Leeds ce ne sono più di quaranta che supportano ogni anno oltre 20.000 anziani.

Tra le azioni svolte dal Leeds Older People's Forum (LOPF*)* vi è quella di garantire che il settore del volontariato sia coinvolto nella pianificazione, nello sviluppo e nella gestione dei servizi per le persone anziane. Il Forum ha un ruolo cruciale nell'*Age-friendly City* poiché gestisce progetti anche molto impegnativi come il programma Time to Shine che mira a combattere la solitudine e l'isolamento sociale. Time to Shine fa parte di *Ageing Better*, un programma istituito dal National Lottery Community Fund, il più grande finanziatore di attività comunitarie nel Regno Unito. In particolare è uno dei cinque principali programmi istituiti dal National Lottery Community Fund per sperimentare approcci innovativi alla progettazione di servizi per facilitare la vita alle persone anziane.

A partire dall'istituzione del LOPF si avvia un processo che condurrà alla costruzione di un'ampia strategia per la costruzione di una città a misura di anziano. Questo processo che trova un'accelerazione a partire dal 2014, ha contribuito a creare le precondizioni affinché la strategia di fare di Leeds la migliore città in cui invecchiare venga inserita tra le otto priorità del Best Council Plan 2019-21, priorità non prevista nel precedente piano. Il Best Council Plan acquisisce l'impalcato dell'*Action Plan 2019-22* e lo integra con le altre priorità strategiche individuate per la città e con le sperimentazioni che erano state avviate negli anni precedenti.

I fattori propulsivi che hanno condotto all'*Action Plan* possono essere individuati:

- nel grande lavoro di progettazione e partecipazione condotto dal Leeds Older People's Forum che ha consentito di elaborare e verificare l'*Age-friendly Charter*, documento che sintetizza il punto di vista degli anziani su una serie di tematiche coerenti con quelle individuate dall'OMS e che da avvio al primo *Action Plan 2016-18*;

- nella necessità di trovare risposte efficaci alle sfide imposte da una popolazione che invecchia;
- nell'interesse del City Council di costruire e partecipare a reti di diverso livello (locali, nazionali, internazionali) su questo tema;
- nel protocollo d'intesa di durata quinquennale firmato nel 2017 dal National Center for Ageing Better con il City Council di Leeds e il Leeds Older People's Forum (LOPF) che individua Leeds come contesto in cui sperimentare approcci innovativi sulle Città *Age-friendly* definendo come priorità iniziali:

  i) l'*housing* (definizione di una strategia abitativa per gli anziani);
  ii) trasporti (sviluppare soluzioni innovative di trasporto comunitario);
  iii) comunità e quartieri (esplorare le barriere e le difficoltà che le persone anziane devono affrontare nei loro luoghi di vita).

▪ ***Il Progetto***

L'*Action Plan Age-friendly Leeds (2019-22)* è stato approvato nel maggio del 2019 e segue un precedente piano di azione, entrambi rientrano nella Strategia Making Leeds the Best City to Grow Old in.

L'approccio sviluppato, in entrambi i piani, trova fondamento nel concetto di cittadinanza ed è volto a garantire:

- una forte attenzione alle reti sociali all'interno dei quartieri e della città;
- la promozione del capitale sociale e della partecipazione degli anziani;
- lo sviluppo di servizi universali;
- la riduzione dell'esclusione sociale;
- il cambiamento di atteggiamenti sociali che alimentano l'esclusione delle persone anziane.

Il primo 'Action Plan' si basa sugli otto domini individuati dall'OMS, mentre la strategia d'azione del piano 2019-22 si basa su sei aree tematiche, che integrano più aree dei 'domini' individuati dall'*OMS* adattandoli al contesto urbano di Leeds, e su quattro temi trasversali. In particolare l''Action Plan' individua le seguenti sei aree tematiche:

1) *housing;*
2) *public and civic spaces;*
3) *travel and road safety;*
4) *active, included and respected;*
5) *healthy and indipendent ageing;*
6) *employment and learning.*

A queste si affiancano i seguenti temi trasversali:

- Comunicazioni efficaci: fornire informazioni su servizi e attività in una gamma di formati a cui gli anziani possono facilmente accedere.
- Accesso alla tecnologia digitale: aiuto e supporto per le persone che desiderano utilizzare la tecnologia digitale per migliorare la propria vita.
- Coinvolgimento e co-produzione con le persone anziane: coinvolgimento e consulenza con le persone anziane sullo sviluppo, la consegna, la gestione e la valutazione di servizi e progetti che li riguardano.
- Disuguaglianze: riconoscere le barriere affrontate dalle persone anziane che sono a rischio di vulnerabilità o svantaggio e mettere in atto interventi per rimuovere o ridurre tali barriere.

Per ciascuna area tematica, che ha già in essere azioni progettuali che derivano dal precedente piano, vengono individuati: i *topics*, gli obiettivi, gli *outcomes* e le aspettative che sono state segnalate dagli anziani. Nei quadri che seguono per quattro delle sei aree tematiche vengono specificate le principali caratteristiche e i progetti già realizzati nella precedente programmazione.

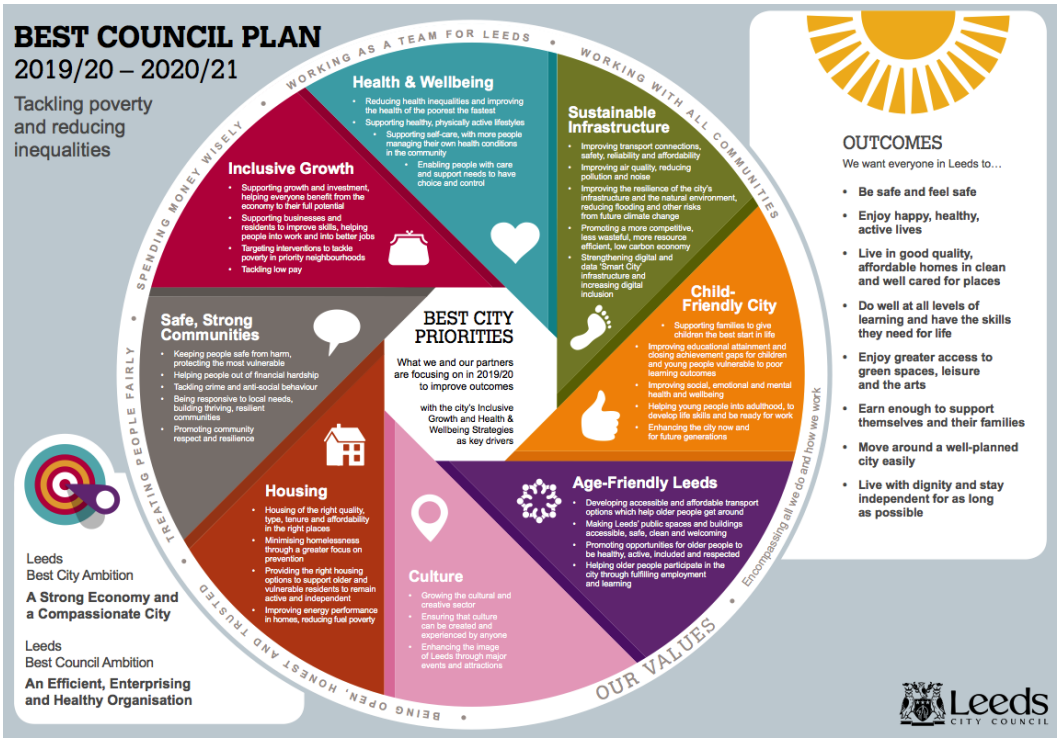


Figura 1. City Council of Leeds: Best Council Plan 2019-21.
Fonte: Leeds City Council, 2019a: 7.

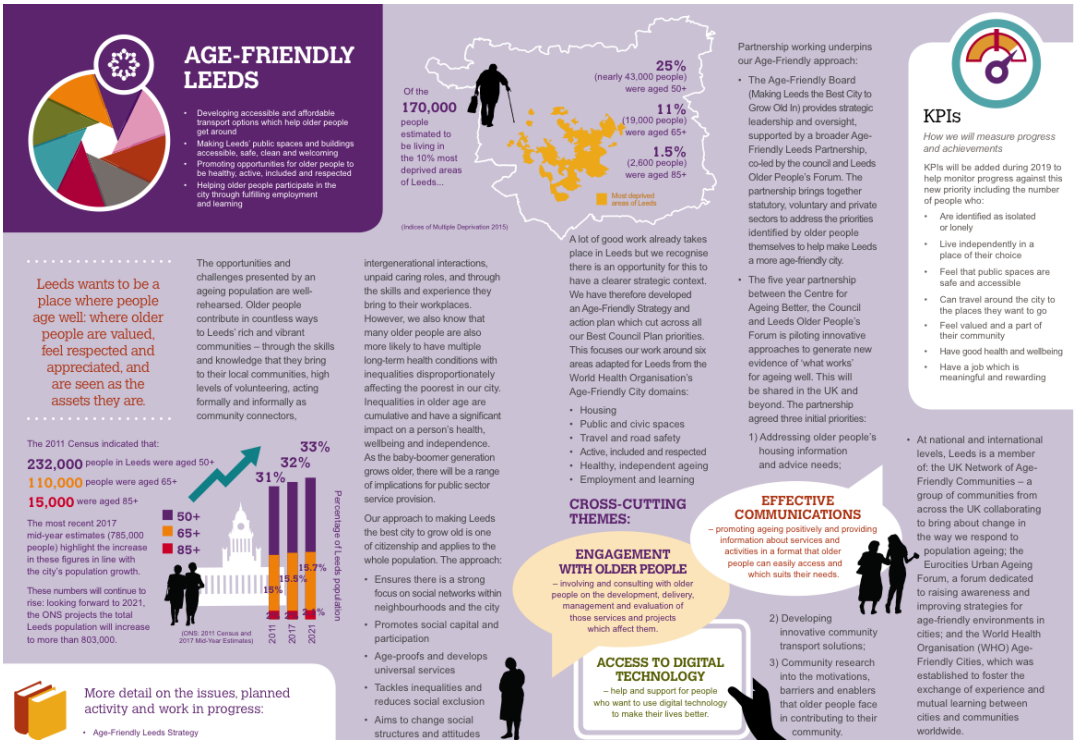


Figura 2. City Council of Leeds: Best Council Plan 2019-21 – Priorità Age-Friendly Leeds.
Fonte: Leeds City Council, 2019a: 16.

1) Housing: nuove aspettative e risultati già conseguiti

Tabella 1. *Housing*: nuove aspettative.

Topic area	Outcomes	Obiettivi	Aspettative anziani
Io e la mia casa. Casa e indipendenza.	Le persone anziane possono accedere ai servizi di aiuto e di supporto di cui hanno bisogno per vivere in modo indipendente nel loro luogo di vita.	Soddisfare le esigenze abitative degli anziani residenti intorno a quattro priorità: •informazioni e consulenza; •vivere in modo indipendente; •alloggio specialistico con supporto; •nuove sperimentazioni e sviluppi dell'*housing*.	Ho il supporto di cui ho bisogno per vivere in modo indipendente nella mia casa. So quali sono le mie opzioni e dove andare per informazioni. Quando ne ho bisogno ho l'opzione di trasferirmi in una casa con supporti extra. Sono informato quando vengono realizzate nuove case adatte alle mie esigenze. Sono considerato e la mia voce è ascoltata.

Fonte: Ns. elaborazione su Leeds City Council, 2019a.

In questo 'dominio', nell'*Action Plan* precedente, sono state già avviate diverse iniziative:

- nel settore Sheltered Housing (case popolari) sono stati ristrutturati ed adeguati corca 53 alloggi che sono stati resi accessibili e dotati anche di servizi comuni;
- nel settore dei *bisogni abitativi* è stata intrapresa una valutazione strategica del mercato degli alloggi (*SHMA*) attraverso un sondaggio sulle famiglie per comprendere le esigenze abitative di Leeds fino al 2033. Nell'ambito di questa valutazione i consulenti hanno organizzato un seminario per esplorare le esigenze abitative delle persone anziane;
- nel settore dell'*extra care housing* è stata avviata una strategia con le organizzazioni partner per fornire più di 1000 unità di extra care housing entro il 2028. Per supportare questa visione il Council's Executive Board ha approvato un Extra Care Development Programme e ha messo a disposizione 30 milioni di sterline;
- è stato inoltre avviato il Progetto Home Plus (Leeds Service) che mira a consentire di mantenere una vita indipendente attraverso la prevenzione dei rischi domestici e la fornitura di servizi domiciliari.

2) Public and civic spaces

Tabella 2. *Public and civic spaces*: nuove aspettative.

Topic area	Outcomes	Obiettivi	Aspettative anziani
Parchi. Piazze pubbliche. Piazze del mercato. Area pedonale. Edifici pubblici.	Leeds è una città accogliente, accessibile a tutti, dove le persone anziane si sentono e sono al sicuro.	Promuovere la partecipazione degli anziani nei progetti di pianificazione e rigenerazione. Impegnarsi con le imprese per incoraggiare un approccio *age-friendly.* Fornire spazi pubblici ed edifici attraenti e sicuri che rendano gli anziani fiduciosi nell'uscire e partecipare alla vita urbane e di comunità.	Quando esco posso godere di spazi ed edifici che sono puliti e accessibili. Quando esco sono fiducioso che potrò riposarmi e usare un bagno quando ne ho bisogno.

Fonte: Ns. elaborazione su Leeds City Council, 2019a.

In questo 'dominio', nell'*Action Plan* precedente, sono state già avviate diverse iniziative:

- *I parchi accessibili*

Un lavoro molto interessante è stato avviato nel settore dello spazio pubblico e dei parchi in particolare:

- è stato realizzato The Dementia Friendly Garden a Springhead Park, un giardino amico della demenza che è stato progettato da un architetto paesaggista utilizzando la guida di esperti di progettazione di spazi per la demenza della Stirling University;
- sette grandi parchi della città hanno ottenuto il premio National Green Flag, il che significa che hanno raggiunto alcuni standard previsti per un parco di alta qualità, tra cui l'accoglienza, la sicurezza e la parità di accesso a tutti.

Il City Council sta inoltre promuovendo progetti finalizzati a portare tutti i 63 parchi della città allo standard Leeds Quality Park entro il 2020, in modo che questi siano facilmente accessibili alle persone di tutte le età.

- *Come in and Rest*

Nel gennaio 2018 per aiutare le persone anziane a sentirsi sicure di uscire, è stata lanciata la Campagna *Come in and Rest.* Il progetto incoraggia gli esercizi commerciali e le organizzazioni locali a offrire un posto a qualsiasi persona anziana che potrebbe averne bisogno quando è in giro per la città. Gli esercizi che aderiscono a progetto hanno un adesivo nella loro finestra/vetrina in modo che le persone anziane li possano facilmente individuare.

3) Travel and road safety

Tabella 3. *Travel and road safety*: nuove aspettative.

Topic area	Outcomes	Obiettivi	Aspettative anziani
Trasporto comunitario e volontario Sicurezza stradale	Le persone anziane sono in grado di accedere ad una vasta gamma di opzioni di trasporto convenienti e accessibili per andare in giro per la città facilmente e tranquillamente	Ascoltare il punto di vista degli anziani nelle strategie di pianificazione dei trasporti. Offerta accessibile, ampia e attrattiva del trasporto pubblico e di comunità. Offerta chiara, leggibile e sicura nei quartieri per muoversi a piedi o in bicicletta.	Quando mi muovo mi sento al sicuro e sono trattato con rispetto. Posso andare nei luoghi di cui ho bisogno con mezzi di trasporto convenienti. Il mio quartiere e i luoghi che visito sono sicuri e accessibili per camminare.

Fonte: Ns. elaborazione su Leeds City Council, 2019a.

In questo 'dominio', nell'*Action Plan* precedente, sono state già avviate diverse iniziative:

- La Municipalità di Leeds ha realizzato e reso disponibile sul sito *web* la guida Good Egg Safety che offre agli utenti anziani consigli sulla sicurezza stradale ed ha inoltre attivato un servizio che consente di segnalare problemi esistenti su strade e marciapiedi.
- Inoltre il servizio pubblico locale (bus e metro) è dotato di personale che può aiutare le persone anziane ad accedere/uscire dai mezzi pubblici, inoltre le carte di assistenza di viaggio consentono alle persone di comunicare in modo discreto ai conducenti le loro esigenze aggiuntive.
- Sono stati attuati programmi per ridurre il numero di incidenti e migliorare l'accesso per i pedoni, in particolare i bambini piccoli e le persone anziane. Sono stati attuati piani di sicurezza stradale su Dewsbury Road, Kirkstall Road e Harehills Road. Il consiglio sta inoltre lavorando con il Center for Ageing Better per esaminare come migliorare gli spostamenti all'interno e tra i quartieri attraverso la fornitura integrata di trasporto comunitario e autisti volontari.

4) Active, included and respected

Tabella 4. *Active, included and respected*: nuove aspettative.

Topic area	Outcomes	Obiettivi	Aspettative anziani
Arte e cultura. Attività sociali. Volontariato intergenerazionale.	Nessuno è solo; ci sono molte opportunità a cui le persone possono partecipare per aiutarle a vivere una vita sana, attiva e appagante. L'invecchiamento è promosso positivamente e le persone anziane si sentono utili e apprezzate.	Massimizzare le opportunità create dal programma *Time to shine* per ridurre la solitudine e l'isolamento. Collaborare con artisti, professionisti e organizzazioni culturali per coinvolgere attivamente gli anziani nell'offerta artistica e culturale della città. Offrire opportunità di volontariato a cui le persone anziane possono partecipare attivamente.	Io sono incluso nella mia comunità e sono coinvolto nelle decisioni. Faccio volontariato regolarmente. Non mi sento solo.

Fonte: Ns. elaborazione su Leeds City Council, 2019a.

In questo 'dominio', nell'*Action Plan* precedente, sono state già avviate diverse iniziative:

- È attivo, nell'ambito del Programma *Time to Shine,* l'azione 'affrontare l'isolamento sociale'. È stata lanciata Loneliness through a Lens, una mostra fotografica che guarda all'isolamento sociale e alla solitudine attraverso gli occhi dei residenti di Leeds. Attraverso le reti di comunità molte delle persone a rischio isolamento e solitudine sono state coinvolte in attività di quartiere.
- Inoltre nella città da oltre 55 anni è attivo Heydays, il più grande e più lungo programma artistico teatrale per le persone anziane del Regno Unito. Circa 300 persone anziane partecipano ogni settimana ad attività teatrali, di danza, di scultura e di scrittura creativa, supportate da un team di artisti professionisti. Heydays è una vera e propria community creativa in cui vengono sviluppate competenze e condivise storie. Sempre nel settore della cultura anche i musei e le gallerie offrono una serie di attività per le persone anziane.

▪ ***Il modello di governance***

Il modello di governance del progetto si basa sulla costruzione di una rete ampia e a più livelli:

- Un primo livello della rete è costituito dall'*Age-friendly Leeds Board* (*AFLB*) che è il soggetto attuatore della strategia complessiva. L'*AFLB* definisce la direzione strategica del programma di lavoro; assume il ruolo e le responsabilità stabilite nel *MOU* firmato con il *Center for Ageing Better*; sviluppa il lavoro esistente con le persone anziane e definisce le modalità di co-produzione dei servizi.
- Un secondo livello della rete è costituito dalla *Age-friendly Leeds Partnership* (*AFLP*), rete di partenariato che riunisce settore pubblico, privato e volontariato, che svolge attività di promozione, di valutazione, di formazione, di sensibilizzazione, di supporto ad iniziative

rivolte alle persone anziane, di sviluppo di relazioni con altri soggetti per migliorare i servizi di assistenza sanitaria e sociale per le persone anziane. L'*AFLP* lavora inoltre per la definizione di un'azione condivisa per lo sviluppo di un approccio a livello di sistema nella Strategia *Age-friendly*.

- Un terzo livello della rete, esito anche del lavoro svolto dalla rete locale, è quello della partecipazione della Municipalità di Leeds a reti nazionali ed internazionali sull'*Age-friendly*.

▪ ***Le prospettive***

La strategia di fare di Leeds la migliore città in cui invecchiare è un'azione di sistema di ampio respiro che, integrata con le altre politiche municipali, ha già conseguito molti risultati. Il lavoro compiuto in questi anni fa di questa città un 'modello' da studiare e replicare non solo in Inghilterra. Sono molte le azioni intraprese e anche innovativi molti dei risultati conseguiti.

8 Agency e relazioni con il sistema

▪ ***Principali attori ed eventuale leadership***

Questa iniziativa è caratterizzata da un respiro molto ampio e da una forte integrazione sia tra i soggetti pubblici, privati e del volontariato che tra le politiche promosse dalla municipalità. Due sono le leadership principali che hanno consentito l'attivazione di questa strategia e la sua applicazione:

- La *prima* è quella del Leeds Older People's Forum che svolge un'azione fondamentale nella promozione di nuove progettualità, nella gestione delle stesse, nel coinvolgimento attivo degli anziani e nella creazione di una rete ampia di soggetti del volontariato per/con gli anziani.
- La *seconda* è quella del City Council che svolge il suo ruolo di regia, di costruzione di reti e di integrazione delle politiche al fine di raggiungere l'obiettivo di fare di Leeds la migliore città in cui invecchiare.

▪ ***Relazioni con il sistema***

Questa iniziativa è inserita nel contesto programmatico della municipalità ed è integrata con le politiche di welfare della municipalità, pur coinvolgendo attivamente il mondo del volontariato e beneficiando del supporto finanziario di una fondazione caritatevole. È la costruzione di una rete ampia, che coinvolge il sistema pubblico e il sistema del volontariato che ha consentito l'avvio del progetto e la sua continua evoluzione.

▪ ***Cosa è rimasto del progetto***

Il progetto è ancora attivo ed è stato inserito tra le priorità del Best Council Plan 2019-21 della Municipalità di Leeds.

9 Risorse mobilitate (finanziarie, umane, organizzative, politiche)

Le risorse mobilitate sono molto consistenti e ampie.

Sotto il profilo finanziario oltre al finanziamento connesso con il MOU, la Città di Leeds nel Budget 2019-20 del Best Council Plan (Leeds City Council, 2019b), destina circa 400 milioni di sterline ad azioni riconducibili alla Strategia *Age-friendly*, in particolare:

- 142 milioni di sterline per la Strategia Live with dignity and stay independent for as long as possible;
- 112 milioni di sterline per la Strategia Enjoy happy, healthy, active lives;
- 21 milioni di sterline per la Strategia Move around a well-planned city easily;
- 97 milioni di sterline per la Strategia Be safe and feel safe;
- 28 milioni di sterline per la Strategia Enjoy greater access to green spaces, leisure and the arts.

Per quanto riguarda le risorse umane da sottolineare il grande contributo fornito dal mondo del volontariato e soprattutto dai Leeds Neighbourhood Networks. Queste reti di vicinato, presenti

in 37 quartieri della città, sono guidate localmente e consentono agli anziani di vivere in modo indipendente e in modo proattivo nelle proprie comunità. Ogni rete di vicinato funziona come un *hub di comunità*, fornendo un'ampia gamma di servizi tesi a ridurre l'isolamento sociale, offrendo informazione e consulenza e promuovendo opportunità. Complessivamente queste reti di vicinato danno supporto a più di 20.000 persone anziane nella città, contribuendo a ridurre le pressioni sui servizi sanitari. I programmi dei Neighbourhood Networks hanno ricevuto e ricevono finanziamenti dal City Council di Leeds.

10 Dimensioni innovative

▪ ***Soddisfazione di bisogni non coperti dal sistema di cura***

Il progetto si muove sulla linea della sperimentazione, razionalizzazione e innovazione dei sistemi di prevenzione volti a contrastare la solitudine e l'isolamento delle persone anziane. Il progetto promuove azioni coordinate negli 'otto domini' individuati dal *WHO* per l'adeguamento dei contesti urbani alle persone anziane. L'ampio respiro del progetto fornisce risposte a diversi bisogni e favorisce anche processi di empowerment.

▪ ***Modifica delle relazioni sociali/istituzionali tra anziani e altri attori***

Il progetto ha modificato le relazioni sociali/istituzionali a due livelli:

- tra *anziani e istituzioni*, perché attraverso la promozione e sperimentazione di un processo partecipato strutturato e continuo sono state espresse dalle persone anziane le loro aspettative rispetto ai 'domini' dell'*Age-friendly City*. Queste sono state inserite nell''Action Plan' come verifica dei risultati da conseguire.
- tra istituzioni pubbliche, organizzazioni di volontariato e fondazioni benefiche sperimentando una progettualità sinergica e co-prodotta tra attori che istituzionalmente operano in ambiti diversi.

▪ ***Empowerment/aumento della capacità di esprimersi e incidere***

Il processo di partecipazione degli anziani nella definizione delle aspettative rispetto ai 'domini' dell'OMS per la *Age-friendly City*, ha potenziato la capacità di esprimere i bisogni e di considerare le possibili soluzioni. Ha anche indotto una diversa visione dello spazio pubblico e della possibilità che sia reso universalmente accessibile.

11 Principali risultati dell'iniziativa

- Sensibilizzazione della comunità locale sulle *Age-friendly City*.
- Partecipazione attiva del City Council alle reti europee e internazionali sul tema delle *Age-friendly City*.
- Sperimentazione di una metodologia di lavoro partecipata e co-prodotta da pubblico/volontariato/privato.
- Continuità nel tempo della strategia.
- Realizzazione di molte delle misure previste nella precedente programmazione (2016-18).
- Essere una *best practice* a livello nazionale e internazionale.

12 Punti di forza e fattori di successo

- Creazione di una partnership molto ampia e proattiva.
- Approccio multiattoriale.
- Capacità politico-programmatica dell'ente locale.
- Coordinamento e integrazione delle politiche settoriali municipali e distrettuali e dei fondi connessi.
- Capacità di costruire reti e partenariati internazionali.

13 Punti di debolezza e fattori di rischio

- L'incidenza del finanziamento della fondazione caritatevole e la sostenibilità in assenza di finanziamento.

- Il ruolo determinante del volontariato e delle reti di vicinato in assenza del quale l'intera strategia potrebbe subire un arresto.

14 Potenziale in termini di policy: replicabilità e/o *up-scaling*

Il progetto nasce anche come azione sperimentale per verificare la fattibilità dell'*Age-friendly City* e dimostra un forte potenziale in termini di *policy* e di replicabilità, anche se condizionato da alcuni fattori che derivano dai caratteri positivi della realtà locale.

Questa storia di successo infatti è fortemente condizionata dall'esistenza di associazioni di volontariato che rappresentano un'eccellenza nel Paese. Realtà del volontariato che esprimono:

- una forte capacità cooperativa e di costruzione di reti, creando quindi una 'massa critica' e un'interlocuzione coordinata con l'attore pubblico,
- una competente e lungimirante progettualità che concorre ad alimentare progetti e risorse;
- un'azione micro di scala locale (le reti di vicinato) che rende il volontariato credibile a diversi livelli (urbano/quartiere) e consente un lavoro pervasivo nei contesti di vita reale delle persone.

15 Fonti

▪ ***Riferimenti bibliografici e sul web***

AdminStat (2020) 'Mappe, analisi e statistiche sulla popolazione residente – Bilancio demografico, trend della popolazione e delle famiglie, classi di età ed età media, stato civile e stranieri' [online]. Accessibile su: https://ugeo.urbistat.com/AdminStat/it/uk/demografia/eta/regno-unito/826/1. (Consultato: giugno 2020).

Leeds City Council (2020) 'Age-friendly Leeds' [website]. Accessibile su: https://www.leeds.gov.uk/age-friendly-leeds. (Consultato: giugno 2020).

Leeds City Council (2019a) *Best Council Plan 2019/20 – 2020/21. Tackling poverty and reducing inequalities* [online]. Accessibile su: https://democracy.leeds.gov.uk/documents/s189614/App%202%20BCP%202019-21.pdf. (Consultato: giugno 2020).

Leeds City Council (2019b) *Best Council Plan 2019/20. Budget* [online]. Accessibile su: https://www.leeds.gov.uk/your-council/plans-and-strategies/council-plans. (Consultato: giugno 2020).

Leeds City Council (2019c) *Best Council Plan 2018/19. Annual performance report* [online]. Accessibile su: https://democracy.leeds.gov.uk/documents/s194695/Best%20Council%20Plan%20Annual%20Performance%20Cover%20Report%20Appendix%20090919.pdf (Consultato: giugno 2020).

Leeds City Council – Leeds older people's Forum and Centre for Ageing Better (2019) *Age-friendly Leeds. Strategy and Action Plan 2019-22* [online]. Accessibile su: https://forumcentral.org.uk/age-friendly-leeds-strategy-and-action-plan-2019-2022/. (Consultato: giugno 2020).

Leeds City Council – Leeds older people's Forum and Centre for Ageing Better (2018) *Making Leeds the best city to grow old in. Annual Report 2017/18* [online]. Accessibile su: https://extranet.who.int/agefriendlyworld/making-leeds-best-city-grow-old-annual-report-2017-18/. (Consultato: giugno 2020).

16 Data chiusura del caso studio

La ricostruzione e l'analisi critica del caso studio si sono concluse nel mese di luglio 2020.

IN-AGE - INclusive AGEing in place
Laboratorio Politiche Sociali, Politecnico di Milano
Dipartimento Architettura e Territorio, Università Mediterranea di Reggio Calabria
Centro Ricerche Economico-Sociali per l'Invecchiamento, INRCA-IRCCS, Ancona

25 DIVAA – DIJON VILLE-AMIE DES AÎNÉS

di Antonella Sarlo
Dipartimento Architettura e Territorio, Università Mediterranea di Reggio Calabria

1 Breve descrizione dell'iniziativa

Il Progetto *DIjon Ville-Amie des Aînés (DIVAA)* promuove l'inclusione e il senso di comunità all'interno della città e non è concepito esclusivamente come un'iniziativa per le persone che invecchiano, ma piuttosto come un progetto che può favorire diverse fasce di età. Dijon «mira a immaginare una città che risponda alle esigenze dei giovani e degli anziani di oggi e di domani» (Dijon Ville Amie des Aînés, 2016a). L'obiettivo non è quindi quello di costruire una città dedicata solo agli anziani, né di limitare l'approccio a una risposta medico-sociale, ma di pensare alla città in un progetto globale, in un processo dinamico, ricco di diversità e di lavorare per potenziarne le capacità evolutive in termini di innalzamento della qualità della vita. La prospettiva intergenerazionale che caratterizza lo sviluppo delle iniziative a misura di anziano è uno dei pilastri del programma di Dijon.

2 Luogo

FRANCIA, Borgogne-Franche-Comte, Dipartimento Côte d'Or, Dijon Metropole, **Dijon.**

3 Contesto territoriale

▪ ***Tipologia di area***

La Città di Dijon, capoluogo del Dipartimento della Côte d'Or e della città metropolitana, al 2016 ha una popolazione residente pari a 155.090 abitanti, di questi l'8,32% ha un'età compresa tra i 65 e i 74 anni, e l'8,99% ha un'età uguale o maggiore di 75 anni. L'indice di vecchiaia, sempre al 2016 è pari a 124,64 e risulta leggermente inferiore rispetto alla Regione della Borgogne-Franche-Comte che si attesta su un valore pari a 126,38, ma è più alto della media nazionale francese pari a 105,12 (AdminStat Francia, 2016).

▪ ***Scala di azione***

La scala dell'iniziativa è l'intera Città di Dijon dove, a partire dal 2009, è stata avviata la politica strategica di costruire una città coesa e amica degli anziani basandosi sulle indicazioni del *WHO* e sperimentando un processo innovativo che ha consentito a Dijon di essere inserita tra le *best practices* del *WHO*.

▪ ***Range se 'azione di sistema'***

Questa iniziativa si configura come un'azione di sistema integrata e coordinata a diversi livelli:

- a *livello nazionale*: il Progetto *DIVAA* fa parte ed è pratica esemplare della *Réseau Francophone des Villes Amies des Aînés* e della connessa Strategia *VADA*;
- a *livello municipale* questa azione è integrata con le politiche di pianificazione e programmazione municipale: nella Strategia *Dijon ville durable* (Ville de Dijon, 2018) è prevista una specifica Azione sulla 'Coesione sociale e la solidarietà' (Finalité 4 - Cohésion sociale et solidarité entre les territoires et les générations) che inserisce, in un'ottica di ampio spettro e in un progetto globale, la Strategia della *Villes Amies des Aînés* avviata nel 2010.

4 Tipologia dell'iniziativa e approccio

- ***Tipologia***

  - **Politica pubblica** (**nazionale**, regionale, **locale**).

- ***Soggetti attuatori***

  - Municipio di Dijon;
  - Direction des Retraités et des Personnes Agées de la ville de Dijon (DRPA). Questo Dipartimento gestisce diversi servizi;
  - Centre Communal d'Action Sociale (CCAS);
  - Association des seniors Dijonnais (OPAD) (gestione dell'animazione dell'Observatoire de l'âge).

- ***Altri soggetti coinvolti (rete mobilitata dal progetto)***

  - Pôle de Gérontologie Interrégional Bourgogne-Franche-Comte;
  - Caisse d'Assurance Retraite et de la Santé au Travail (CARSAT);
  - cittadini e anziani della città;
  - esperti;
  - università.

- ***Fonti di finanziamento***

Pubbliche: da bilancio municipale.

- ***Approccio***

Il progetto ha un approccio pubblico di tipo cooperativo. È caratterizzato da una forte regia della municipalità che svolge il suo ruolo programmatico in modo efficace e continuo nel tempo confrontandosi con l'azione proattiva e progettuale dell'*Observatoire de l'âge*. L'*Observatoire* è una sorta di 'piattaforma innovativa stabile' che offre un meccanismo continuo di partecipazione facilitando l'emersione delle buone idee, la definizione di possibili progetti e le misure per la loro attuazione.

- ***Target e beneficiari***

Tutti i cittadini di Dijon, con particolare riferimento agli over 60.

5 L'iniziativa

- ***Ambito di intervento***

1. Pratiche innovative che riguardano la vita in casa dell'anziano.
   1.1. Servizi innovativi a domicilio.
   1.2. Nuove tecnologie e domotica nell'abitazione.
   1.3. Adattamento degli alloggi e accessibilità degli edifici.
2. **Pratiche innovative che riguardano la vita fuori casa degli anziani.**
   2.1. Servizi innovativi per facilitare la socializzazione.
   2.2. Servizi innovativi per la mobilità e Progetti urbani *age-friendly.*
3. **Politiche e azioni innovative di sistema: regia, informazione, formazione.**

- ***Obiettivi***

L'obiettivo del progetto è pensare alla città in un progetto globale, in un processo dinamico, ricco di diversità e di lavorare per potenziarne le capacità evolutive in termini di innalzamento della qualità della vita per tutti. La prospettiva intergenerazionale che caratterizza lo sviluppo delle iniziative a misura di anziano è uno dei pilastri del Programma di Dijon. Il Progetto *DIVAA* viene avviato dalla municipalità nel 2009. Nel 2010 Dijon riceve il riconoscimento di *Age-friendly City* da parte del *WHO* ed è inclusa tra le *best practices* del *WHO*.

Da sottolineare il processo inclusivo che caratterizza questa esperienza a partire dall'elaborazione dell''Action Plan' fino alla successiva fase di gestione e di revisione continua che ha caratterizzato l'azione di questi 10 anni. Punti di eccellenza del progetto sono:

- il processo partecipativo continuo e ampio (dai residenti agli esperti) assicurato dall'istituzione de *L'Observatoire de l'Âge* che utilizzando un approccio bottom-up tende ad ampliare la comprensione dei bisogni delle persone anziane e a sviluppare soluzioni nuove e diversificate ai problemi dell'invecchiamento;
- l'integrazione con le altre politiche urbane e socio-sanitarie;
- l'integrazione con le azioni promosse a livello nazionale sia nella Réseau Francophone des Villes Amies des Aînés che nel Progetto *Monnalisa*.

In oltre 10 anni di attività sono stati promossi molti progetti che ancora oggi sono attivi e vengono rinnovati rispetto alle nuove domande e idee che emergono attraverso il lavoro dell'*Observatoire*.

6 Temporalità

- **2009** Avvio del Progetto *DIVAA* nella Città di Dijon.
- **2010** Dijon ottiene il riconoscimento del *WHO* ed entra nella rete *Age-friendly City.*
- **2010-11** Organizzazione degli Atelier Partecipatif, che hanno coinvolto più di 300 persone, esperti e professionisti del settore o delle associazioni pubbliche o private, ma anche e soprattutto cittadini di tutte le età con un focus principale 'Quelle ville pour demain?'.
- **2011** Adozione del Plan d'Action 2011-14.
- **2012** Dijon entra nella Réseau Francophone des Villes Amies des Aînés.
- **2012** Apertura dell'*Observatoire de l'âge.*
- **2013** Apertura de La Maison des séniors spazio dedicato all'accoglienza, all'informazione, all'orientamento e all'aiuto di chiunque abbia bisogno di supporto per una questione relativa all'invecchiamento.
- **2018** Definizione delle nuove priorità di *DIVAA.*

7 Origine, radici, principali tappe del progetto

▪ ***Le origini e le radici***

Tra i fattori che hanno determinato l'avvio del progetto, appaiono centrali l'evoluzione demografica della città che evidenzia un aumento della popolazione anziana cui si accompagna la volontà della municipalità di candidarsi a diventare una *Age-friendly City* utilizzando questa opportunità come leva per avviare un processo più ampio di riflessione e azione su:

- l'opportunità di riposizionare il ruolo di Dijon come città media rispetto ai livelli di qualità della vita e alle opportunità per tutta la popolazione;
- la necessità di rendere più leggibile, evidente e integrata l'azione che la municipalità ha già intrapreso per innalzare la qualità della vita delle persone anziane;
- l'idea di sviluppare un processo continuo nel tempo e partecipato dai cittadini.

In tale contesto la spinta fondamentale per il reale decollo del progetto viene data dal senatore sindaco di Dijon, François Rebsamen, che inserisce questa iniziativa nella sua agenda politica evidenziando come la politica dell'invecchiamento debba essere intesa come una grande sfida per politici e cittadini, al pari della sfida ambientale imposta alla società alla fine degli anni '90.

Il processo di costruzione dell'Action Plan e le 'sfide chiave' del progetto

L'azione intrapresa nel 2009 da Dijon per creare una città amica degli anziani è impostata come un progetto globale di politica urbana e di pianificazione del territorio: la città si pone infatti l'obiettivo di integrare nelle sue dinamiche di sviluppo, l'aumento del numero di anziani che non è legato solo all'andamento demografico, ma anche ai processi di inurbamento che vedono le

persone anziane spostarsi sempre più in città e in prossimità dei servizi e delle attrezzature necessarie alla loro vita.
Per più di un anno, la città ha avviato un processo di partecipazione per la costruzione dell''Action Plan' che ha coinvolto esperti, residenti, anziani e ha istituito gruppi di lavoro (*Atelier*) per identificare le priorità per un programma di città *Age-friendly* le cui ripercussioni potessero essere positive per tutti i cittadini indipendentemente dall'età.
I lavori che hanno caratterizzato l'avvio del progetto sono caratterizzati da cinque tappe, svolte in un anno circa di lavoro:

a) *Diagnosi territoriale:* nella prima fase sono state 'inventariate' tutte le azioni che la municipalità aveva già in essere a favore delle persone anziane. La diagnosi ha reso evidente da una parte l'esistenza di una progettualità consistente in materia, ma dall'altra la necessità per il municipio di sviluppare ulteriormente i campi d'azione e di ampliare la partnership con attori locali.

b) *Riflessione con esperti* (demografi, sociologi, giornalisti, specialisti nel mondo degli anziani, attori nel mondo degli anziani, ecc.) con la finalità di comprendere meglio l'ambiente degli anziani e definire una metodologia di consultazione.

c) *Consultazioni e interviste* attraverso due modalità di lavoro: i) interviste a persone anziane sulla percezione della città, su bisogni e aspettative, attraverso i temi proposti dal *WHO* (spazi ed edifici all'aperto, trasporti pubblici, abitazioni, rispetto e inclusione sociale, partecipazione sociale, comunicazione e informazione, partecipazione e comunità, servizi sanitari); ii) organizzazione di focus group, sempre su questi temi, con la partecipazione di residenti di Dijon divisi per età e categoria socio-professionale.

d) *Organizzazione di Atelier partecipativi*: dopo la fase di consultazione viene avviata la fase di concertazione che ha condotto all'elaborazione dell''Action Plan'. Vengono istituiti tre Atelier che hanno riunito circa 300 residenti di Dijon di tutte le età e che hanno sviluppato e elaborato proposte sui seguenti temi:

- Vivere in città (abitazioni; trasporti e mobilità; spazi esterni ed edifici).
- Partecipare alla vita della città (cultura e svago; partecipazione e occupazione dei cittadini; Informazione e comunicazione).
- Rafforzare i servizi di comunità (autonomia, servizi e assistenza; partecipazione dei cittadini e occupazione).

e) *Definizione degli impegni della municipalità*. Nell'ultima fase del lavoro vengono definite le linee di azione, i processi da attivare per misurare i cambiamenti e i progressi, le modalità per mantenere attivo il processo partecipativo.

Quattro le sfide chiave che nel 2010 vengono poste come spina dorsale del progetto:

- l'istituzione di una struttura, l'*Observatoire de l'âge*, che ha come finalità quella di anticipare, innovare e garantire il monitoraggio delle politiche avviate dalla città in collaborazione con il *WHO* e i diversi attori;
- il potenziamento e l'evoluzione dell'Office des personnes âgées de Dijon (OPAD), associazione che lavora dal 1974 con le persone anziane in conformità con la politica gereontologica della città, che deve diventare una struttura essenziale per la partecipazione sociale degli anziani;
- la creazione di una *Maison des Seniors* come luogo unico di riferimento per le persone anziane sia come punto informativo, che come luogo di relazione e di incontro;
- lo sviluppo ulteriore dei processi partecipativi da parte della municipalità con la finalità di promuovere ulteriori progetti condivisi.

Nel 2012 Dijon entra nella Réseau Francophone des Villes Amies des Aînés, associazione affiliata alla rete mondiale *Age-friendly Cities and Communities* del *WHO* che promuove l'approccio *Age-friendly* (*VADA*) a livello francofono e incoraggia un metodo di lavoro trasversale e la lotta contro l'*agisme*.
Nel 2014 è stato prodotto un rapporto di valutazione: l'analisi dei risultati ha convalidato i vantaggi di questa strategia ed è stata avviata una seconda fase per il 2015-18.

Anche per questa seconda fase viene confermato l'approccio ad ampio raggio di Dijon all'*Age-friendly*. Le priorità d'azione individuate sono:

- affrontare l'isolamento sociale delle persone anziane;
- migliorare la comunicazione con la popolazione anziana incoraggiando al contempo la pubblicazione di documenti, strumenti e informazioni chiari e leggibili;
- promuovere la mobilità;
- affrontare le mutevoli esigenze di trasporto dei residenti che invecchiano.

▪ ***I progetti realizzati***

A partire dal 2012 la municipalità avvia una serie di progetti, primi fra tutti quelli considerati come ossatura del progetto, vale a dire l'*Observatoire de l'âge* e la *Maison des Seniors*.
L'*Observatoire* viene inaugurato nel 2012. L'obiettivo di questa 'piattaforma innovativa' è permettere una riflessione comune e di coordinare le buone idee che emergono sia dai cittadini che dagli operatori, offrendo un meccanismo stabile di partecipazione che possa facilitare l'emersione delle buone idee, la definizione di possibili progetti e le misure per la loro attuazione.
L'*Observatoire,* la cui animazione è stata assegnata all'*OPAD* (*Association des seniors Dijonnais*), riunisce 83 membri suddivisi in sei commissioni formate rispettivamente da: funzionari eletti; residenti e rappresentanti di quartiere; rappresentanti dei pensionati; partner istituzionali; esperti professionisti; accademici. La metodologia di lavoro prevede la formazione di gruppi, che costituiti dai rappresentanti di ciascuna commissione, affrontano temi specifici e sviluppano proposte e progetti. Tra i progetti promossi dall'*Observatoire* la realizzazione di una guida per gli anziani, dove è possibile trovare tutte le informazioni utili, l'apertura del 'Seniors Café', struttura che offre attività culturali e di animazione da parte dell'*OPAD* nei fine settimana.

La Maison des Seniors

La *Maison des Seniors*, struttura universalmente accessibile, è stata aperta al pubblico nell'ottobre 2013 dopo i lavori di ammodernamento e riqualificazione. È gestita dal *CCAS* della Città di Dijon. La missione di questa struttura è:

- centralizzare e trasmettere informazioni su problematiche inerenti l'alloggio, i trasporti, i servizi e l'accesso all'assistenza sanitaria e anche su eventi culturali e tempo libero, ecc.;
- accogliere e orientare;
- promuovere la partecipazione dei cittadini;
- fornire il servizio telefonico 'Senior in contact' (attivo dal 2015) rivolto a persone anziane sole e/o a rischio isolamento.

La Maison è anche responsabile del *Plan de gestion de la canicule* e da alcuni anni fornisce e consegna 3000 pasti nel giorno di Natale; nel 2015 è stato attivato 'Senior in contact' un servizio telefonico
Oltre a queste strutture di servizio il Comune ha avviato una serie di iniziative, di servizi e di facilitazioni per la vita quotidiana delle persone anziane e per la loro socializzazione e partecipazione. Ne richiamiamo alcune a titolo esemplificativo sul sito del comune sono disponibili tutte le informazioni ed anche una mappa interattiva (https://www.dijon.fr/Dijon-au-quotidien/Senior):

- La *guide des seniors*

  Nel 2015 la municipalità pubblica e rende disponibile presso la *Maison des Seniors* e su internet la *Guide des Seniors* dove sono contenute in modo chiaro tutte le informazioni utili e le opportunità per le persone anziane.

- La *rete di Toilettes pubbliche di nuova generazione, la pedonalizzazione dello spazio pubblico e l'installazione di nuove sedute (panchine e strapuntini)*

  La municipalità ha reso pedonali diverse aree e ha installato panchine e sedute nel centro della città, oltre a realizzare più servizi igienici pubblici. Nel 2014 sono state realizzate nel centro città delle toilette pubbliche di nuova generazione, completamente accessibili alle persone con mobilità e funzionalità ridotte (spiegazioni in *Braille* e messaggi audio). Le

nuove *toilette*, di cui è disponibile anche una mappa interattiva, sono aperte 24 ore su 24, sette giorni su sette e la loro fruizione è completamente gratuita.

- La *Navette city*

  Pensata per facilitare l'accesso e la mobilità delle persone nel centro città, è un piccolo bus con accessi facilitati per persone anziane e fermate nei luoghi strategici del centro, che fa servizio gratuito con cadenza temporale di ogni 10 minuti e che consente così alle persone anziane di potere accedere e fruire in sicurezza del centro città. Sempre nel settore del trasporto pubblico urbano la municipalità ha avviato nel 2018-19 le *Projet Prioribus* attraverso cui vengono migliorati ulteriormente i requisiti di accessibilità dei bus e le dotazioni alle fermate.

- *L'Escale d'Alambert*

  È una struttura che fornisce un servizio di ristorazione quotidiano (dal lunedì al venerdì), un servizio di accompagnamento collettivo alle persone over60 anni e attività di animazione e socializzazione. Tale struttura operante dal 2009 è gestita dalla Direction des Retraités et des Personnes Âgées (DRPA) e dal Centre Communal d'action Sociale (CCAS) ed ha come finalità principale quella di combattere la solitudine. L'edificio, completamente accessibile, oltre alla sala ristorante con 32 posti, è dotato di due spazi polivalenti dove vengono organizzate attività di animazione e socializzazione. Tre minibus in dotazione alla struttura svolgono anche servizio di accompagnamento gratuito.

Il futuro del Progetto DIVAA

Sebbene molto sia stato già realizzato, la municipalità, con le strutture di supporto del progetto, ha identificato le priorità di azione identificate per il prosieguo del progetto nei prossimi anni. In particolare vengono ritenute fondamentali le seguenti priorità:

- il potenziamento delle competenze digitali in considerazione del fatto che le persone anziane traggono grande vantaggio dall'essere in grado di usare e comunicare attraverso la tecnologia, ma non sempre hanno familiarità e confidenza con questi strumenti;
- una maggiore attenzione alla riduzione dell'isolamento sociale;
- una maggiore attenzione alla situazione dei *caregivers* familiari adottando azioni volte al potenziamento di servizi agli anziani (sia domiciliari che non) che consentano momenti di alleggerimento/pausa ai *caregivers*;
- lo sviluppo di soluzioni nuove e diversificate ai problemi dell'invecchiamento potenziando ulteriormente l'approccio bottom-up che la città ha fino ad oggi sperimentato.
- la promozione di una visione più positiva dell'invecchiamento.

8 Agency e relazioni con il sistema

▪ ***Principali attori ed eventuale leadership***

Il progetto nella sua fase di avvio è stato fortemente supportato e voluto dal senatore Sindaco di Dijon, François Rebsamen, che inserisce questa iniziativa nella sua agenda politica evidenziando come la politica dell'invecchiamento debba essere intesa come una grande sfida al pari della sfida ambientale imposta alla società all'inizio del XXI secolo. La *leadership* della municipalità è in questa iniziativa decisiva, ma altrettanto fondamentale appare il processo partecipato avviato e la rete degli attori locali mobilitata.

▪ ***Relazioni con il sistema***

L'iniziativa inserita in contesto legislativo/di *policy*/programmatico. La capacità di inserire questo progetto all'interno delle reti nazionali e mondiali ha poi consentito a Dijon di aprire un proficuo e costante confronto con altre realtà.

▪ ***Cosa è rimasto del progetto***

Il progetto è ancora attivo e sono state definite le priorità per l'azione futura. Le strutture individuate nel 2010 come la 'spina dorsale' del progetto *DIVAA* sono state realizzate e sono a operative. Questo progetto viene segnalato come una *best practice* dal *WHO*.

9 Risorse mobilitate (finanziarie, umane, organizzative, politiche)

▪ ***Risorse finanziarie***

Il *budget* del Plan d'Action 2011-14 è pari a 17.127 300 euro ed è ripartito secondo i seguenti 6 assi principali:

- Servizi: 2.278.500 euro;
- tempo libero (loisir): 539.800 euro;
- ambiente: 3.700.000 euro;
- partecipazione sociale, solidarietà e intergenerazionalità: 559.000 euro;
- formazione e ricerca in materia di persone anziane: 50.000 euro;
- trasporti: 10.000.000 euro.

▪ ***Risorse umane e organizzative***

- 300 persone anziane hanno partecipato al processo di costruzione partecipata dell'Action Plan;
- 1700 membri dell'*OPAD* e 130 anziani sono coinvolti nel progetto.

10 Dimensioni innovative

▪ ***Soddisfazione di bisogni non coperti dal sistema di cura***

Il progetto si muove sulla linea della sperimentazione, razionalizzazione e innovazione dei sistemi di prevenzione volti a contrastare la solitudine e l'isolamento delle persone anziane. Il progetto promuove azioni coordinate negli 'otto domini' individuati dal *WHO* per l'adeguamento dei contesti urbani alle persone anziane. L'ampio respiro del progetto fornisce risposte a diversi bisogni e favorisce anche processi di *empowerment*.

▪ ***Modifica delle relazioni sociali/istituzionali tra anziani e altri attori***

Il progetto ha modificato le relazioni sociali/istituzionali a due livelli:

- tra *anziani e istituzioni*, perché attraverso la promozione e sperimentazione continua del processo partecipativo, le persone anziane hanno la possibilità di esprimere i loro bisogni e di esprimere le loro progettualità. La realizzazione de l'*Observatoire de l'âge* e de *La maison des seniors* diventano i luoghi fisici della sperimentazione di un nuovo approccio al tema delle città amiche degli anziani;
- tra *municipalità e istituzione pubbliche nazionali e internazionali*, attraverso la creazione di reti e di partnership con altri soggetti pubblici.

▪ ***Empowerment/aumento della capacità di esprimersi e incidere***

Il processo continuo di partecipazione degli anziani nella definizione delle aspettative rispetto alle azioni da intraprendere per realizzare la *Age-friendly City*, ha potenziato la capacità di esprimere i bisogni e di considerare le possibili soluzioni. La creazione di gruppi di lavoro presso l'*Observatoire de l'âge* continua a innalzare l'empowerment degli anziani digionesi.

11 Principali risultati dell'iniziativa

- Forte processo di sensibilizzazione della comunità locale sulle *Age-friendly City.*
- Partecipazione attiva della Municipalità alle reti nazionali e internazionali sul tema delle *Age-friendly City.*
- Scambi di pratiche con altre città (Ginevra, Dublino) e organizzazione di incontri periodici.
- Riconoscimento (*label*) da parte del *WHO* per il marcato impegno della città nei confronti degli anziani.
- Realizzazione delle misure strategiche contenute nella programmazione (2010-14).
- Essere una *best practice* a livello nazionale e internazionale.
- Realizzazione di strutture dedicate a questo progetto.

- Realizzazione di una mappa interattiva con la quale gli anziani possono comprendere come muoversi e con quali modalità.

12 Punti di forza e fattori di successo

▪ ***Punti di forza***

- Costruzione di un sistema di governance allargata (la rete del progetto) efficace ed efficiente.
- Sperimentazione di una metodologia di lavoro partecipata e co-progettata da pubblico/volontariato/privato.
- Creazione di una partnership ampia e proattiva.
- Capacità politico-programmatica dell'ente locale.
- Coordinamento e integrazione delle politiche settoriali municipali e dei fondi connessi.
- Continuità nel tempo della strategia.

▪ ***Fattori di successo***

- Forte capacità progettuale da parte della municipalità.
- Il processo partecipativo come sistema che accompagna nel tempo il progetto e lo rinnova.
- Disponibilità e capacità di operare in rete delle istituzioni pubbliche locali, agevolata da una cultura della collaborazione interistituzionale.
- Contesto socio-economico dinamico che favorisce la sostenibilità economica dell'iniziativa.

13 Punti di debolezza e fattori di rischio

- Scarsa presenza di attività di valutazione.
- Comunicazione *online* del progetto troppo essenziale.

14 Potenziale in termini di policy: replicabilità e/o *up-scaling*

Il progetto presenta, e ha già in parte dispiegato essendo una *best practice* segnalata dal *WHO*, un forte potenziale di replicabilità. L'impostazione che la municipalità di Dijon ha dato al progetto *DIVAA*, pur all'interno delle raccomandazioni del *WHO* per le *Age-friendly Cities and Communities* è di particolare interesse e rilevanza. Il *processo partecipativo* non costituisce per Dijon una tappa del progetto che poi si conclude, ma rappresenta l'ossatura portante del progetto e della sua continua evoluzione. Il ruolo de l'*Observatoire de l'âge* è proprio quello creare e facilitare le condizioni di analisi, valutazione e proposizione di idee e progetti attraverso gruppi di lavoro che rappresentano la comunità di Dijon.

15 Fonti

▪ ***Riferimenti bibliografici e sul web***

AdminStat Francia (2016) 'Mappe, analisi e statistiche sulla popolazione residente – Bilancio demografico, trend della popolazione e delle famiglie, classi di età ed età media, stato civile e stranieri' [online]. Accessibile su: https://ugeo.urbistat.com/AdminStat/it/uk/demografia/eta/regno-unito/826/1. (Consultato: luglio 2020).

Buffel, T., Cotterell, N., Phillipson, C., Rémillard-Boilard, S. (2019) *Case Study: The Age-friendly Programme in Dijon* [online]. Accessibile su: https://extranet.who.int/agefriendlyworld/resources/age-friendly-case-studies/dijon/. (Consultato: luglio 2020).

Giacomini, A. (2018) *Réseau Francophone des Villes Amies des Aînés* [online]. Communiqué de presse. Accessibile su: https://extranet.who.int/agefriendlyworld/wp-content/uploads/2020/04/CP-Guide.pdf. (Consultato: luglio 2020).

Dijon Ville Amie des Aînés (2017) *Une démarche au service de la ville où il fait bon vieillir jusqu'au plus grand âge* [online]. Ville de Dijon: Dijon. Accessibile su:

https://www.dijon.fr/Dijon-au-quotidien/Senior/Divaa-mieux-vivre-ensemble-dans-la-ville. (Consultato: luglio 2020).

Dijon Ville Amie des Aînés (2016a) *La maison des seniors, un espace dédié aux seniors au cœur de la ville* [online]. Ville de Dijon: Dijon. Accessibile su: https://www.dijon.fr/Dijon-au-quotidien/Senior/Divaa-mieux-vivre-ensemble-dans-la-ville. (Consultato: luglio 2020).

Dijon Ville Amie des Aînés (2016b) *Une démarche au service de la ville où il fait bon vieillir jusqu'au plus grand âge. Bilan 2016* [online]. Ville de Dijon: Dijon. Accessibile su: https://www.dijon.fr/Dijon-au-quotidien/Senior/Divaa-mieux-vivre-ensemble-dans-la-ville. (Consultato: luglio 2020).

Dijon Ville Amie des Aînés (2015a) *L'escale d'alembert pour ne pas laisser place à la solitude* [online]. Ville de Dijon: Dijon. Accessibile su: https://www.dijon.fr/Dijon-au-quotidien/Senior/Divaa-mieux-vivre-ensemble-dans-la-ville. (Consultato: luglio 2020).

Dijon Ville Amie des Aînés (2015b) *Guide des seniors* [online]. Ville de Dijon: Dijon. Accessibile su: https://www.dijon.fr/Kiosque/Les-Guides/Guide-des-seniors-2015. (Consultato: luglio 2020).

Dijon Ville Amie des Aînés (2014a) *Rapport de progression. Phase I (élaboration du projet d'action). Du Réseau Mondial des Villes Amies des Aînés.* Ville de Dijon: Dijon.

Dijon Ville Amie des Aînés (2014b), *L'observatoire de l'âge: améliorer la ville ensemble* [online]. Dijon, Ville de Dijon. Accessibile su: https://www.dijon.fr/Dijon-au-quotidien/Senior/Divaa-mieux-vivre-ensemble-dans-la-ville. (Consultato: luglio 2020).

Dijon Ville Amie des Aînés (2014c) *Des toilettes publiques «nouvelle génération* [online]. Ville de Dijon: Dijon. Accessibile su: https://www.dijon.fr/Dijon-au-quotidien/Proprete/Toilettes-publiques. (Consultato: luglio 2020).

Ville de Dijon (2018) *Rapport de développement durable* [online]. Ville de Dijon: Dijon. Accessibile su: https://www.metropole-dijon.fr/Kiosque/Les-rapports-annuels2/Rapport-de-developpement-durable-2018. (Consultato: luglio 2020).

Ville de Dijon (2010) *Mieux vieillir ensemble dans la ville. Un project de ville pour tous* [online]. Accessibile su: https://www.dijon.fr/Dijon-au-quotidien/Senior/Divaa-mieux-vivre-ensemble-dans-la-ville. (Consultato: luglio 2020).

16 Data chiusura del caso studio

La ricostruzione e l'analisi critica del caso studio si sono concluse nel mese di agosto 2020.

IN-AGE - INclusive AGEing in place
Laboratorio Politiche Sociali, Politecnico di Milano
Dipartimento Architettura e Territorio, Università Mediterranea di Reggio Calabria
Centro Ricerche Economico-Sociali per l'Invecchiamento, INRCA-IRCCS, Ancona

26 EUSKADI LAGUNKOIA SUSTRAIETATIK

di Antonella Sarlo
Dipartimento Architettura e Territorio, Università Mediterranea di Reggio Calabria

1 Breve descrizione dell'iniziativa

Il Progetto *Euskadi Lagunkoia*, lanciato in via sperimentale nel 2012-13, viene incluso nel quadro della *Estrategia Vasca de Envejecimiento Activo 2015-20* e si basa sul principio che il prolungamento della vita attiva e autonoma delle persone sia strettamente interconnesso alla progettazione degli spazi pubblici, alla sicurezza e all'adeguatezza degli ambienti domestici. Un ambiente 'amichevole' per le persone anziane deve riorganizzare le sue strutture e servizi in modo che siano accessibili e adattabili alle diverse esigenze e capacità degli individui.

Tale iniziativa si avvia nella Città di Donostia/San Sebastián che, a partire dal 2009, aderisce alla rete mondiale del *WHO Age-friendly Cities and Communities* e successivamente viene intrapresa anche in altre città dei Paesi Baschi. Questa dinamica favorisce, nel 2012, il passaggio da un'azione a livello urbano ad una a livello regionale. L'iniziativa *Euskadi Lagunkoia* promossa ed attuata dal Dipartimento per le Politiche Sociali e del Lavoro del governo regionale basco e dall'Istituto Gerontologico di Matia, coinvolge 65 comuni dei Paesi Baschi nel progetto.

2 Luogo

SPAGNA, **Paesi Baschi (*Comunidad Autónoma de Euskadi-CAE),* 65 comuni coinvolti nel 2020.**

3 Contesto territoriale

- ***Tipologia di area***

Il progetto, promosso e coordinato dalla Comunità Autonoma dei Paesi Baschi, si basa sul coinvolgimento volontario dei comuni del territorio regionale. La Comunità Autonoma dei Paesi Baschi è costituita da tre province e da 254 comuni.
Nel 2013 (anno in cui il progetto si avvia) nei Paesi Baschi la popolazione residente è pari a 2.191.682 persone, di queste il 20,2% (443.250 persone) ha superato la soglia dei 65 anni. Il 33,12% della popolazione ha un'età uguale o superiore ai 55 anni, mentre la popolazione di età pari o superiore agli 80 anni rappresenta poco più del 6% della popolazione totale (139.629 persone).
Se si prende in considerazione il periodo 1996-13 (17 anni) si osserva come la popolazione totale dei Paesi Baschi sia aumentata del 4,46% (+93.638 persone) e la popolazione di età pari o superiore ai 65 anni sia aumentata del 37,67% (+121.297 persone) e come il numero di persone con età uguale o superiore agli 80 anni sia raddoppiato (+100,6%), con un aumento di 70.023 persone (INE – Instituto Nacional de Estadística, 2013).

Dal 2013 al 2017 la percentuale di persone di età pari o superiore a 65 anni passa dal 20,2% al 22% facendo registrare uno dei valori più alti in Europa. Studi statistici prevedono inoltre che nel 2031 tale percentuale continuerà ad aumentare e si porterà al 28,2% (Eustat, 2017).

- ***Scala di azione***

È questa un'iniziativa di scala urbana che fa parte della rete promossa dal *WHO* delle *Age-friendly Cities and Communities.* Il progetto viene lanciato dal Dipartimento per le Politiche Sociali e del

Lavoro del governo regionale Basco e nel 2020 coinvolge 65 municipalità. Tra gli obiettivi per il periodo 2015-20 è previsto un ulteriore ampliamento dei comuni partecipanti.

▪ ***Range se 'azione di sistema'***

È questa un'azione di sistema a livello regionale che lanciata in via sperimentale nel 2012-13, viene inclusa nel quadro della *Estrategia Vasca de Envejecimiento Activo 2015-20.* Il governo regionale svolge azioni di coordinamento, regia e sensibilizzazione nel territorio attraverso attività:

- di sostegno rivolte ai comuni più piccoli che hanno meno risorse per aderire all'iniziativa;
- di sviluppo di una rete capace di mettere in relazione comuni, organizzazioni, associazioni e singoli individui dei settori privato, pubblico e sociale;
- di diffusione e informazione sulla metodologia e sui passi da seguire per aderire all'iniziativa.

Il lavoro viene svolto, in modo coordinato secondo una metodologia comune che vede lavorare in sintonia il livello locale con quello regionale, con un approccio *bottom-up* che coinvolge una platea ampia di *stakeholders* e anche di semplici cittadini.

4 Tipologia dell'iniziativa e approccio

▪ ***Tipologia***

- **Politica pubblica** (nazionale, **regionale**, **locale**).

▪ ***Soggetti attuatori***

- Dipartimento del Lavoro e delle Politiche Sociali del governo basco (Departamento de Empleo y Políticas Sociales).
- *Fondazione Matia*-Istituto gerontologico: è un istituto *leader* spagnolo finanziato privatamente che conduce ricerche sull'invecchiamento e sulla disabilità *(*Matia Instituto).
- Municipalità.

▪ ***Altri soggetti coinvolti (rete mobilitata dal progetto)***

- Altri tre Dipartimenti della Comunità Autonoma Paesi Baschi.
- Comisión Permanente Sectorial de Mayores: è costituita come un forum specifico per la partecipazione di istituzioni pubbliche e agenti sociali coinvolti in qualsiasi campo d'azione che coinvolga gli anziani dei Paesi Baschi;
- Federazione territoriale delle associazioni provinciali di pensionati e pensionati di Álava, Guipúzcoa e Bizkaia (FEDERPEN);
- Alzheimer Associations of the Basque Country;
- associazioni locali;
- organizzazioni/associazioni di persone anziane;
- imprese.
- 65 municipalità (dato al 2020).

▪ ***Fonti di finanziamento***

- Regionali.
- Municipali.

▪ ***Approccio***

Il progetto ha un approccio pubblico di tipo cooperativo. È caratterizzato da una forte regia esercitata dalla Comunità Autonoma dei Paesi Baschi che svolge il suo ruolo programmatico in modo efficace e continuo nel tempo confrontandosi con l'azione proattiva e progettuale delle municipalità e dei diversi attori locali. Punto di eccellenza del progetto è proprio questo ruolo di coordinamento e di promozione svolto dall'ente regionale che supporta anche finanziariamente l'attuazione delle azioni locali.

▪ ***Target e beneficiari***

Il progetto è rivolto a tutte le persone over 65.

5 L'iniziativa

▪ ***Ambito di intervento***

2. Pratiche innovative che riguardano la vita fuori casa degli anziani.
2.1. Servizi innovativi per facilitare la socializzazione.
2.2. Servizi innovativi per la mobilità e Progetti urbani *age-friendly.*
3. Politiche e azioni innovative di sistema: regia, informazione, formazione.

▪ ***Obiettivi***

Euskadi Lagunkoia è un'iniziativa promossa dal Dipartimento del Lavoro e delle Politiche Sociali del governo basco e messa in opera dalla Fondazione Matia, che ha l'obiettivo di incoraggiare la partecipazione degli anziani (e in generale dei cittadini) al fine di costruire un'azione condivisa per l'adeguamento degli ambienti di vita delle città dei Paesi Baschi alle persone che invecchiano. Gli *obiettivi specifici* del progetto sono:

- valorizzare il potenziale che gli anziani rappresentano nella vita delle città dei Paesi Baschi come generatori di benessere;
- creare e promuovere processi di partecipazione della comunità;
- creare una rete di iniziative *age-friendly* nei Paesi Baschi;
- facilitare l'introduzione di cambiamenti negli ambienti al fine di migliorare la qualità della vita dei cittadini.

6 Temporalità

- **2009** Adesione alla Rete mondiale del *WHO* e avvio del progetto *Age-friendly Cities and Communities* della Città di Donostia/San Sebastián e successivamente delle altre due Capitali basche – Bilbao e Vitoria-Gasteiz – e della Città Durango.
- **2011** Presentazione da parte del Departamento de Empleo y Asuntos Sociales della Cien Propuestas para Avanzar en el Bienestar y el Buen Trato a las Personas que Envejecen. Bases para un Plan de Acción.
- **2012** Lancio dell'iniziativa regionale, *Euskadi Lagunkoia*, attuata dal Dipartimento per le Politiche Sociali e del Lavoro del governo regionale basco e dall'Istituto gerontologico di Matia.
- **2012-2014** Tredici comuni aderiscono al progetto e avviano esperienze pilota coinvolgendo i consigli comunali, gli attori locali, le associazioni e i cittadini.
- **2014** Presentazione da parte del governo regionale basco della Guide for the Implementation and use in municipalities con la finalità di incoraggiare il resto dei comuni nei Paesi Baschi a partecipare al progetto.
- **2014** Elaborazione di un piano di lavoro redatto in collaborazione con la Federazione territoriale delle associazioni provinciali dei pensionati (*FEDERPEN*).
- **2016** Venticinque nuovi comuni aderiscono al network regionale, in totale i comuni partecipanti diventano quaranta.
- **2017** Vengono avviati i lavori sulla raccolta di buone pratiche.
- **2018** Vengono introdotti gli *Euskadi Lagunkoia Awards* per premiare le buone pratiche nel campo dell'*Age-friendly* realizzate nei Paesi Baschi.
- **2018** L'Organizzazione Mondiale della Sanità seleziona *Euskadi Lagunkoia* come una buona pratica tra i 700 progetti presentati a livello internazionale.
- **2020** La rete si amplia a sessantacinque comuni.

7 Origine, radici, principali tappe del progetto

▪ ***Le origini e le radici***

Le origini, i fattori propulsivi e le principali tappe

Due sono i principali fattori propulsivi che hanno contribuito all'attivazione della Strategia *Age-friendly* nella Comunità Autonoma dei Paesi Baschi.

Il *primo fattore* risiede nella elevata percentuale di persone di età pari o superiore a 65 anni residente nei Paesi Baschi e nel trend evolutivo della stessa che, nel 2031, si dovrebbe attestarsi intorno al 28% della popolazione totale (Eustat, 2017).

Il *secondo fattore* propulsivo è riconducibile al processo che partito a livello locale (le municipalità) si amplia progressivamente fino a coinvolgere il governo regionale.

Questa dinamica, unitamente alle attività promosse nel 2012 nell'ambito dell'anno dedicato dall'UE all'invecchiamento attivo e alla solidarietà intergenerazionale, determina l'ampliamento di queste azioni dal livello municipale a quello regionale. Nasce così il Progetto *Euskadi Lagunkoia*.

Il governo regionale con questa iniziativa punta a promuovere un approccio a misura di anziano in tutti i villaggi, le comunità e le città dei Paesi Baschi. In particolare, la Comunità Autonoma punta a:

- sviluppare un network regionale che metta in relazione i comuni, le organizzazioni, le associazioni e i singoli cittadini dei settori privato, pubblico e sociale;
- sostenere i comuni più piccoli che dispongono di minori risorse capitalizzando la massa critica che deriva dalla costruzione del network;
- impostare un metodo di lavoro basato su due livelli: a livello regionale, elaborando una metodologia comune e promuovendo programmi in collaborazione con altri dipartimenti e aree del governo basco; a livello locale responsabilizzando i consigli comunali, le associazioni di anziani, le organizzazioni e i semplici cittadini nel promuovere ed attuare iniziative.

Sebbene l'obiettivo finale sia quello di incoraggiare la partecipazione delle persone anziane alla vita civile e sociale e di favorirne l'invecchiamento nel proprio contesto di vita, il programma non rivolge le sue azioni solo verso le persone anziane, ma cerca di incoraggiare le relazioni intergenerazionali, promuovendo una serie di progetti in questa direzione.

▪ ***Le tappe del progetto***

Il progetto viene lanciato nel maggio del 2012, alla fine di giugno dello stesso anno il Dipartimento per l'occupazione e gli affari sociali invita tutti i comuni della Comunità Autonoma dei Paesi Baschi ad aderire all'iniziativa e a lavorare alla costruzione di un modello di governance coerente, partecipativo e sostenibile per la sua attuazione.
Tredici comuni rispondono all'invito e lavorano tra il 2012 e il 2014 allo sviluppo di esperienze pilota con il coinvolgimento dei consigli comunali, dei movimenti associativi locali, degli stakeholders e dei cittadini. Nel dicembre 2014 viene presentata dal governo regionale la Guía práctica para la implantación y uso en municipios con l'obiettivo di incoraggiare gli altri comuni a unirsi all'iniziativa, offrendo attraverso la Guida, indicazioni e strumenti utili a favorire la loro adesione. La Guida, sviluppata come esito del lavoro sperimentale (progetti pilota) definisce e illustra la metodologia e gli strumenti necessari per la costruzione di Città *Age-friendly*. Dal suo lancio le tre capitali provinciali e altri comuni aderiscono alla Rete *Euskadi Lagunkoia*.
Alla fine del 2014, con l'obiettivo di promuovere e sviluppare ulteriormente il progetto, viene elaborato un piano di lavoro in collaborazione con la Federazione territoriale delle associazioni provinciali di pensionati di Álava, Guipúzcoa e Bizkaia (FEDERPEN).

Il piano di lavoro prevede, in coerenza con quanto suggerito dal *WHO* e così come indicato nella guida, quattro fasi. Preliminarmente è prevista la firma ufficiale di adesione con la quale la municipalità, aderisce al progetto regionale ed entra a far parte della rete mondiale coordinata dal *WHO*.

Le quattro fasi previste sono:

1) *Diagnosi e Pianificazione*: la prima fase di avvio del progetto prevede l'elaborazione della diagnosi nella quale si deve misurare, ascoltando l'opinione degli anziani residenti e dei cittadini in generale, quanto il comune sia *age-friendly*. A conclusione dei contributi raccolti e discussi nelle sessioni di partecipazione, viene elaborato Plan de Amigabilidad del municipio. In esso vengono esplicitati gli obiettivi, le linee d'azione e vengono dettagliate le iniziative da realizzare.
2) *Attuazione delle azioni*: una volta completata la prima fase la municipalità presenta il suo Plan de Acción al *WHO* per una revisione e approvazione; una volta approvato la municipalità ha un periodo di tre anni per avviare l'attuazione delle iniziative e dei programmi previsti.
3) *Valutazione*: in questa fase, trasversale al progetto, vengono valutate le azioni attuate e le modalità di costruzione delle diverse fasi del processo sviluppato nel comune.
4) *Miglioramento continuo e ciclico*: una volta terminata l'ultima fase di valutazione, il lavoro riinizia dalla diagnosi e le città elaborano un nuovo piano di durata quinquennale. In questo modo, viene costruito un processo ciclico di miglioramento in direzione delle *Age-friendly Cities and Communities.*

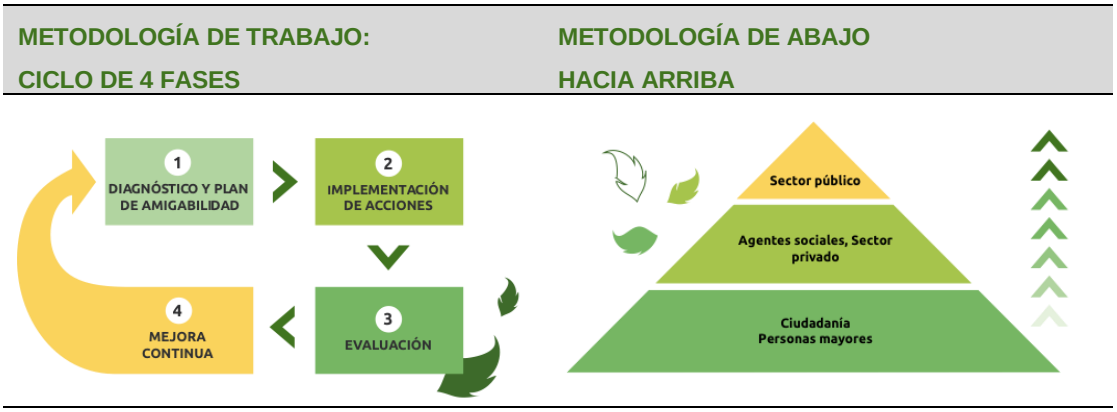


Figura 1. Il Percorso metodologico.
Fonte: Departamento de Empleo y Políticas Sociales e Matia Instituto, 2017: 13.

▪ *Il progetto: obiettivi, azioni, risultati*

Il Progetto *Euskadi Lagunkoia* si pone quattro obiettivi principali:

- valorizzare il potenziale che gli anziani rappresentano nella vita delle città dei Paesi Baschi come generatori di benessere;
- creare e promuovere processi di partecipazione della comunità;
- creare una rete di iniziative *age-friendly* nei Paesi Baschi;
- facilitare l'introduzione di cambiamenti negli ambienti al fine di migliorare la qualità della vita dei suoi cittadini.

Otto sono le aree di intervento che, coerentemente con quanto previsto dal *WHO*, vengono poste al centro del progetto:

1) Trasporti: fare in modo che tutti possano muoversi facilmente dentro e fuori le città.
2) Alloggio: fare in modo che tutti possano avere case adatte o adattate alle loro esigenze.
3) Partecipazione e tessuto sociale: promozione dell'aiuto reciproco tra vicini.
4) Rispetto e inclusione: favorire il lavoro intergenerazionale.
5) Partecipazione dei cittadini e occupazione: promuovere il senso di cittadinanza e favorire modalità di occupazione flessibili e correlate alle esigenze delle persone.
6) Comunicazione e informazione: favorire la diffusione di informazioni sulle opportunità che le città offrono in diversi settori.

7) Servizi sociali e sanitari: favorire la diffusione di informazioni e la conoscenza dei propri diritti e di come esigerli.
8) Spazi ed edifici all'aperto: migliorare, riqualificare e rendere accessibili universalmente gli spazi pubblici (parchi, giardini, centri sportivi, piazze, ecc.).

Per ciascuno di questi temi è stato sviluppato il quadro diagnostico attraverso un processo ampio di studio e partecipazione dal basso e nella *Encuesta de Condiciones de Vida de 2014* è stato inoltre elaborato un elenco di aspetti da migliorare per rendere le Città *Age-friendly* (vedi Figura 2). Tra gli aspetti da migliorare, nelle posizioni più alte della classifica, si trovano: gli alloggi, seguiti da 'rispetto e inclusione sociale' e 'servizi sanitari e sociali'; seguono 'spazi esterni ed edifici pubblici' e 'trasporto pubblico'. La dimensione spaziale del contesto (dall'alloggio agli spazi pubblici e al trasporto) rappresenta dunque una delle questioni chiave per migliorare le città in un'ottica di inclusione delle persone anziane.

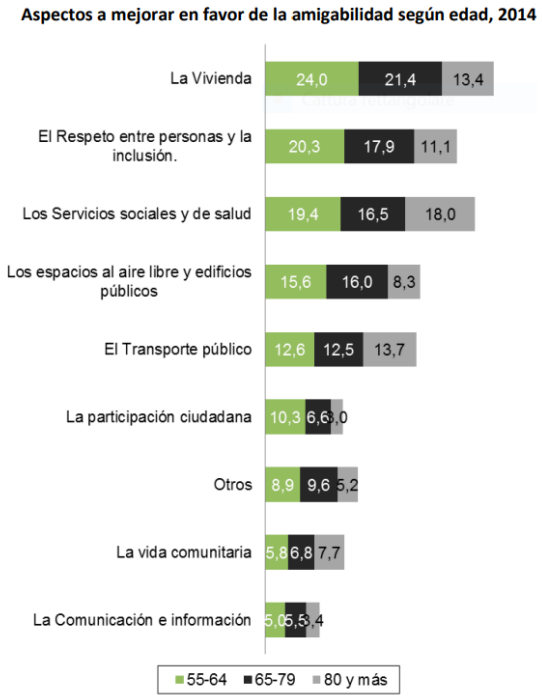


Figura 2. Aspetti da migliorare per rendere le città inclusive per le persone anziane.
Fonte: Departamento de Empleo y Políticas Sociales e Matia Instituto, 2017: 116.

▪ ***Principali iniziative realizzate***

Alcune delle più importanti iniziative promosse dal Programma *Euskadi Lagunkoia* sono:

- *Guide for the Implementation and use in municipalities* (2014). La guida, come già ampiamente descritto, ha la finalità di accompagnare e sostenere tutti i comuni nella creazione di città a misura di anziano.
- *I love my neighbourhood,* programma che coinvolge gruppi di lavoro guidati da persone anziane per sviluppare proposte per il miglioramento degli spazi pubblici, per incoraggiare la partecipazione dei cittadini e per rafforzare i social network nel vicinato. Il programma ha inoltre sviluppato progetti rivolti a particolari gruppi di anziani a rischio di esclusione.
- *Age-friendly Business Guide* (2015): è questa una guida rivolta alle imprese per promuovere lo sviluppo di comunità inclusive verso gli anziani nei Paesi Baschi. L'iniziativa fornisce materiali educativo/formativi e di autovalutazione alle imprese partecipanti per facilitare lo sviluppo di questa strategia. Sono stati anche svolti corsi di formazione in 6 comuni con il coinvolgimento di 82 imprese. La guida è attualmente disponibile in spagnolo e basco e sarà

tradotta in portoghese (ILC Brasile) e inglese (città di Unley, Australia) per la sua distribuzione e uso internazionale.

- *Dementia Friendly Community Guide*: pubblicazione di una guida finalizzata a fornire supporto su come aiutare le persone affette da demenza nella loro vita quotidiana. La Guida è stata elaborata con la collaborazione dell''Alzheimer Associations of the Basque Country' ed è stata lanciata in occasione della Giornata mondiale dell'Alzheimer (21 settembre 2015). Questa guida è stata distribuita in tutti i comuni coinvolti in *Euskadi Lagunkoia* e presso i principali *stakeholders* (centri sociali, centri sanitari, centri culturali, ecc.).
- *Friendly Housing Guide*: la pubblicazione di questa guida ha la finalità di offrire alcune raccomandazioni per mitigare i rischi dei comportamenti correlati con la demenza, all'interno dell'ambiente domestico. Anche questa guida è stata distribuita in tutti i comuni coinvolti in *Euskadi Lagunkoia*.
- *Euskadi Lagunkoia Awards* (lanciato nel 2018): raccolta di buone pratiche in materia di *Age-friendly Cities* sviluppate dalle singole realtà partecipanti al progetto. Sul sito del progetto è predisposta un *repository* dove sono illustrate le singole pratiche, organizzate secondo le otto aree tematiche sviluppate nel progetto (vedi Figura 3) (https://www.euskadilagunkoia.net/es/buenas-practicas/catalogo-por-area). Dal 2019 è stato istituito anche il *Premio de Buenas Prácticas en amigabilidad*.
- *Age-friendly shops* (Establecimientos Amigables): questa azione nasce con l'obiettivo di includere nel progetto piccole e grandi imprese di quartiere, creando un logo 'We are Friendly' che consente di identificare gli esercizi commerciali che si impegnano ad essere accoglienti e ad apportare piccoli miglioramenti e integrazioni nei loro locali per facilitare la fruizione della città dalle persone anziane (ad es. postazioni di riposo gratuite, uso delle toilette gratuito, ecc.).

Figura 3. Organizzazione del Repository delle buone pratiche sul sito del progetto.
Fonte: Departamento de Empleo y Políticas Sociales e Matia Instituto, 2014.

Figura 4. Establecimientos Amigables.

- *Time Bank:* questo è uno strumento online per lo scambio di attività e supporto tra i cittadini.
- *Self-support between neighbours program* (AuzokoaLagun): si tratta di un'iniziativa finalizzata a rendere più coeso il tessuto sociale nei quartieri e l'aiuto reciproco tra i vicini.
- *Legacy:* è un progetto di 12 brevi video (circa cinque minuti circa) di persone anziane come trasmettitori di patrimonio culturale immateriale (http://www.euskadilagunkoia.net/es/iniciativas/legado).
- La realizzazione del portale che contiene tutte le informazioni e i documenti sul Progetto.
- *Creazione di una sezione del portale dedicata al Covid-19* che riunisce le notizie e le iniziative per far fronte alla crisi Covid-19 nei Paesi Baschi. Una delle parti più importanti di questa sezione è quella che fornisce indicazioni sulle iniziative avviate nei diversi comuni della Rete

Euskadi Lagunkoia (ad es. servizi a domicilio per anziani; programmi di mantenimento fisico e cognitivo; iniziative per alleviare la solitudine; raccomandazioni per la quarantena, ecc.).

▪ ***La Valutazione: l'Active Ageing Index***

Il progetto sviluppato dalla comunità autonoma dei Paesi Baschi ha utilizzato diversi metodi, inclusi questionari e focus group, per valutare il grado di compatibilità con l'età di un determinato comune. Per la macro-valutazione è stato utilizzato anche *l'Active Ageing Index* (AAI), indice usato a livello internazionale per misurare il potenziale non sfruttato delle persone anziane per invecchiare attivamente e in buona salute (ad es. Il livello di conduzione di una vita indipendente; il grado di partecipazione a un'occupazione retribuita e/o ad attività sociali, ecc.).

Questo indice nel 2014 era pari a 36,6 e l'obiettivo è quello di portarlo a 38,4 nel 2020. Il livello di aumento del AAI consentirà di misurare l'impatto del progetto a livello macro e di monitorare i progressi complessivi e identificare dove rimangono criticità.

▪ ***Le prospettive future***

La strategia basca per l'invecchiamento attivo per il periodo 2015-20 individua come settori prioritari di azione:

- ampliare la rete di comuni aderenti all'iniziativa *Euskadi Lagunkoia*;
- assicurare la partecipazione attiva delle persone anziane alla fase di diagnosi e di attuazione del processo finalizzato a realizzare villaggi, città e territori a misura di età;
- coinvolgere il settore privato nel processo;
- integrare nella progettazione urbana un approccio attento alle esigenze dell'età, alle parità di genere e alle opportunità intergenerazionali.

Ad integrazione delle Priorità 2015-20, il *Programma per lo sviluppo umano sostenibile* del mandato parlamentare relativo al periodo 2016-20, definisce gli impegni e le sfide assunti dal governo regionale basco in materia di invecchiamento della popolazione:

i) promuovere politiche innovative per l'assistenza completa delle persone che invecchiano, soprattutto di coloro che sono colpite da malattie croniche e da forme di dipendenza;
ii) facilitare la collaborazione e la partecipazione attiva degli anziani alle azioni della comunità e/o di vicinato;
iii) sviluppare la strategia basca per l'invecchiamento attivo 2015-20 e promuovere la consapevolezza sociale contro gli stereotipi negativi degli anziani.

8 Agency e relazioni con il sistema

▪ ***Principali attori ed eventuale leadership***

In questa iniziativa è da sottolineare il modello di governance istituzionale multilivello nel quale ciascun attore (regione, comuni, attori locali, anziani, ecc.) svolge il ruolo a cui è chiamato. A livello centrale si sottolinea l'incisiva azione di regia, coordinamento, monitoraggio e valutazione svolta dalla regione, a livello locale è da evidenziare la progettualità e il lavoro di costruzione di reti locali.

▪ ***Relazioni con il sistema***

Questa iniziativa è inserita nel contesto programmatico della comunità autonoma ed è integrata con le altre politiche regionali.

▪ ***Cosa è rimasto del progetto***

Il progetto è ancora attivo e costituisce una pratica esemplare nel contesto internazionale, europeo e nazionale.

9 Risorse mobilitate (finanziarie, umane, organizzative, politiche)

▪ ***Risorse finanziarie***

È la Comunità autonoma a finanziare l'iniziativa.

▪ ***Risorse umane, organizzative***

Soggetti istituzionali e *stakeholders* coinvolti nel periodo 2012-16:

- Comuni: 40 (al 2019 i comuni sono diventati 65);
- Cittadini partecipanti al sondaggio: 2.700;
- Cittadini partecipanti ai forum: 500;
- Associazioni: 90;
- Scuole: 25;
- Imprese: 200;
- *Totale cittadini: 3000;*
- *Totale stakeholders: 300*.

10 Dimensioni innovative

▪ ***Soddisfazione di bisogni non coperti dal sistema di cura***

Il progetto si muove sulla linea della sperimentazione, razionalizzazione e innovazione dei sistemi di prevenzione volti a contrastare la solitudine e l'isolamento delle persone anziane. Il progetto promuove azioni coordinate negli 'otto domini' individuati dal *WHO* per l'adeguamento dei contesti urbani alle persone anziane. L'ampio respiro del progetto fornisce risposte a diversi bisogni e favorisce anche processi di *empowerment*.

▪ ***Modifica delle relazioni sociali/istituzionali tra anziani e altri attori***

Il progetto ha modificato le relazioni sociali/istituzionali a due livelli:

- tra *anziani e istituzioni*, perché attraverso la promozione e sperimentazione continua del processo partecipativo, le persone anziane hanno la possibilità di esprimere i loro bisogni e di esprimere le loro progettualità;
- tra *municipalità e istituzione pubbliche nazionali e internazionali*, attraverso la creazione di reti e di partnership con altri soggetti pubblici.

▪ ***Empowerment/aumento della capacità di esprimersi e incidere***

Il processo continuo di partecipazione degli anziani nella definizione delle criticità e delle aspettative rispetto agli otto domini individuati dal *WHO* e nella definizione delle azioni da intraprendere per realizzare le *Age-friendly Cities*, ha potenziato la loro capacità di esprimersi e di incidere. Una particolare attenzione viene posta poi sulle reti di vicinato e sul ruolo degli anziani in queste reti.

11 Principali risultati dell'iniziativa

- Forte processo di sensibilizzazione/formazione delle comunità locali, anche quelle rurali, sulle *Age-friendly City.*
- Partecipazione attiva della Municipalità alle reti regionali, nazionali e internazionali sul tema delle *Age-friendly City*.
- Sperimentazione e definizione di una metodologia di lavoro partecipata e co-progettata che viene utilizzata in tutte le municipalità aderenti al progetto.
- Continuità nel tempo della strategia.
- Essere riconosciuta come *best practice* a livello nazionale e internazionale.

12 Punti di forza e fattori di successo

▪ ***Punti di forza***

- Costruzione di un sistema di governance efficace ed efficiente.
- Forte proattività delle persone anziane.
- Creazione di una partnership ampia e proattiva.
- L'aver sviluppato i 'domini' del *WHO* adattandoli al contesto urbano.
- Coordinamento e integrazione delle politiche settoriali regionali.

▪ ***Fattori di successo***

- Capacità politico-programmatica dell'ente regionale;
- Capacità progettuale delle municipalità e degli attori locali;
- Disponibilità e capacità di operare in rete delle istituzioni pubbliche locali, agevolata da una cultura della collaborazione interistituzionale.

13 Punti di debolezza e fattori di rischio

- Il ruolo decisivo della regione nella sostenibilità dell'iniziativa;
- il finanziamento da parte regionale;
- la centralità del processo bottom-up e la difficoltà di renderlo sostenibile nel tempo.

14 Potenziale in termini di policy: replicabilità e/o *up-scaling*

Il progetto presenta una forte replicabilità anche perché propone una metodologia molto interessante che è stata peraltro codificata; infatti molte delle guide elaborate in questa iniziativa sono state tradotte in inglese e diffuse dal *WHO* oltreché utilizzate in altre realtà.

Appare inoltre di grande interesse l'azione del governo regionale che è riuscito in sei-sette anni a far aderire all'iniziativa 65 municipalità dove sono stati sperimentati progetti ed azioni a livello locale.
Il potenziale di replicabilità è elevato, anche se sono necessari governi ed assessorati regionali con una forte capacità progettuale e attitudine alla regia e al coordinamento. In tal senso risulta utile sottolineare come sia stata creata una sezione del portale dedicata al Covid-19 che fornisce le notizie sulle iniziative per far fronte alla crisi pandemica nei Paesi Baschi. Una delle parti più importanti di questa sezione è quella che fornisce indicazioni sulle iniziative avviate nei diversi comuni della Rete *Euskadi Lagunkoia* (ad es. servizi a domicilio per anziani; programmi di mantenimento fisico e cognitivo; iniziative per alleviare la solitudine; raccomandazioni per la quarantena, ecc.).

15 Fonti

▪ ***Riferimenti bibliografici e sul web***

Buffel, T., Cotterell, N., Phillipson, C., Rémillard-Boilard, S. (2019) *Case Study: The Age-friendly Programme in Basque Country (Euskadi)* [online]. WHO. Accessibile su: https://extranet.who.int/agefriendlyworld/resources/age-friendly-case-studies/. (Consultato: luglio 2020).

Departamento de Empleo y Políticas Sociales e Matia Instituto (2017) *Euskadi Lagunkoia Sustraietatik. Informe Diagnóstico Plan de amigabilidad* [online]. Gobierno Vasco. Accessibile su: https://ec.europa.eu/eip/ageing/sites/eipaha/files/results_attachments/diagnostico_euskadi_v11.pdf. (Consultato: luglio 2020).

Departamento de Empleo y Políticas Sociales (2016) *Estrategia Vasca de envejecimiento activo 2015-2020* [online]. Gobierno Vasco. Accessibile su: https://www.euskadi.eus/contenidos/informacion/jornadas_serviciossociales/es_def/adjuntos/ESTRATEGIAVASCA_2015_web_OK.pdf. (Consultato: luglio 2020).

Departamento de Empleo y Políticas Sociales, Matia Instituto (2014) *Guía práctica para la implantación y uso en Municipios* [online]. Gobierno Vasco. Accessibile su: https://www.euskadilagunkoia.net/es/. (Consultato: luglio 2020).

Eustat – Euskal Estatistika Erakundea – Instituto Vasco de Estadística (2017) *Population Projections 2031. Analysis of Results. Population Projections. Demographic Scenarios* [online]. Accessibile su: http://en.eustat.eus/elementos/ele0015200/ti_The_Basque_Country_could_have_28800_more_inhabitants_in_2061/not0015236_i.html. (Consultato: luglio 2020).

INE – Instituto Nacional de Estadística (2013) 'INEbase – Demografía y población 2013' [online]. Accessibile su: https://www.ine.es/dyngs/INEbase/es/categoria.htm?c=Estadistica_P&cid=1254734710984. (Consultato: luglio 2020).

Matia Instituto (2017) *Friendliness Guide for Establishments. Shops and Restaurants* [online]. Departamento de Empleo y Políticas Sociale-s Gobierno Vasco. Accessibile su: https://www.euskadilagunkoia.net/es/. (Consultato: luglio 2020).

16 Data chiusura del caso studio

La ricostruzione e l'analisi critica del caso studio si sono concluse nel mese di settembre 2020.

IN-AGE - INclusive AGEing in place
Laboratorio Politiche Sociali, Politecnico di Milano
Dipartimento Architettura e Territorio, Università Mediterranea di Reggio Calabria
Centro Ricerche Economico-Sociali per l'Invecchiamento, INRCA-IRCCS, Ancona

27 CITabilitY
Una città per tutte le abilità dove poter essere diversamente uguali

di Francesco Bagnato
Dipartimento Patrimonio, Architettura e Urbanistica, Università Mediterranea di Reggio Calabria

1 Breve descrizione dell'iniziativa

L'iniziativa, finalizzata all'elaborazione di indirizzi e criteri per la rigenerazione dello spazio pubblico pedonale, mira a definire, attraverso la promozione di un processo partecipativo, un *Patto di collaborazione* per realizzare spazi pubblici urbani universalmente accessibili.

CITabilitY vuole avviare un ragionamento sull'accessibilità della città, valorizzando il contributo che viene dalla partecipazione di persone portatrici di differenti abilità e differenti punti di vista. Il presupposto di partenza che si propone il progetto è quello di superare l'impianto culturale dei *PEBA* (Piani Eliminazione Barriere Architettoniche) per tendere alla concezione più moderna dei 'Piani di accessibilità'. Per operare questo superamento l'iniziativa si propone di sperimentare la transizione da un approccio esclusivamente normativo ad uno progettuale; da una visione specialistica ad una integrata; da una dimensione tecnica ad una sociale. È in questo ambito che si colloca il percorso *CITablitY* (Comune di Santarcangelo, 2018a).

Il tema su cui si è concentrato il processo ha riguardato il funzionamento dello spazio urbano e il livello di accessibilità dei percorsi pedonali principali, individuando possibili priorità di intervento nelle connessioni tra spazi privati e spazi pubblici.

2 Luogo

ITALIA, Emilia-Romagna, Provincia di Rimini, **Santarcangelo di Romagna.**

3 Contesto territoriale

▪ ***Tipologia di area***

Il comune di Santarcangelo di Romagna con una popolazione residente pari a 22.180 abitanti (Comuni-Italiani, 2017) è il terzo comune per dimensione demografica della provincia di Rimini (dopo Rimini e Riccione). Il comune, tra il 2006 e il 2016, fa registrare un incremento della popolazione residente pari a l'8,8%.

Al 2016 (Comuni-Italiani.it, 2017):

- la popolazione con più di 65 anni di età rappresenta il 21,7% del totale e l'indice di vecchiaia è pari a 152,2%, più contenuto rispetto a quello provinciale che è pari a 165%, con una crescita percentuale nell'ultimo decennio pari al 16,4%;
- la percentuale di stranieri residenti sul totale della popolazione è pari all'8,5%;
- il reddito medio annuo è pari a 14.190 euro.

▪ ***Scala di azione***

Scala comunale. L'iniziativa mira a definire, attraverso la promozione di un processo partecipativo, un *Patto di collaborazione* per realizzare spazi pubblici urbani universalmente accessibili.

4 Tipologia dell'iniziativa e approccio

▪ ***Tipologia***

- Progetto finanziato da ente pubblico.

▪ ***Soggetti attuatori***

- Comune di Santarcangelo di Romagna.
- Associazione Professionale Principi Attivi – soggetto curatore del percorso partecipativo.
- Associazione culturale Chiocciola la casa del nomade – soggetto curatore del laboratorio con le scuole.

▪ ***Altri soggetti coinvolti (rete mobilitata dal progetto)***

- CRIBA Emilia-Romagna (Centro Regionale di Informazione sul Benessere Ambientale – Progettare per l'inclusione);
- Associazione Kantharos;
- Associazione L'Incontro;
- Coop. sociale Il Millepiedi;
- Cooperativa sociale La Fraternità;
- singoli cittadini;
- Unione Italiana Lotta alla Distrofia Muscolare;
- Unione Italiana Ciechi e Ipovedenti;
- ISISS Einaudi Molari (Istituto Superiore);
- Centro Sociale Anziani 'Franchini';
- Pro Loco;
- Gruppo Genitori Pedibus;
- Nido Comunale Mongolfiera;
- direzioni didattiche;
- scuole secondarie di primo grado e di secondo grado;
- centri ricreativi per la terza età.

▪ ***Fonti di finanziamento***

- Contributi regionali a valere sul bando 2017 per l'erogazione dei contributi regionali a sostegno dei processi partecipativi (LR n. 3 del 2010).
- Contributi comunali.

▪ ***Approccio***

Il progetto ha un approccio pubblico ed è caratterizzato da una regia centrale esercitata dalla amministrazione comunale che svolge il suo ruolo programmatico in modo efficace e continuo nel tempo. Il municipio si rende attivo:

- nel promuovere reti con altri soggetti pubblici e con associazioni cittadine
- nel portare aventi e sviluppare una sua idea di città accessibile e solidale che tende a superare con decisione l'impostazione *top-down* dei *PEBA*.

▪ ***Target e beneficiari***

Il progetto è aperto a tutti i cittadini ed è particolarmente rivolto alle persone diversamente abili e agli anziani.

5 L'iniziativa

▪ ***Ambito di intervento***

2. Pratiche innovative che riguardano la vita fuori casa degli anziani.
2.1. Servizi innovativi per facilitare la socializzazione.
2.2. Servizi innovativi per la mobilità e Progetti urbani *age-friendly.*

▪ ***Obiettivi***

Obiettivo generale di questo progetto è sperimentare un processo partecipativo della comunità locale finalizzato a:

- promuovere l'accessibilità ambientale, intesa come attitudine di luoghi, di prodotti e di servizi ad essere identificabili, raggiungibili, comprensibili e fruibili autonomamente, in condizioni di comfort e di sicurezza, da parte di chiunque (Comune di Santarcangelo di Romagna, 2018a);
- intervenire, con azioni coordinate sui sistemi dei servizi alla persona e delle attività di prevenzione, sul sistema della promozione della cultura dell'accessibilità e della partecipazione, sul sistema dei tempi e degli spazi della città, sul sistema della mobilità quale strategia di connessione a scala urbana e territoriale, sul sistema delle disponibilità di risorse finanziarie (Regione Emilia-Romagna, 2018a).

6 Temporalità

- **2017** (maggio) Viene presentato il progetto alla Regione Emilia-Romagna.
- **2017** (settembre) Avvio del processo partecipativo.
- **2018** (mese di maggio) Il progetto si conclude con la presentazione della relazione finale.
- **2018** Approvazione del 'Regolamento comunale per la valorizzazione degli spazi pubblici e delle attività economiche' che prevede misure per rendere accessibili gli esercizi commerciali e gli spazi pubblici.
- **2018** (luglio) Viene lanciato, come esito di *CITabilitY*, il Progetto *Santarcangelo città accogliente*.
- **2019** Primo avviso pubblicato dal comune per partecipare al progetto.
- **2020** Oltre 50 attività ed esercizi commerciali del comune hanno aderito al Progetto *Santarcangelo città accogliente.*
- **2020** (gennaio) Nuovo avviso pubblico per partecipare al progetto.

7 Origine, radici, principali tappe del progetto

▪ ***Le origini e le radici***

Il progetto, cofinanziato dalla Regione Emilia-Romagna nell'ambito della LR n. 3 del 2010 che prevede contributi per la promozione di procedure di consultazione e partecipazione finalizzate all'elaborazione delle politiche regionali locali, si fonda su tre fattori propulsivi principali, che il Comune di Santarcangelo esprime nella sua scheda progetto presentata per ottenere il finanziamento.

Il primo fattore propulsivo è di *natura tecnico-culturale* e si fonda sulla necessità, espressa dall'amministrazione comunale, di superare l'approccio dei *PEBA* strumenti esclusivamente tecnici e basati sul superamento delle barriere, per approdare ad una visione di 'città accessibile per tutti'. Si vuole cioè ribaltare l'approccio alla questione e sperimentare una nuova visione: non più spazi pubblici in cui superare e rimuovere barriere, ma spazi pubblici progettati in modo da poter essere fruiti da tutti in autonomia, sicurezza e *comfort*.

Il secondo fattore propulsivo è di *natura socio-sanitaria* e risiede nella necessità di fornire risposte innovative alle persone diversamente abili; in una stima che la municipalità ha redatto ai fini del progetto, al 2017, risultano residenti a Santarcangelo circa 850 persone con diverse forme di disabilità alle quali è necessario poi sommare le persone anziane che presentano leggeri impedimenti e che non rientrano tra i beneficiari della L n. 104 o dei contrassegni di parcheggio per disabili rilasciati dal comune sulla base dell'invalidità certificata dall'ASL (la stima comunale è stata infatti effettuata su queste tipologie di certificazione di disabilità).

Il terzo fattore propulsivo è di *natura programmatico-finanziaria* e risiede nella opportunità che la Regione Emilia-Romagna, con la LR n. 3 del 2010, fornisce ai comuni nel cofinanziare processi partecipativi per le politiche locali.

Su questi presupposti la giunta comunale approva nel maggio del 2017 il Progetto *CITabilitY* e, in qualità di soggetto richiedente ed ente responsabile, presenta la proposta progettuale nell'ambito del 'Bando 2017 per l'erogazione dei contributi regionali a sostegno dei processi partecipativi (LR n. 3 del 2010)'.

- ***Il progetto: processo partecipativo***

Il percorso partecipativo proposto e sperimentato dal Progetto *CITabilitY* si è posto come obiettivo fondamentale quello di avviare un ragionamento sull'accessibilità della città, valorizzando il contributo derivante dal processo di partecipazione. Il confronto che si è basato sul funzionamento dello spazio urbano e sul livello di accessibilità dei percorsi pedonali principali, ha teso ad individuare alcune priorità di intervento e possibili indirizzi e criteri per una rigenerazione dello spazio urbano caratterizzata da un'accessibilità universale.

Il processo partecipato che si è sviluppato nell'arco di sei mesi è stato articolato in attività informative, formative, progettuali ed esperienziali, e «si è sviluppato attorno al funzionamento dello
spazio urbano (pubblico e privato ad uso pubblico), approfondendo i diversi livelli di accessibilità della città pubblica, facilitati od ostacolati da soluzioni materiali (composizione e logistica dello spazio fisico) e immateriali (cultura e atteggiamenti collettivi)» (Comune di Santarcangelo, 2018a: 6).

In particolare il progetto partecipativo si è articolato in (vedi Figure 1 e 2): quattro tavoli di negoziazione (cabina di regia); cinque focus group; tre workshop; un sondaggio con più di 750 questionari compilati; un laboratorio nella scuola primaria (sei classi quarta e una classe quinta) e la produzione di un video da parte di una classe di un Istituto Superiore; esperienze e sperimentazioni basate su quanto emerso; un *Exhibit* finale.

Le Tecniche di partecipazione utilizzate sono state i *Focus Groups*, il *Logical Framework*, la *passeggiata di quartiere*, il *Word Cafè*.

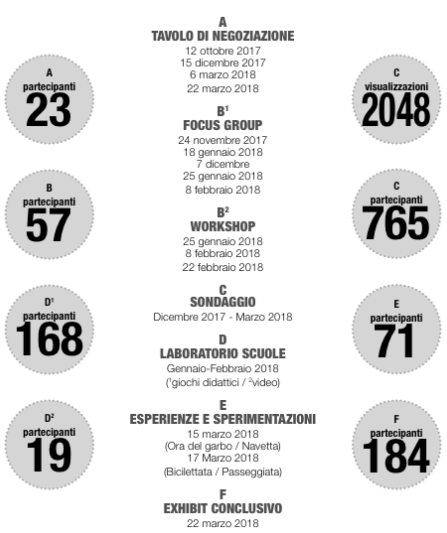


Figura 1. Il processo di partecipazione: iniziative, partecipanti, attività.
Fonte: Comune di Santarcangelo di Romagna, 2018b: 9.

Figura 2. Sintesi della proposta emersa dal processo partecipato.
Fonte: Comune di Santarcangelo di Romagna, 2018b: 11.

Risultato generale del processo sperimentato è stata la redazione del cosiddetto *Patto di collaborazione* per lo spazio urbano pedonale universalmente accessibile (indirizzi/criteri, esperienze/prospettive, ruoli/responsabilità, priorità di intervento).

Tra i risultati specifici che il progetto ha conseguito possiamo sottolineare:

- la sensibilizzazione della comunità sull'idea che l'accessibilità non è appannaggio di un sapere esperto, ma di un sapere comune, che va costruito attraverso un processo conoscitivo ed esperienziale in grado di favorire la conoscenza e l'accettazione delle diversità, dove la dimensione tecnico-normativa si integra con una visione sociale, culturale e politica dello spazio pubblico (Comune di Santarcangelo di Romagna, 2018b; 2018c);
- l'accrescimento delle competenze e della sensibilità sulle tematiche dell'accessibilità da parte del personale interno del comune che si occupa di intervenire sulla città pubblica;
- la mappatura del livello di accessibilità dei principali percorsi pedonali casa-città (piazze, parchi, scuole, biblioteca, ecc.).

Tra le idee che il processo partecipativo ha individuato e in parte realizzato:

- la proposta di istituire il *Laboratorio permanente CITabilitY* con la finalità di sostenere un dialogo costante tra soggetti pubblici, privati e terzo settore e di sviluppare sinergie e tra chi è attore-promotore e chi è attore-beneficiario di una città accessibile;
- la proposta di elaborare il *Bilancio CITabilitY*, ossia comporre in un unico programma quadro tutte le risorse (umane, materiali, strumentali, conoscitive, economiche) per lo sviluppo pratico-operativo dell'idea di Santarcangelo 100% accessibile, misurando di anno in anno quanto la città stia diventando via via più abile nell'essere inclusiva (INU, 2018);
- la promozione del *marchio CITabilitY*, un riconoscimento dinamico basato su tre criteri (accessibilità, empatia, innovazione) da assegnare ad attività/servizi/imprese della città che si impegnano per rendere la città più inclusiva, con un upgrade di anno in anno per quanti volessero progressivamente aderire;
- l'attivazione dell'*Ora del Garbo* (vedi Figura 3) nei centri commerciali e nei negozi aderenti, iniziativa in cui sessanta minuti in cui si mette in campo una gentile attenzione verso la diversità e l'inclusione di tutti nella vita quotidiana;
- l'individuazione di *soluzioni di urbanistica tattica* per il miglioramento della percorribilità pedonale e del trasporto pubblico, intervenendo su quelle criticità ambientali mappate dai *citabiliter*, cittadini volontari educati ad uno sguardo attento su un'accessibilità a 360° e che, dotati di una scheda di rilievo formulata assieme ai tecnici, collaborano con l'Amministrazione per aspirare ad una qualità urbana superiore alla norma dettata oggi (INU, 2018).

Figura 3. La sperimentazione dell'Ora del garbo.
Fonte: Comune di Santarcangelo di Romagna, 2018b: 23.

Il Documento di proposta partecipata è stato presentato in Consiglio Comunale ed è stato validato dalla Regione Emilia-Romagna. La proposta è di continuare il progetto e di provare ad attuare molte delle idee condivise con i cittadini, tra le quali: la progettazione degli spazi pubblici in modo partecipato; l'attivazione di percorsi di formazione permanente; l'introduzione dell'accessibilità come indicatore di qualità *for all* nella valutazione di progetti sia pubblici che privati, ecc.

▪ ***Ricadute e Prospettive***

Sulla base dell'esperienza e dei risultati di *CITabilitY* è stato avviato il Progetto *Santarcangelo Accogliente* che, ha l'obiettivo di creare di una rete di collaborazione fra l'Amministrazione locale, le associazioni di categoria e gli operatori economici per realizzare 'una città accessibile'. Gli operatori economici e turistici che aderiscono al progetto ricevono gratuitamente un *kit* 'Santarcangelo Accogliente', che comprende:

- un corso di formazione gratuito che riguarda l'accessibilità e che viene tenuto dal Criba (Centro regionale di informazione per il benessere ambientale), servizio gestito dal Cerpa (Centro europeo di ricerca e promozione dell'accessibilità) e sostenuto dalla Regione Emilia-Romagna;
- una vetrofania che segnala l'accessibilità del locale;
- una scheda informativa per la promozione della propria attività sul portale dedicato all'iniziativa (Comune di Santarcangelo di Romagna, 2019).

Il progetto ha dato vita ad un sito interattivo (vedi Figura 4) dove è possibile individuare i locali ed i negozi accessibili, i bagni pubblici accessibili e gli esercizi commerciali che mettono a disposizione le proprie toilette.

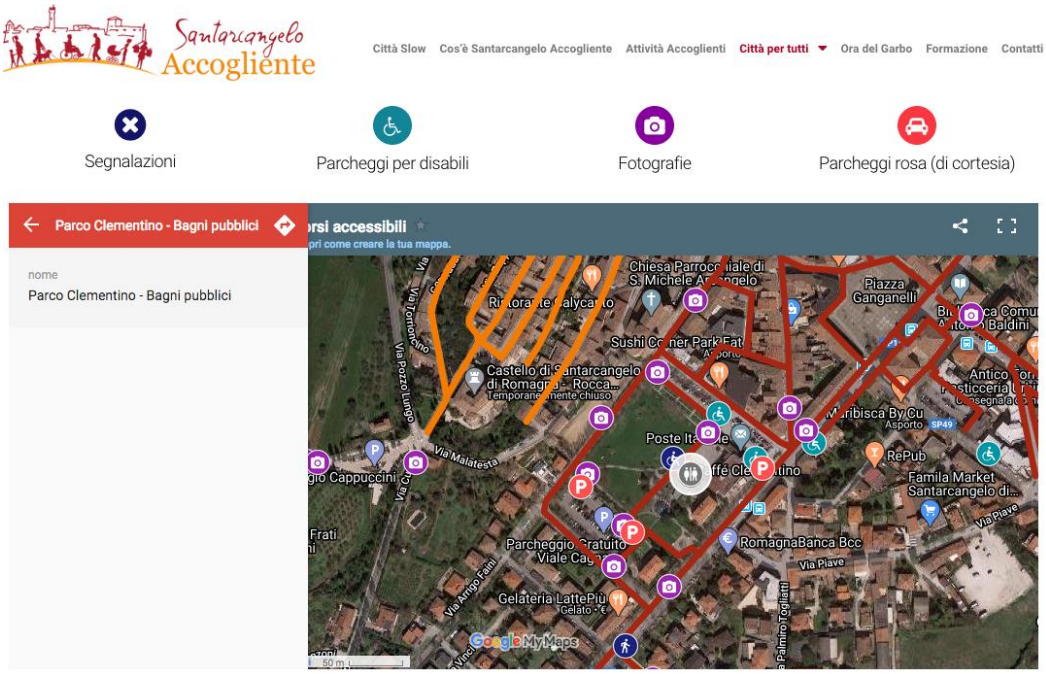


Figura 4. Stralcio della mappa interattiva disponibile sul sito 'Santarcangelo città accogliente'. Fonte: Comune di Santarcangelo di Romagna, 2019.
N.B. In rosso i percorsi accessibili; in arancio i percorsi piani in centro storico; in verde i percorsi tattili.

8 Agency e relazioni con il sistema

▪ ***Principali attori ed eventuale leadership***

Questa iniziativa promossa dall'amministrazione comunale, e da questa coordinata e controllata, si caratterizza per un approccio multiattoriale. L'approccio multiattoriale presenta due traiettorie principali:

- La *prima* fa riferimento al coinvolgimento diretto e proattivo dell'utenza interessata dal progetto, cioè tutti i cittadini. Il processo partecipativo sperimentato non è stato solo finalizzato alla comprensione delle esigenze delle persone diversamente abili e degli anziani, ma ha cercato di cogliere idee e progettualità trasferendole poi nella proposta definitiva.
- La *seconda* fa riferimento al coinvolgimento del mondo associativo, degli altri enti pubblici e degli attori economici che durante l'elaborazione e l'attuazione del progetto si è via via arricchita e consolidata, anche come ricaduta del processo precedente.

▪ ***Relazioni con il sistema***

L'iniziativa si inserisce in un contesto politico-programmatico che alle diverse scale istituzionali (Regione Emilia-Romagna e attori locali) è tra i più attivi di Italia su tali tematiche.

▪ ***Cosa è rimasto del progetto***

CITabilitY ha dato l'avvio al Progetto *Santarcangelo città accogliente* che è un progetto attivo ancora oggi. Inoltre i risultati del percorso partecipativo riguardano tipologie di interventi che vengono inserite nel processo decisionale di redazione e aggiornamento annuale del *DUP* – Documento Unico di Programmazione e del Programma Triennale delle opere pubbliche del comune.

9 Risorse mobilitate (finanziarie, umane, organizzative, politiche)

▪ ***Risorse finanziarie***

Risorse per lo sviluppo del percorso partecipativo *CITabilitY*, 23.000 euro di cui:

- contributi della regione Emilia-Romagna: 15.000 euro;
- contributi del Comune di Santarcangelo di Romagna: 8.000 euro.

Risorse per lo sviluppo del programma *CITabilitY* (attuazione del patto di collaborazione) da quantificare in sede di Giunta Comunale e Consiglio Comunale.

▪ ***Risorse umane, organizzative e politiche***

- Numero totale cittadini coinvolti direttamente nel processo partecipativo: 184 + 765 coinvolti attraverso il sondaggio.
- Numero cittadini raggiunti indirettamente dal processo e ben informati su esso: 5.000.

10 Dimensioni innovative

▪ ***Soddisfazione di bisogni non coperti dal sistema di cura***

Il progetto *CITabilitY* cerca di dare risposte innovative al bisogno di mobilità e di socializzazione delle persone anziane e delle persone diversamente abili al di fuori del proprio ambiente domestico. Il processo progettuale ha indotto una diversa visione dello spazio pubblico e della possibilità che sia reso universalmente accessibile.

▪ ***Modifica delle relazioni sociali/istituzionali tra anziani e altri attori***

Il progetto *CITabilitY* ha consentito a tutti i cittadini di partecipare in forma attiva all'individuazione delle criticità, dei luoghi da migliorare e delle possibili soluzioni. Questo processo ha contribuito ad affinare il punto di vista dei progettisti e degli amministratori e ha consentito anche agli anziani di sentirsi protagonisti del cambiamento.

▪ ***Empowerment/aumento della capacità di esprimersi e incidere***

Il processo di partecipazione ha potenziato nei cittadini e negli anziani la capacità di esprimere i bisogni e di considerare le possibili soluzioni in base alle proprie situazioni personali e ambientali.

11 Principali risultati dell'iniziativa

- Sensibilizzazione sul tema dello spazio pubblico accessibile;
- incremento della diffusione di informazione/formazione sul tema;
- predisposizione di una metodologia di lavoro replicabile;
- sperimentazione di un processo di partecipazione inclusivo.

12 Punti di forza e fattori di successo

▪ ***Punti di forza***

- Aver mantenuto il livello di interesse e di partecipazione costante lungo tutto il percorso;
- aver costruito una rete molto ampia e con forti rappresentanze del mondo della scuola, del mondo associativo (sociale) e del mondo economico (commercianti);
- aver fatto rientrare le idee emerse nel *Patto di Collaborazione* nelle attività dell'amministrazione comunale.

▪ ***Fattori di successo***

- La capacità politica e di indirizzo della regione.
- La capacità politico-programmatica dell'ente locale.

13 Punti di debolezza e fattori di rischio

- Limitata partecipazione dei giovani.
- Assenza dei gestori del trasporto pubblico.
- Risorse finanziarie limitate.

14 Potenziale in termini di policy: replicabilità e/o *up-scaling*

Il progetto, pur nascendo come azione sperimentale per verificare i processi partecipativi all'interno delle politiche locali, evidenzia un forte potenziale in termini di *policy* e di replicabilità, anche se condizionato da fattori di successo strettamente legati al buon governo dell'amministrazione locale e alla capacità di partecipare dei cittadini e delle associazioni.

Il progetto propone una metodologia molto interessante ed evidenzia come a fronte di un piccolo finanziamento sia stata avviata una nuova stagione e una nuova visione dello spazio pubblico.

15 Fonti

▪ ***Riferimenti bibliografici e sul web***

Comune di Santarcangelo di Romagna (2019) 'Santarcangelo Accogliente' [website]. Accessibile su: https://www.santarcangeloaccogliente.it/. (Consultato: agosto 2020).

Comune di Santarcangelo di Romagna (2018a) *Relazione finale. CITabilitY. Una città per tutte le abilità dove poter essere diversamente uguali* [online]. Relazione presentata alla Giunta della Regione Emilia-Romagna in data 14/05/2018. Accessibile su: https://www.osservatoriopartecipazione.it/scheda-processo/1185. (Consultato: agosto 2020).

Comune di Santarcangelo di Romagna (2018b) 'CITabilitY. Una città per tutte le abilità dove poter essere diversamente uguali' [online]. Accessibile su: https://www.osservatoriopartecipazione.it/scheda-processo/1185. (Consultato: agosto 2020).

Comune di Santarcangelo di Romagna (2018c) *Schema per la redazione del progetto partecipativo. Allegato A CITabilitY* [online]. Giunta della Regione Emilia-Romagna, 26 maggio 2017. Accessibile su: https://www.osservatoriopartecipazione.it/scheda-processo/1185. (Consultato: agosto 2020).

Comune di Santarcangelo di Romagna (2017) 'Delibera della Giunta Comunale n. 59 del 24 maggio 2017' [online]. Accessibile su: https://www.osservatoriopartecipazione.it/scheda-processo/1185. (Consultato: agosto 2020).

Comuni-Italiani.it (2017) 'Comune di Santarcangelo di Romagna'. Accessibile su: http://www.comuni-italiani.it/099/018/. (Consultato: agosto 2020).

INU (2018) 'CITabilitY. Una città per tutte le abilità dove poter essere diversamente uguali'[online]. Progetto Paese Città Accessibili a Tutti. Buone pratiche delle città accessibili a tutti. *Urbanistica Informazioni*. INU: maggio 2018. Accessibile su: http://www.urbanisticainformazioni.it/IMG/pdf/citability.pdf. (Consultato: agosto 2020).

16 Data chiusura del caso studio

La ricostruzione e l'analisi critica del caso studio si sono concluse nel mese di settembre 2020.

3. Politiche e azioni innovative 'di sistema': regia, informazione, formazione

Guida alla lettura

di Giuliana Costa

In questa sezione sono inclusi tre casi che hanno messo in campo azioni di sistema per *l'ageing in place*, vale a dire azioni trasversali che riguardano fondamentalmente quattro tipi di interventi: a) formazione di operatori e volontari; b) diffusione di modelli innovativi di intervento a favore di anziani soli, isolati o fragili; c) campagne di sensibilizzazione al tema dell'invecchiamento della popolazione; d) la definizione di regole e norme che disegnino le politiche locali o sovra locali che si rivolgono agli anziani e mirano a favorire la loro permanenza a domicilio. Benché in questa sezione si faccia prioritariamente riferimento ai tre casi che seguono, è opportuno segnalare che delle 30 esperienze studiate in profondità, ben 15 contengono una o più azione di sistema, a riprova del fatto che una progettualità, per essere innovativa e lasciare traccia di sé, richiede spesso il ridisegno dei sistemi di vincoli ed opportunità dei contesti normativi e progettuali in cui si inserisce, l'innalzamento o la diversificazione delle competenze presenti nell'ecosistema di welfare, il coinvolgimento e la partecipazione dei cittadini non direttamente implicati da processi di invecchiamento difficile, e la capacità di modellizzare e trasmettere – rendendolo *accountable* – il proprio operato.

Le iniziative

Viva gli anziani! (Roma, Brindisi, Catania, Civitavecchia, Genova, Napoli, Novara e Sassari) è un progetto che ha l'obiettivo di prevenire gli effetti di eventi critici avversi (come, ad esempio, le ondate di calore o di freddo o il diffondersi di epidemie influenzali) grazie all'inserimento dei potenziali beneficiari all'interno di una rete di cura formale (assistenti a pagamento, medici di Medicina generale) e informale (negozianti, vicini, portieri). In questo modo viene promossa la permanenza degli anziani nel proprio domicilio e viene ridotto il rischio di isolamento sociale e di mortalità. Si rivolge ad anziani over80, non prevede altri criteri di eleggibilità ed è gratuito. Le principali attività svolte sono contatti telefonici, visite domiciliari, interventi diretti personalizzati, attivazione e/o rafforzamento di reti formali e informali di prossimità, gestione delle emergenze, organizzazione di eventi locali e attività di animazione. Alla centrale operativa si affiancano volontari.

LR Friuli-Venezia Giulia n. 22 del 2014 'Promozione dell'invecchiamento Attivo' (Friuli-Venezia Giulia) è un quadro normativo regionale che ha dato vita a una politica sistematica e strutturata sul tema anziani e, superando la visione strettamente assistenziale e sanitaria, promuove e rafforza gli interventi sul versante del sostegno all'autonomia e all'indipendenza personale, anche al fine di evitare o ritardare l'istituzionalizzazione delle persone anziane. La Regione FVG pianifica, in collaborazione con i Comuni, le Aziende sanitarie e gli altri soggetti attivi nell'ambito delle finalità della legge, interventi coordinati e integrati a favore delle persone anziane in diversi ambiti (salute e sicurezza, partecipazione, formazione permanente, lavoro, cultura e turismo sociale, sport e tempo libero, impegno civile e volontariato). Si pone come finalità fondamentale la valorizzazione del ruolo delle persone anziane nella comunità e la promozione della loro partecipazione alla vita sociale.

MONALISA (Francia) è una rete nazionale che riunisce un insieme diversificato di attori pubblici e privati (Dipartimenti, comuni, centri anziani, centri sociali rurali, associazioni, autorità e agenzie locali o territoriali, fondi pensione, cittadini) con lo scopo di animare, aggregare e sostenere le attività di volontariato a favore delle persone anziane sole e/o isolate, valorizzando le risorse formali e informali già presenti sul territorio e coordinandole. La rete opera su due scale, quella delle 'cooperazioni territoriali', formate dai soggetti che, a geometria variabile, si aggregano a livello dei 'Départements', e quella delle 'équipes citoyennes', nuclei di organizzazioni e individui

che operano concretamente a favore delle persone anziane a livello locale (città e/o quartiere). Le *équipes* sono sostenute dalle cooperazioni territoriali che ne coordinano l'operato, mettono a loro disposizione risorse economiche nonché occasioni di formazione. La rete è impegnata specificamente nel contrasto alla solitudine degli anziani. Tutte le organizzazioni coinvolte aderiscono ad una Carta Nazionale del Progetto *MONALISA*.

Il tipo di iniziativa, gli attori e i rapporti con il sistema

Le tre iniziative hanno genesi e traiettorie di sviluppo molto diverse. *Viva gli anziani!* nasce da un soggetto *non-profit*, la Comunità di Sant'Egidio, che opera in Italia a livello nazionale, sostenuto fin dai suoi esordi da altri attori privati (in particolare la Fondazione Compagnia di San Paolo) e da diversi attori pubblici che, nel tempo, si sono pluralizzati. Si tratta dunque di un'iniziativa sorta dal basso, dalla società civile, che viene attuata a livello prettamente urbano, talvolta anche solo a scala di quartiere (che nel caso di Roma, dove è nata, è comunque molto ampia in termini di popolazione).

La legge regionale 'Promozione dell'invecchiamento attivo', invece, è fortemente orientata ad una logica pubblica, con un modello di organizzazione che coinvolge tutti gli attori potenzialmente interessati al tema (una rete di circa 60 soggetti tra Comuni, Aziende sanitarie e Aziende pubbliche di servizi alla persona; istituzioni scolastiche e associazioni di vario tipo).

MONALISA, pur sorta nell'alveo di una politica pubblica nazionale in fieri, è stata poi implementata come politica sperimentale a livello decentrato dai Dipartimenti e da diversi collettivi (formati da soggetti pubblici e privati molto diversificati e a geometria variabile). *MONALISA* si interfaccia con una pluralità di organizzazioni pubbliche, sia a livello dipartimentale che a livello locale. Molto spesso sono gli attori pubblici ad avviare e chiamare 'a raccolta' gli attori locali per una cooperazione territoriale, mettendo a disposizione risorse per attività di coordinamento. Nello sviluppo della rete hanno avuto e continuano ad avere un ruolo cruciale organizzazioni della società civile, come ad esempio la Association des Petits Frères des Pauvres.

Le risorse mobilitate

Tutte le iniziative qui incluse hanno mobilitato nel tempo diverse e varie fonti di finanziamento, da Fondazioni (Fondazione Cariplo, Enel Cuore e Fondazione Vodafone per *Viva gli anziani!*, Fondazione la France s'Engage per *MONALISA*), ad aziende, enti pubblici, agenzie territoriali. La Legge 'Promozione Dell'invecchiamento Attivo' è una politica di *mainstreaming* che ha permesso di convogliare una grande mole di risorse a favore della popolazione anziana in generale e in particolare al tema *dell'ageing in place*.

In *Viva gli anziani!* Il contributo da parte di enti pubblici si è sostanziato spesso nel mettere a disposizione del Programma gli operatori dell'ASL o del Comune, attraverso la modalità organizzativa 'in comando' o attraverso la costituzione di uffici dedicati. In *MONALISA* si è creato un meccanismo di raccolta di fondi per lo più pubblici (Dipartimenti, Caisse Nationale de la Solidarité pour l'Autonomie, Casse Pensioni), da destinare alle cooperazioni territoriali, chiamato 'Conférence de financeurs'. Ogni territorio dispone di risorse economico-finanziarie diverse, a seconda del contesto.

Per quanto riguarda le risorse umane, *Viva gli Anziani!* e *MONALISA* si basano sul volontariato e hanno centrali operative molto ridotte per quanto riguarda il numero di personale strutturato.

Le dimensioni innovative

Le esperienze qui comprese sono molto diverse tra di loro e così sono anche le loro dimensioni innovative. Vi sono però delle convergenze tra gli aspetti innovativi di *Viva gli anziani!* e *MONALISA*. Innanzitutto, entrambi attuano forme di setacciamento del territorio e implementano forme di '*welfare* di aggancio', andando incontro ai bisogni di persone sole e/o isolate e mobilitando così un alto numero di volontari affinché possano costruire e/o ricostruire nodi nella

rete informale degli anziani. Tutti e due hanno poi sviluppato servizi integrativi e non sostitutivi, facendo leva su alcune risorse già esistenti e individuandone e connettendone di nuove. Si tratta di esperienze di sistema perché hanno costruito degli ecosistemi di monitoraggio, accompagnamento e sostegno degli anziani basati sul volontariato, fornendo dunque servizi universalistici (*Viva gli anziani!*). Entrambe le iniziative, riconosciute come innovative nel loro contesto, sono riuscite a modellizzare il proprio operato, rendendolo scalabile ed esportabile, come d'altronde è stato fatto anche nelle iniziative *Coabitazioni solidali*, *La cura è di casa*, *La vecchiaia che vorrei*, *Mais proximidade melhor vida* e nei Progetti *di Age-friendly cities*.

La Legge friulana 'Promozione dell'invecchiamento attivo' è stata scelta come azione innovativa di sistema perché la sua attuazione si basa sulla collaborazione trasversale di sette tra le Direzioni centrali della Regione FVG che, insieme ad altri soggetti, sono riuscite a dare vita a piani operativi trasversali, forieri di nuovi servizi, così come sono state in grado di intercettare ingenti risorse economiche da destinare alla popolazione anziana.

Punti di forza/fattori di successo e punti di debolezza/fattori di rischio

I punti di forza delle azioni di sistema qui presentate sono di diversa natura. In primo luogo, hanno intercettato l'interesse di un alto numero di cittadini, di organizzazioni della società civile e di forze politiche a livello locale, riuscendo a mobilitare energie (volontariato e saperi professionali) attorno a progettualità complesse e che richiedono tempi lunghi di realizzazione. In secondo luogo, hanno messo in campo attività di formazione e sensibilizzazione ad accompagnamento di tali progettualità, aspetto che ha permesso sia di aumentare le competenze di operatori già impegnati nelle varie attività di sostegno degli anziani a casa propria, sia di captare l'attenzione di una cospicua parte delle comunità locali. Nell'alveo del Progetto *WelComTech* per esempio, è stata prevista una formazione specifica per incrementare le competenze degli operatori dei servizi alla persona in chiave 2.0, permettendo loro di integrare le competenze specifiche previste dal profilo professionale con quelle relative all'utilizzo dei dispositivi tecnologici dei *kit* elettromedicali. Da ultimo, è bene rilevare come le azioni di sistema esprimano una doppia valenza: da un lato ridisegnano – almeno in parte – le coordinate dei sistemi di servizio o di *policy*, dall'altro si innestano in attività già in corso che *funzionano* e che possono essere ulteriormente valorizzate.

Tra i punti di debolezza delle azioni traversali ravvisate nelle progettualità studiate c'è prima di tutto la modestia o la discontinuità delle risorse economiche e umane messe loro a disposizione. È per esempio il caso di *MONALISA*, rete che viene coordinata a livello centrale da un numero esiguo di persone e che richiederebbe invece un maggiore investimento di risorse proprio nelle attività centralizzate. Mancano, nello specifico, linee di finanziamento in grado di assicurare il funzionamento della cabina centrale di regia del progetto. Lo stesso vale per *Viva gli anziani!* e per molte delle attività di sistema messe in campo da tanti dei progetti inclusi in questo studio.

I tre casi studio

28. Viva gli anziani!, *Luigi Nava*

29. Promozione dell'invecchiamento attivo in Friuli Venezia-Giulia, *Antonella Sarlo*

30. MONALISA, *Giuliana Costa*

IN-AGE - INclusive AGEing in place
Laboratorio Politiche Sociali, Politecnico di Milano
Dipartimento Architettura e Territorio, Università Mediterranea di Reggio Calabria
Centro Ricerche Economico-Sociali per l'Invecchiamento, INRCA-IRCCS, Ancona

28 VIVA GLI ANZIANI!

di Luigi Nava
Dipartimento di Architettura e Studi Urbani, Politecnico di Milano

1 Breve descrizione dell'iniziativa

Il Programma *Viva gli Anziani!* nasce per iniziativa della Comunità di Sant'Egidio nel 2004 a seguito dell'ondata di calore del 2003 ed è stato inizialmente promosso dal Ministero della Salute insieme ad altri programmi pilota. L'iniziativa promuove interventi di prevenzione dei rischi derivanti da eventi critici avversi, in particolare le emergenze climatiche estive, invernali e sanitarie.

2 Luogo

ITALIA, Lazio, **Roma** (e in uno o più quartieri di Brindisi, Catania, Civitavecchia, Genova, Napoli, Novara e Sassari).

3 Contesto territoriale

- ***Tipologia di area***

Il programma interviene a Roma nei quartieri di Testaccio, Trastevere, Esquilino, Monti, Monteverde, Appio San Giovanni, Garbatella, Torrenova Giardinetti.

- ***Scala di azione***

Il programma opera a livello di quartiere.

4 Tipologia dell'iniziativa e approccio

- ***Tipologia***

Programma finanziato dalla Comunità di Sant'Egidio.

- ***Soggetti attuatori***

Comunità di Sant'Egidio.

- ***Altri soggetti coinvolti (rete mobilitata dal progetto)***

Il programma è attuato dalla Comunità di Sant'Egidio che, a seconda delle problematiche progressivamente emergenti, coinvolge altri attori del settore pubblico, privato o del privato sociale, per erogare gli interventi.

- ***Fonti di finanziamento***

Dopo un contributo iniziale da parte del Ministero della Salute nel 2004, il programma ha beneficiato di diversi finanziamenti, della durata massima di due anni, da parte di enti pubblici o privati che integrano la continuità del finanziamento garantita dalla Comunità di Sant'Egidio.

Il contributo da parte di enti pubblici si è per lo più sostanziato nel mettere a disposizione del programma degli operatori dell'ASL o del comune attraverso la modalità organizzativa 'in comando' o attraverso la costituzione di uffici dedicati.

Elenco dei finanziatori:

- Associazione Trenta ore per la vita Onlus: nasce dalla esperienza solidale compiuta dall'Associazione Mille Ore per la Vita, ente costituito nel 1993. Si ispira ai principi ed alle finalità perseguite sin dalla data di sua costituzione all'Associazione Italiana Mille Ore per la Vita Onlus, in collaborazione con altre organizzazioni di volontariato italiane e, dal 1997, con il Comitato Trenta Ore per la Vita Onlus. L'associazione è una organizzazione non lucrativa di utilità sociale.
- AXA MPS: organizzazione privata che opera nel campo finanziario e delle assicurazioni.
- Cartasì spa: società specializzata nel settore dei pagamenti elettronici.
- Enel Cuore Onlus, *main sponsor* dal 2016.
- Fondazione BNC (Fondazione Nazionale delle Comunicazioni): tra le Fondazioni di origine bancaria 'medio-piccole' conta su un patrimonio dedicato all'attività erogativa a favore dei settori di intervento statutariamente previsti.
- Fondazione Cariplo: nata nel dicembre 1991 in seguito al processo di ristrutturazione del sistema creditizio italiano dettato dalla legge Amato-Carli, è tra le prime dieci fondazioni al mondo per patrimonio.
- Fondazione Vodafone Italia: nasce nel 2002 dalla volontà dell'Azienda Vodafone Italia di creare una struttura autonoma completamente dedicata ad attività di solidarietà sociale.
- IBL Banca spa: istituto di credito.
- Mediolanum Farmaceutici spa: azienda di ricerca, sviluppo e vendita di prodotti farmaceutici.
- Ministero dell'Interno.
- Ministero della Salute.
- Rotary Club – Roma: associazione impegnata sul fronte umanitario, sociale, culturale, educativo e sanitario.
- CROSS (*Citizen Reinforcing Open Smart Synergies*): programma cofinanziato dall'Unione Europea nell'ambito del Programma Europeo CIP (Programma Quadro per la Competitività e l'Innovazione);

L'estensione del Programma *Viva gli anziani!* in altre città è stato possibile grazie all'iniziale finanziamento privato, come nel caso della Fondazione Cariplo, per Novara e Milano, ed Enel Cuore, per quanto riguarda la città di Sassari.

▪ ***Approccio***

Il programma è gratuito: i beneficiari non contribuiscono all'assistenza ricevuta.

▪ ***Target e beneficiari***

Il programma inizialmente era rivolto a tutti gli anziani ultrasettantacinquenni, dal 2015 è rivolto agli ultraottantenni. Il servizio è finalizzato a prevenire e a intervenire tempestivamente al manifestarsi di un evento critico e pertanto non sono applicati particolari criteri per l'accesso.

Dall'avvio del Programma sono stati monitorati 22.000 anziani residenti in diversi Municipi romani (Municipio I, VI, VIII, XII; quartieri di Testaccio, Trastevere, Esquilino, Monti, Monteverde, Appio San Giovanni, Garbatella, Torrenova Giardinetti) (Comunità di Sant'Egidio, 2020). *Viva gli anziani!* si rivolge ad un bacino di utenza di 35.707 beneficiari: diretti, 19.161 anziani over 80 e indiretti, 16.546 attori delle reti informali.

5 L'iniziativa

▪ ***Ambito di intervento***

3. Politiche e azioni innovative 'di sistema': regia, informazione, formazione.

▪ ***Obiettivi***

L'obiettivo è di prevenire gli effetti di eventi critici avversi (ad es. ondate di calore o di freddo) grazie all'inserimento dei potenziali beneficiari all'interno di una rete di cura formale (es. assistenti a pagamento, medici di Medicina generale) e informale (negozianti, vicini, portieri). In questo modo viene promossa la permanenza degli anziani al proprio domicilio e ridotto il rischio di isolamento sociale e di mortalità.

6 Temporalità

Il Programma *Viva gli Anziani!* nasce a Roma nel 2004 ed è attualmente in corso; progressivamente è stato attuato anche in quartieri delle città di Brindisi, Catania, Civitavecchia, Genova, Napoli, Novara e Sassari.

7 Origine, radici, principali tappe del progetto

▪ ***Le origini e le radici***

Numerose ricerche sulle morti riscontrate nel corso di eventi climatici avversi hanno evidenziato che le ragioni di questo incremento non sono riscontrabili esclusivamente nelle caratteristiche cliniche degli anziani o nelle circostanze atmosferiche ma anche nelle caratteristiche del tessuto sociale. In situazioni critiche, come le ondate di freddo/caldo, le morti non sarebbero dovute esclusivamente alle caratteristiche genetiche o alle condizioni di salute, ma alla presenza o meno di una rete sociale di supporto; questa permetterebbe, in tempi di crisi, di assicurare il benessere o, nei casi più estremi come i picchi di variazione climatica, la stessa sopravvivenza (Cutini, 2010a). Queste considerazioni rappresentano le ragioni alla base del modello di intervento di *Viva gli anziani!*.

Breve storia dell'iniziativa

Viva gli Anziani! nasce a Roma nel 2004, come sperimentazione della Comunità di Sant'Egidio e del Ministero della Salute, in risposta all'alto picco di mortalità verificatosi nell'estate del 2003, quando morirono in Europa migliaia di anziani, a seguito di eccezionali ondate di calore. Il Programma *Viva gli Anziani!* è un servizio per il contrasto dell'isolamento sociale attraverso la creazione di reti sociali, utili a rafforzare le risposte tradizionali (assistenza domiciliare, servizi residenziali, etc.), che si rivolge a tutti gli anziani ultraottantenni (Cutini, 2010a; 2010b).

▪ ***Principali tappe attuative del progetto finanziato***

Il Programma opera attraverso il monitoraggio attivo dei beneficiari e a tre diversi livelli:

1) Sulla *persona*: l'anziano viene contattato, prima tramite lettera poi telefonicamente, gli viene illustrato il programma e proposto di aderire formalmente; in caso di adesione viene contattato telefonicamente a intervalli regolari, ma variabili in relazione alla sua situazione. La condizione socio-sanitaria viene valutata dagli operatori tramite una scheda-scala redatta dall'Università di Roma (Dipartimento di Biomedicina e Prevenzione) che analizza anche i risultati del programma. Per favorire la permanenza al proprio domicilio la persona contattata viene informata di tutti i servizi presenti sul territorio utili allo scopo (Comunità di Sant'Egidio, 2016).

2) Sulla *rete*: gli operatori del programma cercano di entrare in contatto con i potenziali e reali *caregivers* della persona, tutti quelli che danno disponibilità a fornire informazioni o aiuto in caso di bisogno. Lo scopo è di costruire una *rete di disponibilità* utile a fornire informazioni sulla condizione dell'utenza e ad assistere in caso di necessità.

3) Sul *quartiere*: gli operatori intervengono nel quartiere per conoscere le reti di relazioni e farsi conoscere; ciò può avvenire anche, ad esempio, con eventi locali e di animazione utili a saldare le relazioni a livello locale e che pubblicizzano l'iniziativa. Questa operazione è funzionale a creare una presa in carico 'allargata' che quindi intende far leva sulla conoscenza del territorio e su quanto l'operatore è riconosciuto e legittimato dagli altri attori della rete presente nel territorio. Questo aspetto rappresenta un elemento principale, e imprescindibile, sul quale si regge tutto l'impianto e le possibilità di riuscita del programma.

L'obiettivo prioritario è la prevenzione, contrastare gli effetti negativi di eventi critici: ondate di calore, epidemie influenzali, cadute, perdita del convivente, etc. In primo logo è prevista una attività di conoscenza del territorio, poi di individuazione/creazione di una rete di potenziale supporto ai beneficiari e successivamente vengono attuati gli interventi concreti in caso di bisogno.

Le principali attività svolte sono:

- contatti telefonici;
- visite domiciliari;
- interventi diretti personalizzati;
- attivazione e/o rafforzamento di reti formali e informali di prossimità;
- gestione delle emergenze;
- eventi locali e attività di animazione.

Queste attività sono svolte da:

- operatori di quartiere e volontari, che gestiscono la centrale telefonica, assicurano i servizi di prossimità, organizzano ed animano gli eventi, visitano a domicilio gli anziani, offrono supporto nella gestione delle pratiche burocratiche;
- coordinatori-assistenti sociali, che programmano e verificano il piano di intervento, assicurano i rapporti con i servizi sociosanitari territoriali, redigono rapporti sul servizio offerto e promuovono azioni di disseminazione.

Durante la progettazione del programma è stata ravvisata la necessità di disegnare un nuovo profilo professionale, l'*operatore di quartiere*, che nasce dall'ipotesi che le reti sociali siano una risorsa che può aumentare la sicurezza degli anziani, divenendo nel tempo una persona di fiducia per chi ha con loro un rapporto diretto. Può essere contattato in caso di difficoltà, favorire gli interventi dei servizi e l'inserimento degli altri operatori presso l'abitazione degli anziani.

Il Programma *Viva gli Anziani!* affianca i servizi esistenti. La Tabella 1 di seguito riportata (Cutini, 2010a) è utile per comparare e individuare alcuni aspetti di novità e di contatto con altri servizi. Un elemento di differenziazione riguarda lo spostamento dell'attenzione dal contesto abitativo – che caratterizza il servizio domiciliare e il telesoccorso – a quello urbano e delle reti relazionali di supporto. Il monitoraggio del programma, inoltre, raggiunge la totalità della popolazione ultraottantenne, a differenza dell'assistenza domiciliare e del telesoccorso che raggiungono una porzione più limitata di anziani.

Il Programma *Viva gli Anziani!* viene attuato, ancora oggi, secondo un percorso di quattro fasi (Cutini, 2010a: 54-8.):

1) *Fase preliminare di studio del territorio e di implementazione*

- Analisi delle caratteristiche sociodemografiche delle aree di intervento; studio della struttura del territorio, delle risorse e dei servizi con particolare riferimento ai bisogni della popolazione anziana;
- ricognizione delle risorse formali e informali delle zone di intervento e di quelle limitrofe (negozi, supermercati, ecc.) e di tutti i servizi pubblici fruibili dagli anziani residenti nella zona interessata;
- raccolta di informazioni relative ai servizi sociosanitari esistenti sul territorio e sulle procedure di attivazione;
- costruzione di una rete di aiuto che coinvolga in modo capillare tutte le risorse formali e informali della zona;
- identificazione di tutti gli anziani residenti nel territorio attraverso la richiesta, all'anagrafe del comune, delle liste dei potenziali beneficiari (over80);
- creazione di una centrale telefonica, con orario di apertura diurno;
- realizzazione di un archivio informatizzato e di modulistica appropriata alla realizzazione degli obiettivi del programma;
- selezione e utilizzo di uno strumento di valutazione multidimensionale per l'analisi dei bisogni sociali e sanitari degli anziani ultrasettantacinquenni;
- formazione idonea degli 'operatori di quartiere'.

Tabella 1. Confronto tra *Viva gli anziani!* e altri servizi domiciliari

Assistenza domiciliare	Programma *Viva gli Anziani!*	Telesoccorso
	Definizione	
• È un servizio selettivo, costituito da attività di tipo infermieristico e/o domiciliare, prestate da personale generico o qualificato, con il fine di aiutare a mantenere l'autonomia di vita nel proprio ambiente familiare e sociale.	• È un servizio di monitoraggio attivo, universale, rivolto a tutta la popolazione ultra75enne*, che prevede livelli diversificati di intervento mirati a promuovere e rafforzare le reti di supporto degli anziani al fine di fronteggiare eventi critici.	• È un sistema per gestire qualsiasi tipo di emergenza, dall'insorgenza del bisogno alla conclusione dello stato di allarme.
	Obiettivi	
• Prevenzione dell'istituzionalizzazione, adattando gli interventi in relazione all'evoluzione e alla complessità del bisogno, valorizzando le capacità di autonomia dell'anziano.	• Prevenzione dell'isolamento sociale e della mortalità della popolazione anziani. • Raggiungere gli *hard to reach*. • Promozione, facilitazione e attivazione delle reti di supporto e aiuto degli anziani di 75* anni e oltre.	• Intervento nei casi di emergenza al fine di una loro risoluzione rapida e positive. • Sostegno psicologico per gli anziani soli e/o isolati. • Monitoraggio delle situazioni di rischio. • Segretariato sociale.

Fonte: Riprodotto da Cutini, 2010a: 99.
*Nota: *Ora ultra80enne.*

2) *Fase di avvio del programma*

a) Costituzione dello *staff* del centro operativo di monitoraggio e predisposizione di moduli di formazione;
b) presentazione del programma e sensibilizzazione alle realtà sociali, politiche e associative del territorio;
c) accordi formali e informali con le realtà istituzionali e associative della zona per la realizzazione della rete di collaborazione delle risorse esistenti. In particolare:
   - accordo con i Medici di medicina generale presenti sul territorio, finalizzata ad una collaborazione per l'individuazione di anziani in situazioni di particolare fragilità e quindi maggiormente a rischio;
   - accordo con gli Uffici protesi e ausili della ASL per favorire l'autorizzazione tempestiva degli ausili necessari a favorire la permanenza dell'anziano al proprio domicilio e limitare le situazioni di rischio o grave carenza assistenziale a causa di assenza di strumenti idonei (letto ortopedico, sollevatore, materassino antidecubito, deambulatore, ecc.);
   - protocollo d'intesa con l'Unione farmacisti e con la FARMACAP per l'individuazione delle farmacie, sia comunali che private, da coinvolgere nella diffusione del Programma 'Viva gli anziani!' e nella realizzazione di percorsi di aiuto per la consegna a domicilio dei farmaci, la prenotazione di visite ambulatoriali, ecc.;
   - collegamento con le associazioni che operano sul territorio e promuovono la domiciliarità degli anziani, il riconoscimento dei loro diritti, il sostegno in condizioni di particolare precarietà;

- collegamento con gli assistenti sociali degli ospedali per facilitare il rientro dell'anziano presso il domicilio dopo il ricovero, coinvolgendo tutte le risorse disponibili sul territorio;
- collegamento con i sistemi di allarme meteorologico, per essere avvisati tempestivamente dell'arrivo di ondate di freddo o calore e poter mettere in atto attività di sorveglianza soprattutto per gli anziani 'fragili';

d) pubblicizzazione del servizio di monitoraggio attraverso una campagna di comunicazione capillare mediante lettere informative;
e) ricerca 'porta a porta' degli anziani potenziali fruitori del servizio attraverso visite domiciliari precedute, ove è possibile, da contatti telefonici o presentazione da parte di figure del vicinato di riferimento;
f) individuazione degli anziani che non dispongono della linea telefonica (fissa o mobile) e promozione di iniziative volte all'attivazione del servizio di telefonia;
g) verifica dei nominativi anagrafici, attraverso controlli telefonici e presso il domicilio e predisposizione dell'elenco delle presenze effettive degli anziani.

3) Fase operativa

- Monitoraggio attivo durante tutto l'anno rivolto a tutti gli anziani, mediante telefonate periodiche (auguri di compleanno, inviti ad eventi e a iniziative nel quartiere), qualora necessario con l'incremento delle telefonate, le visite domiciliari e interventi *una tantum*;
- nei periodi di emergenza, invernali ed estivi, monitoraggio a tappeto, mediante ricerca telefonica, a domicilio, e con le reti di prossimità per garantire la popolazione anziana dai rischi derivanti dalle temperature eccessive;
- campagne periodiche di educazione sanitaria 'Sole sì, soli no' e 'Insieme fa meno freddo', attraverso lettere, preparazione e divulgazione di materiale informativo nei punti informativi nel quartiere e nelle feste 'quartiere amico';
- aggiornamento della mappatura delle risorse informali attraverso una presa di contatto diretta e capillare di negozianti, portieri, assistenti a pagamento, vicini, volontari con un loro coinvolgimento diretto nello svolgimento delle attività del programma (segnalazione di anziani in difficoltà, partecipazione alle feste e alle iniziative del quartiere, istituzione del Premio del Buon Vicino);
- valutazione multidimensionale delle condizioni sociosanitarie degli anziani, delle loro risorse personali e del contesto sociale;
- verifica domiciliare e presa in carico degli anziani 'fragili' con la messa a punto di piani personalizzati;
- predisposizione di piani di intervento individualizzati nell'arco dell'anno per specifiche situazioni di disagio, in particolare le persone anziane che vivono una condizione di isolamento sociale, individuate attraverso il monitoraggio attivo periodico e capillare;
- aggiornamento della banca dati;
- realizzazione dei moduli formativi per gli operatori;
- collegamento e collaborazione con i servizi del Comune e della ASL, con i servizi domiciliari, i Medici di medicina generale, il servizio di dimissioni protette, con le case di riposo e le strutture residenziali per anziani e con gli ospedali.

4) Fase di valutazione

La valutazione (Cutini, 2010a) considera il processo di presa in carico e i suoi effetti, in particolare: il livello di soddisfazione degli anziani, la valutazione degli operatori e dei vari soggetti coinvolti nella realizzazione del programma, i dati relativi agli interventi (tipologia e quantità).
La valutazione prevede:

a) riunioni periodiche di coordinamento con gli operatori, in cui vengono evidenziati i punti di crisi e i risultati raggiunti;
b) incontri e riunioni periodiche con gli attori delle reti e gli operatori dei servizi;
c) analisi e valutazione dei dati raccolti in merito a:

- anziani raggiunti sul totale, in particolare durante i periodi di emergenza estive e invernali;
- percentuale dei rifiuti del servizio da parte delle persone anziane;

- numero dei decessi;
- ricoveri in RSA o in strutture residenziali;
- ricoveri ospedalieri e dimissioni 'difficili';
- statistiche in merito ai progetti individuali (numero, esito, interventi effettuati);
- segnalazione ai servizi domiciliari e di dimissioni protette;
- attori delle reti coinvolti nelle attività del Programma;

d) valutazione a 12 e 24 mesi degli *outcomes* in termini di:

- percentuale di utilizzo dei servizi domiciliari e dei ricoveri (confronto con i parametri e gli standard e i dati disponibili);
- percentuale dei ricoveri in RSA e nelle strutture residenziali;
- andamento del tasso di mortalità (confronto con i tassi disponibili per gli ultra75enni);
- numero e causa dei decessi occorsi nei periodi critici estivi ed invernali;
- gradimento del servizio da parte dei cittadini (percentuale dei rifiuti e numero di attori delle reti coinvolte).

8 Agency e relazioni con il sistema

▪ ***Principali attori ed eventuale leadership***

L'attore principale è la Comunità di Sant'Egidio che promuove e coordina le attività nei diversi quartieri creando/mobilitando la rete dei *caregivers* e le organizzazioni pubblico/private a seconda delle specifiche necessità di volta in volta emergenti.

▪ ***Relazioni con il sistema***

L'iniziativa è stata avviata come sperimentale e autonoma rispetto al contesto legislativo e della programmazione locale, ma ha coinvolto gli attori istituzionali locali divenendo una componente strutturale del sistema di offerta.

▪ ***Cosa è rimasto del progetto***

Il programma è in pieno corso di realizzazione non solo nel contesto di avvio – quartieri di Roma – ma anche a Brindisi, Catania, Civitavecchia, Genova, Napoli, Novara e Sassari.

9 Risorse mobilitate (finanziarie, umane, organizzative, politiche)

▪ ***Risorse finanziarie***

Il costo del Programma *Viva gli Anziani!* è stimato in 81 euro all'anno per anziano. Include tutti i costi del servizio tranne quelli di avvio (sede, equipaggiamento, creazione e manutenzione del *software* per la gestione dei casi, selezione e formazione iniziale degli operatori).

Dal 2004, a Roma, sono stati effettuati più di 350.000 interventi attraverso telefonate, visite domiciliari, espletamento di pratiche burocratiche ed eventi pubblici (es. feste di piazza, banchetti informativi); sono state coinvolte nelle reti di aiuto informale più di 23.000 persone (es. vicini di casa, commercianti, portieri, volontari).

▪ ***Risorse umane, organizzative e politiche***

L'attuazione del Programma *Viva gli Anziani!* avviene tramite una centrale telefonica, degli operatori dedicati al monitoraggio telefonico e degli assistenti sociali.

La rete su cui fa leva il programma è composta da medici (243), volontari (107), familiari (9.769), portieri (289), commercianti (240), badanti (1.405), vicini di casa (208) e operatori dei servizi socio-sanitari.

Il servizio è attivo con una unità di otto operatori e quattro assistenti sociali – oltre alla rete di supporto – che dispone di una centrale allestita con computer e telefoni. Il monitoraggio attivo raggiunge una popolazione anziana di circa 15.000 persone.

Il Programma *Viva gli Anziani!* è promosso e gestito integralmente dalla Comunità di Sant'Egidio che si è avvalsa di finanziamenti limitati nel tempo ad integrazione delle risorse utili a sostenere

l'iniziativa. Il soggetto pubblico fa parte della rete degli attori impegnati sul campo nelle diverse attività di prevenzione e, soprattutto, presa in carico degli anziani. L'attore pubblico non eroga quindi direttamente delle risorse per i servizi forniti dal Programma ma nel corso del tempo la collaborazione è avvenuta mettendo disposizione del programma degli operatori dell'ASL attraverso la modalità organizzativa 'in comando'.

10 Dimensioni innovative

▪ ***Soddisfazione di bisogni non coperti dal sistema di cura***

Il programma non prevede criteri di accesso, pertanto è rivolto a tutti i residenti indipendentemente dalle condizioni economiche. In assenza di un diffuso sistema di servizi di prevenzione, *Viva gli Anziani!* più che soddisfare un bisogno non coperto dal sistema di cura è finalizzato a prevenire il manifestarsi e contenere gli effetti dei bisogni emergenti a seguito di eventi critici attraverso attività di monitoraggio dell'utenza potenziale.

▪ ***Modifica delle relazioni sociali/istituzionali tra anziani e altri attori***

Una parte consistente del Programma *Viva gli Anziani!* è dedicata a individuare/creare una rete di relazioni a disposizione dell'anziano ed è quindi possibile, oltre che auspicato dall'intervento, il suo progressivo allargamento e consolidamento. In ragione della natura del programma, è probabile che le persone maggiormente o inizialmente escluse vedano progressivamente nascere intorno a sé una potenziale rete di sostegno.

▪ ***Empowerment/aumento della capacità di esprimersi e incidere***

Poiché il Programma *Viva gli Anziani!* è orientato prettamente alla prevenzione e al monitoraggio, l'aumento della capacità di esprimersi può dirsi solo potenziale.

11 Principali risultati dell'iniziativa

- Il sistema di vigilanza attiva consente di raggiungere buoni risultati in termini di prevenzione e di risparmio sui costi sociosanitari, e sostiene gli anziani nel loro domicilio evitando ricoveri impropri e il ricorso all'istituzionalizzazione.

I risultati raggiunti dal programma sono:

- Riduzione dei ricoveri e dei costi sociosanitari, stimata tra il cinque e il 13% annuo (la diversa stima del risparmio dipende dalle ipotesi sottostanti il calcolo e da se si ipotizza che tutti gli anziani facciano ricorso alla struttura pubblica oppure a quelle private) (Marazzi et al., 2015; Liotta et al., 2018a; 2018b; 2018c);
- riduzione della mortalità: la riduzione della mortalità sotto emergenza è stimata comparando i dati dei decessi (dal 2014) tra rioni adiacenti e quindi con simili condizioni climatiche. Con alcuni limiti derivanti dalla scarsa numerosità dei casi con i quali è stata effettuata l'analisi, è stato stimato che l'intervento è in grado di ridurre la mortalità evitabile del 50% (Comunità di Sant'Egidio, senza data);
- creazione delle reti di supporto e di prossimità;
- miglioramento nell'utilizzo dei servizi domiciliari esistenti;
- riduzione delle conseguenze derivanti dal caldo eccessivo.

Questi risultati sembrano confermare gli studi sull'influenza delle determinanti sociali sulla salute: tenere sotto controllo l'isolamento sociale con strategie tese a migliorare le relazioni nel contesto urbano nel quale gli anziani vivono contrasta il decadimento delle condizioni di salute.

12 Punti di forza e fattori di successo

▪ ***Punti di forza***

- Il programma:
    - ha un approccio universalistico e ha come target tutto l'universo degli over 80 del territorio oggetto dell'intervento;

- ha un orientamento preventivo e capillare;
- attiva e rafforza le reti di supporto, attraverso il coinvolgimento di soggetti diversi (collettivi o individui, settore pubblico o privato);
- garantisce ai più fragili la possibilità di essere assistiti a domicilio;
- permette la riduzione dei costi sociosanitari attraverso l'ottimizzazione dell'uso delle risorse: (riduzione dei ricoveri impropri e in RSA) (Comunità di Sant'Egidio, 2017).

- La conoscenza pregressa dei singoli utenti, anche quando non hanno avuto momenti di difficoltà, favorisce l'accesso ai servizi e il percorso di cura.

▪ ***Fattori di successo***

- Forte convinzione nell'utilità dell'iniziativa che viene sostenuta anche in assenza di finanziamenti esterni;
- organizzazione di un servizio capillare impegnato a coinvolgere/informare i cittadini tramite eventi nel quartiere.

13 Punti di debolezza e fattori di rischio

- Il Programma *Viva gli Anziani!* si sostiene per iniziativa e impegno della Comunità di Sant'Egidio: l'assenza di ulteriori fonti di finanziamento rappresenta un fattore di rischio per la sopravvivenza del Programma e impedisce lo sviluppo/potenziamento di servizi/iniziative integrative del modello di intervento;
- Gli anziani non raggiunti dal programma o che ne hanno rifiutato i servizi rappresentano complessivamente il 5% del totale dei residenti; si tratta di un valore contenuto ma che può destare qualche preoccupazione. Il mancato interesse e la mancata adesione al programma sarebbero dovuti alla mancata presa di coscienza, da parte dei potenziali beneficiari, della loro condizione di fragilità nonché a una diffidenza nei confronti dei contatti telefonici e con estranei. Per questa ragione il lavoro degli operatori per farsi conoscere nel territorio è fondamentale per il buon funzionamento del programma.

14 Potenziale in termini di policy: replicabilità e/o *up-scaling*

Il Programma *Viva gli Anziani!* ha riscosso interesse anche in altre realtà territoriali dove è stato attuato facendo leva su finanziamenti *ad hoc* per sostenere i costi di avvio. Ha un buon potenziale per essere allargato e/o implementato in altri contesti.

15 Fonti

▪ ***Riferimenti bibliografici e sul web***

Cutini, R. (a cura di) (2010a) '*Viva gli anziani!' – Un servizio innovativo per i nuovi scenari demografici e urbani*, Comunità di Sant'Egidio, Maggioli Editore: Santarcangelo di Romagna.

Cutini, R. (2010b) 'Il Programma "Viva gli anziani!", monitoraggio attivo sul territorio per prevenire le emergenze', *Servizi Sociali oggi*, 3, pp. 38-41.

Comunità di Sant'Egidio (senza data) *Viva gli Anziani!* [website]. Accessibile su: http://www.vivaglianziani.it. (Consultato: agosto 2020).

Comunità di Sant'Egidio (senza data) *Analisi dei risultati e dei costi* [online], Accessibile su: http://archive.santegidio.org/documenti/doc_1062/analisi-risultati-programma-viva-anziani-santegidio.pdf. (Consultato: agosto 2020).

Comunità di Sant'Egidio (2017) *Viva gli Anziani! Programma di monitoraggio attivo della popolazione Over80* [Brochure] [online]. Accessibile su: http://www.vivaglianziani.it/wp-content/uploads/2017/06/brochure-2017-romano-vis.pdf. (Consultato: agosto 2020).

Comunità di Sant'Egidio (a cura di) (2016) *Come Rimanere a Casa Propria da Anziani* [online], Guida gratuita, Comunità di Sant'Egidio: Roma. Accessibile su: http://www.ilcome.it/roma/COME-RIMANERE-ROMA-S.pdf. (Consultato: agosto 2020).

Liotta G., Inzerilli, M.C., Palombi, L., Bianchini, A., Di Gennaro, L., Madaro, O. e Marazzi, M.C. (2018a) 'Impact of social care on Hospital Admissions in a sample of community-dwelling older adults: results of a quasi-experimental study' [online], *Annali di igiene. Medicina preventiva e di comunità*, 30(5), pp. 378-83. Accessibile su: http://www.seu-roma.it/riviste/annali_igiene/open_access/articoli/30-05-02-Liotta.pdf. (Consultato: agosto 2020).

Liotta, G., Inzerilli, M.C., Palombi, L., Madaro, O., Orlando, S., Scarcella, P., Betti, D., Marazzi, M.C. (2018b) 'Social Interventions to Prevent Heat-Related Mortality in the Older Adult in Rome, Italy: A Quasi-Experimental Study' [online], *International journal of environmental research and public health*, 15(4), 715. https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5923757/pdf/ijerph-15-00715.pdf. (Consultato: agosto 2020).

Liotta, G., Madaro, O., Inzerilli, M.C., Scarcella, P., Marazzi, M.C. (2018) 'Impact of social interventions on older adults' mortality and hospitalization' [online], *European Journal of Public Health*, 28(4), 21 novembre 2018. Accessibile su: https://academic.oup.com/eurpub/article/28/suppl_4/cky213.504/5192127. (Consultato: agosto 2020).

Marazzi, M.C., Inzerilli, M.C., Madaro, O., Palombi, L., Scarcella, P., Orlando, S., Maurici, M., Liotta, G. (2015) 'Impact of the Community-Based Active Monitoring Program on the Long Term Care Services Use and In-Patient Admissions of the Over-74 Population', *Advances in Aging Research*, 4(6), novembre 2015. pp. 187-94. doi: 10.4236/aar.2015.46020.

- ***Interviste a testimoni privilegiati***

Liotta Giuseppe, Università Tor Vergata, Roma, intervista telefonica nell'agosto 2020 e per e-mail, in agosto e settembre 2020.

Lo studio di caso è stato interamente rivisto da Giuliana Costa (Politecnico di Milano, Dipartimento di Architettura e Studi Urbani).

16 Data chiusura del caso studio

La ricostruzione e l'analisi critica del caso studio si sono conclusi a settembre 2020.

17 Contatti

Referente del progetto:

Giuseppe Liotta, Docente di Igiene e Medicina Preventiva, Università Tor Vergata – Roma.

e-mail: giuseppe.liotta@uniroma2.it

18 Ringraziamenti

Si ringrazia il Referente del Programma *Viva gli Anziani!,* Prof. Giuseppe Liotta, per aver partecipato all'intervista telefonica nell' agosto 2020 e per aver risposto alle ulteriori domande dell'autore per *e-mail e* revisionato la scheda nel novembre 2020.

IN-AGE - INclusive AGEing in place
Laboratorio Politiche Sociali, Politecnico di Milano
Dipartimento Architettura e Territorio, Università Mediterranea di Reggio Calabria
Centro Ricerche Economico-Sociali per l'Invecchiamento, INRCA-IRCCS, Ancona

29 PROMOZIONE DELL'INVECCHIAMENTO ATTIVO
LR Friuli-Venezia Giulia n. 22 del 2014 e Programmi di Attuazione

di Antonella Sarlo
Dipartimento Architettura e Territorio, Università Mediterranea di Reggio Calabria

1 Breve descrizione dell'iniziativa

La Regioni Friuli-Venezia Giulia (FVG) ha avviato dal 2014, con l'approvazione della LR n. 22 sull'invecchiamento attivo, una politica fortemente sistematica e strutturata sul tema anziani che, superando la visione assistenziale e sanitaria, promuove e rafforza le politiche sul versante del sostegno all'autonomia e all'indipendenza personale anche al fine di evitare o ritardare l'istituzionalizzazione delle persone anziane. La Regione FVG pianifica, in collaborazione con i comuni, le Aziende sanitarie e gli altri soggetti attivi nell'ambito delle finalità della legge, interventi coordinati e integrati a favore delle persone anziane nei seguenti ambiti: salute e sicurezza, partecipazione, formazione permanente, lavoro, cultura e turismo sociale, sport e tempo libero, impegno civile e volontariato.

2 Luogo

ITALIA, **Friuli-Venezia Giulia.**

3 Contesto territoriale

▪ ***Tipologia di area***

Nel 2018 il Friuli-Venezia Giulia risulta essere la seconda regione 'più anziana d'Italia': l'indice di vecchiaia è pari al 212% (rispetto al 169% della media nazionale); il 26% della popolazione ha più di 64 anni e di questi il 16% ha più di 74 anni (Regione Friuli-Venezia Giulia, 2015).

Nel 2019 è stata pubblicata la prima indagine regionale sullo 'Stato di salute e qualità della vita della popolazione ultrasessantaquattrenne in Friuli Venezia Giulia' (Gruppo di coordinamento regionale Passi d'argento, 2019) realizzata su dati 2017-18. Questa indagine, effettuata su un campione di 7.341 persone anziane, proporzionale per sesso, e articolato in sei classi di età, evidenzia i seguenti aspetti:

- Il 27% (più di uno su quattro) degli anziani intervistati vive da solo e questo dato è più elevato per le donne (il 35%) rispetto agli uomini (il 16%). Questa percentuale aumenta per le classi di età uguali o superiori a 75 anni, per le quali il 63% (tre su cinque) degli intervistati vive da solo.
- Circa il 5% degli ultra 64enni può essere considerato a rischio di isolamento sociale, soprattutto le persone più anziane (7% fra gli ultra 74enni rispetto al 3% nella classe 65-74 anni) e le donne (6% rispetto al 5% fra gli uomini).
- Circa l'11% (1 persona su 10) delle persone intervistate risulta fragile e la fragilità cresce progressivamente con l'età, coinvolgendo il 3% dei 65-74enni, il 14% dei 75-84enni ed il 29% degli ultra 85enni. La fragilità risulta più frequente nelle donne (14% rispetto al 7% degli uomini), nelle persone con livello di istruzione basso (18% rispetto al 7% di chi ha un livello di istruzione alto) ed è spesso associata allo svantaggio economico (il 17% fra le persone con difficoltà economiche rispetto al 9% fra quelle che non presentano difficoltà).
- Infine rispetto all'ambiente di vita e all'accessibilità ai servizi: il 33% degli anziani intervistati dichiara di avere problemi legati all'alloggio (non adeguato, non abbastanza riscaldato),

mentre il 25% dichiara di avere difficoltà di accesso ai servizi di pubblica utilità (sanitari, sociali e commerciali).

▪ ***Scala di azione***

L'iniziativa è un'azione di sistema ed interessa le persone anziane e i loro diversi ambienti di vita.

▪ ***Range se 'azione di sistema'***

Questa politica regionale, che si configura come un'azione di sistema, colloca il Friuli-Venezia Giulia in una posizione di sperimentazione avanzata nel contesto nazionale. La regione ha avviato dal 2014, con la LR n. 22 'Promozione dell'invecchiamento attivo', una politica fortemente sistematica e strutturata sull'inclusione e la qualità della vita delle persone anziane. Dal 2014 ad oggi ai fini dell'applicazione di questa normativa il FVG ha:

- approvato due programmi triennali;
- approvato i piani annuali di attuazione delle azioni strategiche previste con indicazione dei progetti specifici, delle fonti di finanziamento, delle voci di bilancio;
- predisposto un sito fortemente interattivo per l'informazione e la divulgazione (sito già realizzato e operativo);
- promosso reti extraregionali per la sperimentazione di progetti di ricerca;
- avviato azioni di monitoraggio e valutazione delle azioni e dei progetti avviati.

4 Tipologia dell'iniziativa e approccio

▪ ***Tipologia***

- Politica regionale.

▪ ***Soggetti attuatori***

L'attuazione di questa politica e dei programmi e dei piani attuativi si basa sulla collaborazione trasversale di sette tra le Direzioni centrali della Regione FVG e dell'Ufficio di Collegamento di Bruxelles sull'invecchiamento. Per consentire tale collaborazione è stato attivato il *Tavolo tecnico interdirezionale* (permanente) che è coordinato dalla 'Direzione salute, politiche sociali e disabilità' della Regione ed ha il compito di predisporre il Piano di Attuazione Annuale del programma, che deve essere approvato entro il 28 febbraio di ogni anno dalla Giunta Regionale.

▪ ***Altri soggetti coinvolti (rete mobilitata dal progetto)***

Una rete molto ampia (circa 60 soggetti) caratterizza il processo di attuazione della legge e dei collegati strumenti programmatico-attuativi (programma triennale e piani annuali):

- comuni, singoli o aggregati;
- aziende sanitarie e aziende pubbliche di servizi alla persona;
- Istituzioni scolastiche e Università delle LiberEtà e della Terza Età;
- forze sociali e associazioni di rappresentanza delle persone anziane;
- associazioni di tutela dei diritti dei consumatori e degli utenti;
- enti e organizzazioni non aventi scopo di lucro;
- soggetti privati che a qualsiasi titolo operano negli ambiti e per le finalità della legge.

▪ ***Fonti di finanziamento***

La LR n. 22 del 2014 destina 80.000 euro per avviare la programmazione attuativa. Al finanziamento degli interventi previsti nei programmi triennali e nei piani annuali, nella logica dell'intervento integrato che la legge dispone, concorrono fondi di diversa natura:

- Bilancio regionale;
- Fondo sanitario regionale;
- Fondi UE;
- Fondi statali;
- Fondi comunali.

▪ ***Approccio***

Il progetto è fortemente orientato ad una logica di stato o pubblica e segue un modello sociale di organizzazione che coinvolge tutti gli attori potenzialmente interessati, con un'attività di regia molto forte condotta dalla regione.

▪ ***Target e beneficiari***

- I beneficiari di questa iniziativa sono tutte le persone anziane over 65 anni.
- Il numero dei soggetti presi in carico dalle diverse azioni promosse non è quantificabile, vista la complessità e l'ampiezza dei progetti avviati.

5 L'iniziativa

▪ ***Ambito di intervento***

1. Pratiche innovative che riguardano la vita *in casa* dell'anziano.
   1.1. Servizi innovativi a domicilio.
   1.2. Nuove tecnologie e domotica nell'abitazione.
   1.3. Adattamento degli alloggi e accessibilità degli edifici.
2. Pratiche innovative che riguardano la vita *fuori casa* degli anziani.
   2.1. Servizi innovativi per facilitare la socializzazione.
   2.2. Servizi innovativi per la mobilità e Progetti urbani *age-friendly.*
3. **Politiche e azioni innovative 'di sistema': regia, informazione, formazione.**

▪ ***Obiettivi***

La legge del FVG, collocandosi in linea con il dibattito sull'invecchiamento attivo e con le opportunità offerte dalla silver economy, si pone come finalità fondamentale la valorizzazione del ruolo delle persone anziane nella comunità e la promozione della loro partecipazione alla vita sociale.

La legge prevede un sistema di governance ampio e chiaro nei ruoli attribuiti ai diversi soggetti coinvolti e nelle modalità di programmazione e attuazione. In relazione a quest'ultimo aspetto è prevista l'elaborazione di Programmi Triennali e di Piani Annuali di attuazione. A partire dal 2016, data di approvazione del primo programma 2016-18, la Regione FVG ha programmato e pianificato le strategie, le azioni e gli interventi in un'ottica di forte integrazione tra le diverse Direzioni regionali e gli attori locali, ed ha espresso una notevole progettualità in iniziative di respiro europeo e internazionale. Nel 2019 è stato approvato il secondo 'Programma Triennale 2019-21' e il 'Piano annuale 2019'.

6 Temporalità

- **2014** Legge Regionale n.22 'Promozione dell'invecchiamento attivo'.
- **2014-18** Piano Regionale Prevenzione Friuli-Venezia Giulia – DGR n. 1243 del 2015.
- **2016** Programma Triennale 2016-18 di attuazione della LR n. 22 del 2014 'Promozione dell'invecchiamento attivo' – Allegato alla Delibera n. 310 del 25 febbraio 2016.
- **2016** Approvazione del 'Piano Annuale 2016', predisposizione del tavolo permanente costituito in base all'articolo 3, comma 5 della norma – Deliberazione n. 1180 del 23 giugno 2016.
- **2016** La Regione FVG adotta La Carta sull'*Active Ageing*.
- **2016** Firma del Protocollo di intesa per l'invecchiamento attivo e le sinergie tra generazioni siglato da ANCI Friuli-Venezia Giulia, Federsanità ANCI FVG, AUSER FVG, ANTEAS FVG, ADA (Associazione per i Diritti degli Anziani) FVG.
- **2016** La Regione FVG ottiene dalla Commissione europea il riconoscimento di *Reference Site* grazie alle strategie particolarmente innovative e trasversali adottate a supporto dell'invecchiamento attivo.

- **2017** Piano Annuale 2017 in attuazione del Programma Triennale 2016-18. Allegato alla DGR n.302 del 24 febbraio 2017
- **2018** Piano Annuale 2018 in attuazione del Programma Triennale 2016-18. Delibera n. 9 del 12 gennaio 2018 (Regione Friuli-Venezia Giulia, 2018).
- **2018** LR n. 10 del 19 marzo 2018, 'Principi generali e disposizioni attuative in materia di accessibilità'.
- **2019** 'Programma Triennale 2019-21' degli interventi di attuazione della LR n. 22 del 2014 'Promozione dell'invecchiamento attivo' – allegato alla DGR n. 39 del 18 gennaio 2019.
- **2019** Relazione informativa sull'attuazione della LR n. 22del 2014 'Promozione dell'invecchiamento attivo e modifiche all'articolo 9 della legge regionale 15/2014 (in materia di protezione sociale)' triennio 2016 – 2018'.
- **2019** Confermato dalla Commissione Europea il riconoscimento della Regione FVG quale *Reference Site* e suo ulteriore inserimento nel *Reference Site Collaborative Network* (*EIP – AHA*). È questa una rete di 77 soggetti pubblici e privati europei interessati a definire una visione per invecchiare bene, stabilire priorità comuni, rimuovere le barriere all'innovazione con l'obiettivo di accelerare e portare su scala industriale l'introduzione di importanti soluzioni innovative in tutta Europa.

7 Origine, radici, principali tappe del progetto

▪ ***Le origini e le radici***

Con la LR 22 del 2014 sulla 'Promozione dell'invecchiamento attivo', il FVG adotta una politica innovativa che tende a superare l'approccio esclusivamente assistenziale e sanitario contenuto nelle precedenti normative (LR n. 10 del 1998 e LR n. 6 del 2006), puntando più decisamente a promuovere interventi tesi a valorizzare il protagonismo degli anziani e a mantenere la loro autonomia evitandone il più possibile l'istituzionalizzazione.

Tre i fattori propulsivi che hanno avviato questo processo:

a) Il *primo* è rappresentato dalle *dinamiche demografiche regionali* che, già nel periodo 2005-14 evidenziavano una crescita progressiva delle persone di età maggiore ai 65 anni (pari al 13,7%) (Regione Friuli-Venezia Giulia, 2015).

b) Il *secondo fattore*, conseguente al precedente, è motivato dalla necessità, rispetto alle dinamiche demografiche regionali, di *immaginare nuove e differenti politiche per il mondo degli anziani* collegandosi anche al segmento nascente della c.d. *silver economy*.

c) Il *terzo fattore*, trasversale ai precedenti, riguarda le riflessioni che, già a partire dall'inizio degli anni 2000, vengono promosse nei *documenti internazionali ed europei sull'invecchiamento attivo* e sulla necessità strategica di avviare politiche su tale tematica (WHO, 2002; OECD, 2006).

La legge del FVG, collocandosi in linea con il dibattito sull'invecchiamento attivo e con le opportunità offerte dalla silver economy, si pone come finalità fondamentale la valorizzazione del ruolo delle persone anziane nella comunità e la promozione della loro partecipazione alla vita sociale.

La legge individua *otto linee strategiche prioritarie* e ne definisce le *finalità specifiche* (vedi Tabella 1).

Tabella 1. Indirizzi strategici e finalità della LR Friuli-Venezia Giulia n. 22 del 2014.

LINEE STRATEGICHE	FINALITÀ
A. Le politiche familiari	• Promuovere il supporto integrato alle famiglie, la permanenza degli anziani a domicilio, quale alternativa alle istituzionalizzazioni. • Sostenere le famiglie nella presa in cura degli anziani e le forme di auto organizzazione dei servizi.
B. La formazione	• Valorizzare e sostenere la formazione inter e intra generazionale e quella mirata all'educazione permanente nei diversi settori del sapere.
C. Impegno civile	• Favorire, attraverso il sostegno al volontariato civile, la partecipazione degli anziani a progetti sociali finalizzati e, in generale, all'associazionismo e alla vita di comunità.
D. Cultura e turismo sociale	• Promuovere iniziative di innovazione socio culturale volte a favorire l'inclusione e l'immagine positiva degli anziani, nonché il loro impegno civile nella promozione della storia, cultura e tradizioni locali.
E. Trasporto sociale	• Favorire la mobilità delle persone in difficoltà. • Offrire servizi di spostamento collettivo adattati o alternativi. • Promuovere il trasporto sociale e assistito.
F. Salute e benessere	• Avviare azioni di prevenzione dei processi invalidanti, limitare l'ospedalizzazione e l'istituzionalizzazione degli anziani, sostenere la dignità, l'autonomia, la libera scelta e l'autodeterminazione. • Facilitare soluzioni di co-residenza degli anziani. • Adottare politiche sociali e sanitarie rivolte alla domiciliarità. • Sostenere la diffusione di corretti stili di vita, l'educazione motoria e fisica nonché interventi e spazi di prossimità, incontro e partecipazione.
G. Abitazione, accessibilità all'informazione, ai servizi e nuove tecnologie	• Favorire l'accesso alle informazioni e alla comunicazione, compresi i sistemi e le nuove tecnologie. • Sostenere la ricerca e l'innovazione per il miglioramento degli ambienti di vita, e per promuovere l'accessibilità delle abitazioni e degli spazi di vita.
H. Completamento dell'attività lavorativa	• Favorire la realizzazione di interventi che agevolino il completamento della vita lavorativa. • Promuovere il trasferimento di competenze ai più giovani e la ricerca di modalità graduali di uscita dal lavoro.

Fonte: Ns. elaborazione.

▪ ***Attuazione e governance***

L'attuazione di questa legge prevede la predisposizione di programmi triennali e piani attuativi annuali redatti attraverso collaborazione trasversale di **sette tra le Direzioni centrali della Regione FVG e dell'Ufficio di Collegamento di Bruxelles** sull'invecchiamento. Per consentire tale collaborazione è stato attivato il ***Tavolo tecnico interdirezionale* (permanente) che** è coordinato dalla 'Direzione salute, politiche sociali e disabilità' della Regione ed ha il compito di predisporre il Piano di Attuazione Annuale del programma, che deve essere approvato entro il 28 febbraio di ogni anno dalla Giunta Regionale.

Per quanto attiene alle responsabilità e compiti dei diversi soggetti coinvolti nel processo è previsto che:

- Le funzioni di coordinamento siano in capo all'Assessore competente in materia di salute, integrazione socio-sanitaria, politiche sociali e famiglia;
- La predisposizione dello schema del Programma Triennale sia in capo alla 'Direzione centrale salute, integrazione socio-sanitaria, politiche sociali e famiglia' che ne coordina anche l'attuazione avvalendosi di un *Tavolo interdirezionale* permanente costituito dalle diverse direzioni centrali della regione. Il Programma Triennale rappresenta lo strumento di attuazione strategico che tende a superare la logica delle programmazioni parallele e settoriali e degli approcci separati. «Il Programma deve garantire l'effettiva applicazione del principio di trasversalità dell'efficacia della normativa sull'invecchiamento attivo attraverso l'adozione di strumenti di programmazione e progettazione ad approccio integrato, valorizzando i collegamenti tra politiche settoriali rivolte alle medesime categorie di destinatari, tenendo conto degli effetti reciproci» (Regione Friuli-Venezia Giulia, 2016b: 31).
- La predisposizione del Piano di Attuazione Annuale è in capo al *Tavolo interdirezionale* permanente.

La Regione FVG, già nel 2016, approva il primo Programma Triennale 2016-18 e nei tre anni successivi approva i relativi piani annuali. Alla fine di questo triennio, sulla base di una valutazione delle azioni attuate, la Regione elabora ed approva il Programma Triennale 2019-21 e il Piano Annuale 2019 (Regione Friuli-Venezia Giulia, 2019a).

Il primo Programma Triennale 2016-18 e la sua attuazione

Molteplici sono gli elementi di interesse del primo Programma Triennale, ci soffermeremo su tre aspetti in particolare.

a) *Il processo di costruzione del Programma e il modello di governance*

La costruzione del Programma Triennale ha teso a concretizzare, attraverso il lavoro svolto dal *Tavolo interdirezionale*, il principio di integrazione tra le diverse direzioni regionali, rafforzato anche dal protagonismo delle comunità locali, nelle sue espressioni istituzionali e di rappresentanza sociale (Regione Friuli-Venezia Giulia, 2016b) e da uno sguardo puntuale alle politiche europee. Un elemento chiave del processo di costruzione del Programma è rappresentato dalla valorizzazione delle pratiche realizzate nei territori dagli *stakeholders*, progettualità queste che sono state censite attraverso una raccolta *online* delle buone prassi, una loro analisi e una loro verifica attraverso incontri con gli *stakeholders* locali. Questo ha consentito non solo di mappare quanto esisteva nei territori locali, ma anche di individuare alcune attività positive da riprendere e rilanciare nel documento programmatico.

Parallelamente la programmazione è anche il risultato del confronto con le progettualità e le esperienze condotte entro reti internazionali dalla regione stessa e/o dagli *stakeholders*, in modo da porre lo strumento di programmazione in linea di coerenza con le strategie UE per l'invecchiamento attivo.

Infine, fondamentale per l'elaborazione e per la gestione del Programma e più in generale della legge, appare il dialogo e la collaborazione che si è istituita, attraverso il *Tavolo interdirezionale*, tra le diverse Direzioni Regionali. Questo modello di governance rende possibile non solo

l'integrazione di azioni ed interventi, ma determina anche la maturazione di nuove sensibilità e rinnovate progettualità.

b) Linee strategiche e aree intervento

Un impalcato articolato e coerente di strategie, interventi e fonti di finanziamento caratterizza il primo Programma Triennale.

Sulla base di tre obiettivi strategici – utilizzare modelli innovativi di intervento pubblico per promuovere la partecipazione delle persone anziane alla vita di comunità; migliorare la qualità della vita; contrastare l'esclusione – il Programma per ciascuna delle linee strategiche individuate nella norma regionale indica le aree di intervento, le azioni da avviare, i beneficiari, i destinatari, le fonti di finanziamento ed il periodo di realizzazione nell'arco del triennio di programmazione.

Nel quadro che segue (vedi Tabella 2) vengono sintetizzate le Aree di intervento per ciascuna linea strategica previste nel Programma Triennale 2016-18 e vengono evidenziate (in neretto) quelle che sono tese a favorire l'*ageing in place*.

Un'ultima notazione riguarda la previsione di una Strategia trasversale denominata 'Partecipazione a Reti nazionali ed europee e a progetti europei', inserita nel 'Piano Annuale 2016' e finalizzata a favorire un ruolo attivo del FVG nell'ambito delle strategie e dei progetti europei per l'invecchiamento attivo.

c) Uno sguardo ad alcuni progetti avviati

È fondamentale evidenziare che la mole delle iniziative promosse trova nella *governance* che si è costruita la principale chiave di successo. Molti dei progetti previsti nei piani annuali fanno parte di altre politiche regionali, ma vengono ripresi con un'ottica tesa a favorire l'inclusione e la domiciliarità per le persone anziane fragili, la socializzazione, la formazione, ecc. Le sette Direzioni regionali coinvolte nel *Tavolo tecnico interdirezionale* lavorano trasversalmente per il raggiungimento delle finalità della legge, in una logica che se da una parte tende a promuovere un approccio non tradizionale, dall'altra tende a arricchire le pratiche consuete (come ad es. i piani urbanistici, l'edilizia pubblica, i servizi, ecc.) con uno sguardo attento alle opportunità che si possono avviare per favorire l'invecchiamento delle persone fragili in un contesto più coeso e accessibile.

Nel complessivo quadro delle azioni contenute nel Programma Triennale ci soffermiamo su alcuni dei progetti previsti e realizzati che hanno dato un impulso fondamentale all'attuazione del Programma e più in generale della legge regionale, sperimentando in alcuni casi approcci innovativi.

In particolare nella Linea Strategica 7 – Area di intervento 7.2 vengono previsti due progetti fondamentali per l'attuazione della legge:

- Il *primo* riguarda la realizzazione e l'avviamento tecnico del *Portale Invecchiamento Attivo* per la promozione, condivisione e diffusione di informazioni, buone pratiche, opportunità e finanziamenti. La realizzazione del portale regionale per l'invecchiamento attivo ha fornito un impulso fondamentale alla strategia in molteplici direzioni (https://invecchiamentoattivo.regione.fvg.it/):
  - nel facilitare la sinergia tra i soggetti pubblici e privati attivi nella rete di attuazione;
  - nel fornire tutte le informazioni sui servizi esistenti in modo facile e semplificato;
  - nel supportare le linee di ricerca e innovazione sul tema dell'invecchiamento attivo anche attraverso l'informazione dei progetti europei cui la Regione FVG partecipa;

  Il portale, esistendo anche un finanziamento *ad hoc* per la sua gestione, è stato nel tempo rinnovato introducendo accompagnamenti guidati e facilitazioni all'accesso.

- Il *secondo* Progetto *Sicuri a casa* riguarda invece i servizi di teleassistenza e di telesoccorso domiciliare che la regione offre gratuitamente alle persone anziane o fragili. Il pacchetto di servizi offerti prevede diverse azioni che mirano a facilitare la permanenza nel proprio domicilio: oltre ai già conosciuti servizi di teleassistenza e telesoccorso, sono offerti anche servizi di tele-compagnia, di custodia chiavi, agenda farmaci e consegna farmaci. Le

tecnologie richieste nei domicili degli utenti per poter attivare il servizio, sono assolutamente soft (cellulare, telefono, apparecchio portatile con dispositivo) e molti dei servizi offerti sono operativi 24 ore su 24.

- Infine sono stati realizzati progetti di alfabetizzazione digitale a favore delle persone anziane per l'utilizzo dei servizi *online* offerti dall'Amministrazione regionale.

Tabella 2. Programma Triennale 2016-18: linee strategiche e aree di intervento.

LINEE STRATEGICHE	AREE DI INTERVENTO
1. Le politiche familiari	**1.1 Sostenere le famiglie per la permanenza a domicilio della persona anziana.** **1.2 Sostegno a coniugi e figli con riconoscimento dei carichi familiari.** **1.3 Sostegno all'inserimento delle famiglie nelle reti *no profit.***
2. La formazione	2.1 Promozione di percorsi di formazione a sostegno all'invecchiamento attivo. 2.2 Promozione di protocolli con le scuole e con il mondo del lavoro per coinvolgere docenti anziani. **2.3 Promozione di percorsi informativi per favorire l'inclusione e l'impegno sociale e familiare, la sicurezza.** **2.4 Promozione di azioni formative per l'accesso ai servizi e alle tecnologie ICT.**
3. Impegno civile	3.1 Promozione della partecipazione alla vita di comunità.
4. Cultura e turismo sociale	**4.1 Supporto all'accesso e alla partecipazione a siti ed eventi culturali.** 4.2 Supporto all'impegno civile degli anziani nella promozione storico-culturale. 4.3 Sostegno al turismo sociale.
5. Trasporto sociale	**5.1 Interventi sociali a favore di persone a mobilità ridotta.**
6. Salute e benessere	**6.1 Supporto alla domiciliarità e all'abitare sociale.** **6.2 Supporto alla diffusione di corretti stili di vita.** **6.3 Supporto a progetti di socializzazione.**
7. Abitazione, accessibilità all'informazione, ai servizi e nuove tecnologie	**7.1 Sostegno al miglioramento tecnologico degli ambienti e spazi di vita.** **7.2 Sostegno alla diffusione di informazioni e opportunità tramite ICT.**
8. Completamento dell'attività lavorativa	8.1 Sostegno al completamento dell'attività lavorativa. 8.2 Supporto al passaggio dall'impegno produttivo all'impegno civile e sociale.
Linea strategica trasversale (inserita nel Piano Annuale 2016): **Partecipazione a reti nazionali ed europee e a progetti europei.**	

Fonte: Ns. elaborazione.

Nei piani di attuazione una particolare rilevanza viene riservata anche alla dimensione spaziale (Linee Strategiche 5, 6, 7) ed emerge con chiarezza il lavoro di integrazione tra le diverse Direzioni della regione. Le dimensioni su cui la regione avvia interventi sono:

- i *contesti urbani* attraverso la promozione di attività di formazione e sensibilizzazione finalizzate a favorire la redazione di piani urbanistici che siano orientati alla sostenibilità sociale e alle esigenze della popolazione anziana (diffusione di servizi, accessibilità universale, dotazione e comfort degli spazi verdi). Sempre in questo ambito vengono previsti finanziamenti per le amministrazioni locali al fine di favorire la predisposizione dei *PEBA* (Piani Eliminazione Barriere Architettoniche).
- *gli edifici e i singoli alloggi*, per i quali il FVG promuove non solo finanziamenti per l'adeguamento dell'accessibilità (l'installazione di ascensori), ma finanzia anche l'avvio di iniziative sperimentali. I Progetti *Domiciliarità Innovativa* e *Abitare Possibile* contenuti nel Programma e nei Piani Annuali, normati con DGR n. 671 del 2015 e successivamente con apposite Linee Guida approvate nel 2017, perseguono la finalità di ridurre e prevenire l'istituzionalizzazione di anziani fragili attraverso lo sviluppo di forme innovative di domiciliarità volte ad evitare l'isolamento sociale, l'esclusione e lo sradicamento dalla comunità di appartenenza.

Sempre in materia di *alloggio* il FVG attiva gli 'Sportelli risposta casa' (art. 7 LR n. 1 del 2016) articolati per *UTI* (Unioni Territoriali Intercomunali) che hanno la finalità di facilitare l'incontro tra domanda e offerta di alloggi per le persone anziane e più in generale per le persone fragili. Questi sportelli hanno il compito: i) di orientare e accompagnare i cittadini nella ricerca di un alloggio, raccogliendo le loro esigenze abitative e incrociandole con le offerte provenienti dagli enti pubblici e dai privati; ii) di fornire informazioni sulle agevolazioni e sui contributi a sostegno dell'abitare.

Infine una particolare attenzione viene rivolta al tema della *mobilità sociale* per il quale il FVG prevede: i) finanziamenti per la realizzazione di Centri di interscambio passeggeri, stazioni e fermate attrezzate e relative tecnologie di controllo, a servizio del trasporto pubblico locale su strada adeguate alla funzione da parte delle persone con ridotta mobilità; ii) contributi per l'adattamento di autoveicoli per persone con disabilità; iii) contributi per l'organizzazione di progetti di trasporto per favorire la socializzazione delle persone anziane.

Molte sono poi le iniziative avviate sulla Linea Strategica 'Salute e benessere' (in collaborazione con le ASP, i medici di medicina generale, i comuni, le associazioni di volontariato, le università, ecc.) che tendono sia a promuovere l'adozione di corretti stili di vita che a prevenire il peggioramento della fragilità e i rischi nell'ambiente domestico. Risultano molto interessanti le seguenti iniziative:

- il Progetto *Prisma 7* che, rivolto alla popolazione di età uguale o maggiore a 75 anni, è finalizzato a promuovere un percorso di conoscenza (*screening*) teso a rilevare la fragilità delle persone anziane e a far emergere disturbi o disagi sottovalutati o non riconosciuti. Il metodo utilizzato si basa su un questionario composto da sette domande, elaborato da ricercatori universitari del Quebec (Canada) già sperimentato nel Regno Unito e in altre regioni d'Italia con ottimi risultati. La finalità è riuscire a prevenire un peggioramento dello stato di fragilità. Nel 2018 il progetto è stato avviato sperimentalmente in quattro distretti della regione e ha coinvolto circa 23.000 anziani di questi il 38% è risultato potenzialmente fragile. Nel 2019 il progetto è stato ampliato all'intero territorio regionale.
- Il Progetto *La Casa sicura* attraverso cui è stato realizzato un sito web (http://www.lacasasicura.com/category/anziani/) nel quale sono contenute informazioni utili su questo argomento e sui corretti comportamenti da adottare in casa, il tutto proposto in modo molto intuitivo e *friendly*.
- L'estensione del Sistema di sorveglianza *Passi d'argento* che ha visto la Regione nel 2018 ampliare la platea di soggetti ultra sessantaquattrenni intervistati. I dati della sorveglianza di popolazione *Passi d'argento* contribuiscono alla formulazione del Piano della Cronicità Regionale e del Piano Regionale della Prevenzione e rappresentano uno strumento per monitorare le politiche per l'invecchiamento attivo (Gruppo di coordinamento regionale Passi d'argento, 2019).

▪ ***Il primo triennio di sperimentazione: elementi positivi della programmazione***

Nella valutazione ex-post che la regione, così come previsto dalla legge regionale, effettua sui risultati del Programma Triennale 2016-18 vengono evidenziati come elementi positivi di natura qualitativa e programmatica:

- la pertinenza delle finalità del programma ai bisogni reali dell'utenza anziana, con particolare riferimento all'articolazione in settori di intervento e agli orientamenti innovativi di politica sociale individuati per il periodo 2016-18.
- l'impulso fondamentale che la realizzazione del portale regionale per l'invecchiamento attivo ha fornito sia nel favorire la sinergia tra i soggetti pubblici e privati attivi nella rete, che nel fornire accompagnamenti guidati all'utenza e ai familiari.
- il positivo impatto culturale che la strategia per l'invecchiamento attivo ha determinato, anche grazie al processo partecipativo adottato nella redazione del programma triennale e dei piani annuali di attuazione.
- l'effetto positivo di aver adottato, attraverso progetti integrati, strategie in grado di connettere la dimensione della salute con quelle della formazione, della ricerca tecnologica e delle attività sportive.
- l'ampliamento della partecipazione della regione e degli attori regionali a reti nazionali ed europee che hanno favorito ulteriori opportunità di finanziamento per approfondire le tematiche della LR n. 22 del 2014.

▪ ***Il secondo Programma Triennale 2019-21***

A valle della valutazione del primo ciclo di programmazione la regione FVG approva nel 2019 il secondo Programma Triennale 2019-21 e il Piano Annuale 2019. In estrema sintesi possiamo osservare che (vedi Tabella 3):

- vengono confermate le otto Linee Strategiche della precedente programmazione più una Linea Strategica 9 dedicata agli *obiettivi trasversali di sistema* e finalizzata a potenziare ulteriormente l'integrazione dei progetti e la partecipazione alle reti europee;
- viene previsto un forte ampliamento delle aree di intervento relativamente alla mobilità sociale che viene ritenuta strategica per i livelli di qualità della vita delle persone anziane. In particolare vengono rafforzate le azioni di sostegno al trasporto sociale nei contesti territoriali periferici, dov'è più complicato il raggiungimento dei siti di cura (ospedali, distretti sanitari, luoghi di riabilitazione, ecc.) e per la socialità (centri diurni, punti di aggregazione sociale, università della terza età, ecc.).
- viene proposto un potenziamento delle aree di intervento nella Strategia 'Salute e benessere' attraverso la previsione di azioni volte: alla diffusione capillare di piccoli centri diurni multifunzionali al fine di combattere, nei centri cittadini, l'isolamento sociale; alla diffusione e al potenziamento delle attività fisico-motorie; al potenziamento di interventi di domiciliarità innovativa tramite progetti territoriali che promuovano soluzioni coabitative generazionali mirate a incentivare la permanenza degli anziani in contesti familiari 'artificiali' (Regione Friuli-Venezia Giulia, 2019c);
- viene rinnovata una decisa attenzione al sostegno degli interventi nel settore della casa e nell'accesso alle nuove tecnologie, all'informazione e ai servizi che viene ritenuta strategica per facilitare la permanenza degli anziani nei propri spazi di vita.

Nella Tabella 3 vengono riportate e confrontate quelle 'linee strategiche' e 'aree di intervento' che presentano una strutturazione più ampia rispetto al programma del precedente triennio.

Tabella 3. Programma Triennale 2019-21: confronto delle aree di intervento che presentano un potenziamento di azioni rispetto al programma precedente.

AREE DI INTERVENTO 2016-18	AREE DI INTERVENTO 2019-21
LINEA STRATEGICA 5 – TRASPORTO SOCIALE	
5.1 Interventi sociali a favore di persone a mobilità ridotta.	5.1 Potenziamento dell'offerta di servizi adattati, alternativi o assistiti di trasporto domiciliare. 5.2 Sostegno al trasporto sociale in contesti territoriali periferici, quali quelli montani e rurali. 5.3 Promozione della mobilità innovativa e del trasporto sociale associativo.
LINEA STRATEGICA 6 – SALUTE E BENESSERE	
6.1 Supporto alla domiciliarità e all'abitare sociale. 6.2 Supporto alla diffusione di corretti stili di vita. 6.3 Supporto a progetti di socializzazione.	6.1 Sostenere nei servizi sociali e sanitari la dignità e l'autodeterminazione della persona. 6.2 Sostegno alla cultura e alla pratica della prevenzione. 6.3 Sostegno domiciliare e alla permanenza degli anziani nel contesto familiare. 6.4 Promozione della coabitazione intergenerazionale e tra anziani. 6.5 Coinvolgimento degli over 65 nella vita sociale e della comunità.
LINEA STRATEGICA 7 – ABITAZIONE, ACCESSO ALLE NUOVE TECNOLOGIE, ALL'INFORMAZIONE E AI SERVIZI	
7.1 Sostegno al miglioramento tecnologico degli ambienti e spazi di vita. 7.2 Sostegno alla diffusione di informazioni e opportunità tramite *ICT*.	7.1 Sostegno al miglioramento tecnologico delle abitazioni. 7.2 Sostegno alla diffusione di informazioni e opportunità tramite *ICT*. 7.3 Sostegno alle politiche della *silver economy e ambient assisted living.*
LINEA STRATEGICA 9 – OBIETTIVI TRASVERSALI DI SISTEMA	
• Finalizzare i livelli di spesa finanziaria nella direzione dell'invecchiamento attivo promosso dalla LR 22 del 2014. • Elevare la pertinenza degli obiettivi progettuali ai fabbisogni reali. • Avviare e mettere a regime il *network* inter-organizzativo. • Favorire le strategie progettuali integrate o multidimensionali. • Rafforzare le connessioni normative e organizzative con la riforma del terzo settore. • Istituzionalizzare e replicare le buone prassi su scala centrale e locale. • Rafforzare il raccordo con la pianificazione locale.	

Fonte: Ns. elaborazione.

8 Agency e relazioni con il sistema

▪ ***Principali attori ed eventuale leadership***

Questa politica conferma la forte progettualità, *leadership*, capacità programmatica e di coordinamento della Regione Friuli-Venezia Giulia. È proprio il sistema di governance costruito per l'applicazione della legge, uno dei fattori di successo fondamentali di questa iniziativa. Due gli elementi da sottolineare:

- la costituzione del *Tavolo* ***tecnico interdirezionale*** **permanente che rappresenta una** modalità innovativa per far **collaborare trasversalmente i diversi assessorati che hanno competenze sull'argomento;**
- la costituzione di una rete molto ampia per l'attuazione del progetto che è riuscita a coinvolgere i diversi attori interessati.

▪ ***Relazioni con il sistema***

L'iniziativa parte da un aggiornamento del quadro legislativo ed è inserita in un quadro programmatico regionale che tende a favorire l'integrazione dei processi sia in termini progettuali, che di risorse finanziarie e umane.

▪ ***Cosa è rimasto del progetto***

Il primo ciclo triennale del processo di attuazione della legge regionale è stato concluso e sottoposto a valutazione. Sulla base degli esiti rilevati è stato avviato il secondo ciclo di programmazione triennale e il relativo piano annuale di attuazione.

9 Risorse mobilitate (finanziarie, umane, organizzative, politiche)

▪ ***Risorse finanziarie***

La Legge Regionale (all'art. 14) stabilisce che per favorire la programmazione connessa alla normativa sono stanziati per l'anno 2014, 80.000 euro. Per l'attuazione dei programmi triennali e dei piani annuali, nella logica dell'intervento integrato concorrono fondi di diversa natura: (bilancio regionale, Fondo Sanitario Regionale, fondi UE, Fondi statali e Fondi comunali).

Non risulta possibile quantificare il finanziamento complessivo, perché nei Piani Annuali vengono indicate le specifiche voci di bilancio relativamente a fondi regionali, a fondi POR, a fondi comunali e del sistema sanitario regionale che non sono però quantificati in euro. Facendo una somma dei soli finanziamenti già espressi in euro nel Piano Annuale 2016 abbiamo calcolato fondi pari a 15.617.000 euro cui si devono sommare tutte le altre voci non riportate in euro. Replicando lo stesso lavoro per il Piano Annuale 2019 e considerando che in questo caso le voci già espresse in euro sono significativamente in numero minore abbiamo calcolato 3.346.000 euro.

▪ ***Risorse umane e organizzative***

L'attuazione della legge ha avuto un forte coordinamento pubblico ed ha coinvolto una rete molto ampia di attori. Per l'attuazione del progetto è stato istituito un *Tavolo tecnico interdirezionale* permanente di cui fanno parte le Direzioni regionali di seguito elencate:

- Direzione centrale salute, politiche sociali e disabilità (coordinamento)
- Direzione centrale lavoro, formazione, istruzione e famiglia;
- Direzione centrale infrastrutture e territorio;
- Direzione centrale cultura e sport;
- Direzione centrale attività produttive;
- Direzione generale;
- Direzione centrale autonomie locali, sicurezza e politiche per l'immigrazione.

10 Dimensioni innovative

▪ ***Soddisfazione di bisogni non coperti dal sistema di cura***

La Legge sull''invecchiamento attivo' del FVG e la connessa programmazione e attuazione si muovono su un ampio spettro di tematiche che riguardano le persone over65, fornendo risposte non tradizionali ai diversi bisogni delle persone anziane (servizi domiciliari, adeguamenti contesto spaziale, socializzazione, servizi di teleassistenza, ecc.). La finalità fondamentale del processo che si sta sperimentando in FVG è da una parte trasformare l'invecchiamento della popolazione in opportunità, dall'altra avviare azioni di prevenzione dei processi invalidanti per limitare l'ospedalizzazione e l'istituzionalizzazione degli anziani.

▪ ***Modifica delle relazioni sociali/istituzionali tra anziani e altri attori***

Questa iniziativa contribuisce strutturalmente nel modificare le relazioni tra gli attori del sistema regionale e locale e tra questi e gli anziani sia attraverso un coinvolgimento dei soggetti interessati nell'espressione dei bisogni di diversa natura, che attraverso attività di formazione, di socializzazione, di volontariato che determinano un diverso protagonismo degli over65 nella vita delle comunità.

▪ ***Empowerment/aumento della capacità di esprimersi e incidere***

Determinare un nuovo protagonismo delle persone anziane costituisce una delle finalità fondamentali del processo avviato in FVG e l'impatto culturale che il primo ciclo di attuazione della legge ha determinato anche nella categoria over65 evidenzia un innalzamento sostanziale dell'empowerment degli anziani in questa regione.

11 Principali risultati dell'iniziativa

- Integrazione tra le Direzioni regionali;
- coordinamento delle politiche settoriali;
- ampliamento della partecipazione della regione e degli attori regionali a reti nazionali ed europee che hanno favorito ulteriori opportunità di finanziamento;
- impatto culturale;
- pertinenza delle finalità dei Programmi ai bisogni reali dell'utenza anziana
- effetto positivo di aver adottato strategie in grado di connettere la dimensione della salute con quelle della formazione, della ricerca tecnologica e delle attività sportive.

12 Punti di forza e fattori di successo

▪ ***Punti di forza***

- Il modello di governance adottato e sperimentato.
- La ricerca e individuazione di fonti di finanziamento ordinarie per la realizzazione delle azioni innovative previste nei piani annuali.
- Il metodo di lavoro utilizzato dal *Tavolo interdirezionale*, basato sulla trasversalità e la collaborazione tra Direzioni, uffici regionali e interlocutori esterni.
- L'adozione di strategie in grado di connettere la dimensione della salute con quelle della formazione, della ricerca tecnologica e delle attività sportive.
- Il processo partecipativo adottato.
- La valutazione *ex-post* del primo Programma Triennale.

13 Punti di debolezza e fattori di rischio

- Debole identificazione ex ante (2016-18) dei problemi specifici e prioritari di ciascun territorio e dei settori di intervento.
- Limitata disponibilità di dotazioni finanziarie finalizzate all'invecchiamento attivo disponibili nelle singole Direzioni.
- Scarso coordinamento con i tavoli tematici previsti dai Piani di Zona.
- Presenza di ostacoli burocratico-legislativi che limitano l'attuazione di alcune azioni.

14 Potenziale in termini di policy: replicabilità e/o *up-scaling*

Il FVG nel 2014 è la quarta regione in Italia a dotarsi di una legge specifica sull'invecchiamento attivo, nel 2020 sono complessivamente 11 le regioni che hanno legiferato in materia. Il processo intrapreso dalla Regione presenta forti potenzialità in termini di replicabilità soprattutto in relazione al modello di *governance* sperimentato, all'ampiezza dei temi considerati e alle buone pratiche attuate.

15 Fonti

- ***Riferimenti bibliografici e sul web***

Gruppo di coordinamento regionale Passi d'argento (2019) *Stato di salute e qualità della vita della popolazione ultra 64enne in Friuli Venezia Giulia. Prima indagine regionale* [online]. Passi d'argento: Trieste, ottobre 2019. Accessibile su: https://www.epicentro.iss.it/passi-argento/pdf2019/Stato%20di%20salute%20e%20qualit%C3%A0%20della%20vita%20della%20popolazione%20ultra%2064enne%20in%20Friuli%20Venezia%20Giulia%20PDA%202018.pdf. (Consultato: febbraio 2020).

INRCA (2016) 'Schede leggi e proposte di legge su invecchiamento attivo' [online]. Accessibile su: https://www.inrca.it/inrca/files/PAGINE/Appendice%20-%20Linee%20guida%20Invecchiamento%20Attivo%202016.pdf. (Consultato: febbraio 2020).

IRES-Istituto di Ricerche Economiche e Sociali del Friuli-Venezia Giulia (2016) 'L'invecchiamento in FVG' [online], *iReport*, IRES, 1(16). Accessibile su: https://www.ilfriuli.it/writable/attachments/iREPORT_01_16_invecchiamentoFVG.PDF. (Consultato: febbraio 2020).

OECD (2006) *Live longer, Work longer: Executive Summary.* OECD Publishing: Paris.

Regione Friuli-Venezia Giulia (2020) 'Indicazioni regionali per l'attivazione e la gestione del servizio di telesoccorso-telecontrollo'. DGR n. 61 del 7 febbraio.

Regione Friuli-Venezia Giulia (2019a) 'Piano Annuale 2019'. Legge Regionale n. 22 del 2014 'Promozione dell'invecchiamento attivo'. Delibera n. 262 del 22 febbraio.

Regione Friuli-Venezia Giulia (2019b) *Relazione informativa sull'attuazione della legge regionale 22/2014 'Promozione dell'invecchiamento attivo e modifiche all'articolo 9 della legge regionale 15/2014 (in materia di protezione sociale)' triennio 2016-18.* Atti Consiliari Generalità n. 123, approvata nella seduta della Giunta del 29 gennaio.

Regione Friuli-Venezia Giulia (2019c) *Programma triennale (2019-2021) degli interventi di attuazione della legge regionale 22/2014 "Promozione dell'invecchiamento attivo"* [online]. Allegato alla DGR n. 39 del 18 gennaio 2019. Accessibile su: http://mtom.regione.fvg.it/storage//2019_39/Allegato%201%20alla%20Delibera%2039-2019.pdf. (Consultato: febbraio 2020).

Regione Friuli-Venezia Giulia (2018) 'Piano annuale 2018' in attuazione del 'Programma Triennale 2016-18'. DGR n. 9 del 12 gennaio.

Regione Friuli-Venezia Giulia (2017a) 'Linee guida per il perfezionamento delle sperimentazioni avvia- te ai sensi della DGR 671/2015 e per nuove sperimentazioni in materia di abitare possibile e domiciliarità innovativa'. DGR n. 2089 del 26 ottobre.

Regione Friuli-Venezia Giulia (2017b) 'Piano annuale 2017' in attuazione del 'Programma Triennale 2016-18'. DGR n. 302 del 24 febbraio.

Regione Friuli-Venezia Giulia (2016a) 'Legge Regionale n. 22 del 2014 – Piano Operativo 2016'. Allegato alla Delibera n. 1180 del 23 giugno.

Regione Friuli-Venezia Giulia (2016b) *Programma triennale 2016-2018 degli interventi di attuazione della legge regionale 22/2014 "Promozione dell'invecchiamento attivo"* [online]. Allegato alla Delibera n. 310 del 25 febbraio 2016. Accessibile su: https://invecchiamentoattivo.regione.fvg.it/documents/20182/46622/piano+triennale+invec

chiamento+attivo.pdf/129e45ad-6866-46fc-838f-cdb2bccc69f1. (Consultato: febbraio 2020).

Regione Friuli-Venezia Giulia (2015) 'Piano Regionale Prevenzione Friuli Venezia Giulia 2014-2018'. Allegato alla DGR n. 1243 del 27 novembre 2015.

Regione Friuli-Venezia Giulia (2014) Legge Regionale n. 22 'Promozione dell'invecchiamento attivo'. *BU Regione Autonoma Friuli-Venezia Giulia.* 48: 19 novembre.

WHO (2002) *Active Ageing A Policy Framework* [online]. WHO Publishing: Ginevra. Accessibile su: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/67215/WHO_NMH_NPH_02.8.pdf;jsessionid=5488A99F3AB2BF74796A89B67E33CF09?sequence=1. (Consultato: febbraio 2020).

16 Data chiusura del caso studio

La ricostruzione e l'analisi critica del caso studio si sono conclusi nel mese di aprile 2020.

IN-AGE - INclusive AGEing in place
Laboratorio Politiche Sociali, Politecnico di Milano
Dipartimento Architettura e Territorio, Università Mediterranea di Reggio Calabria
Centro Ricerche Economico-Sociali per l'Invecchiamento, INRCA-IRCCS, Ancona

30 MONALISA
Mobilisation Nationale Contre L'isolement Des Âgés

di Giuliana Costa
Dipartimento di Architettura e Studi Urbani, Politecnico di Milano

1 Breve descrizione dell'iniziativa

MONALISA nasce nel 2014 come rete nazionale per animare, aggregare e sostenere le attività di volontariato a favore delle persone anziane sole e/o isolate, valorizzando le risorse già presenti sul territorio. Riunisce una pletora di attori sia pubblici che privati, centri anziani, centri sociali rurali, associazioni, istituzioni, autorità e agenzie locali o territoriali, fondi pensione, cittadini. Si configura come un'azione di sistema organizzata su due scale, quella delle 'cooperazioni territoriali', formate da diversi soggetti a geometria variabile che si aggregano a livello dei *Départements*, è quello delle *équipes citoyennes*, nuclei di organizzazioni e individui che operano concretamente a favore delle persone anziane a livello locale (di città e/o di quartiere). Le *équipes* sono sostenute dalle cooperazioni territoriali che ne coordinano l'operato, mettono a disposizione risorse economiche e occasioni di formazione.

2 Luogo

Francia, **Dipartimenti, città e località**.

3 Contesto territoriale

- ***Tipologia di area***

MONALISA è attiva sia in contesti urbani che in quelli rurali.

I dati di contesto rilevanti per comprendere le motivazioni che hanno spinto alla creazione di una rete di attori molto diversificati per contrastare la solitudine e l'isolamento in età anziana provengono da una *survey* condotta nel 2014 da *MONALISA ASSO*[1]:

- in Francia vi sono 1,5 milioni di persone di età superiore ai 75 anni che vivono in una situazione di solitudine non scelta; un anziano su quattro – il 27% – è isolato (vedere oltre la definizione di isolamento), 11 punti percentuali in più rispetto al 2010;
- la situazione economica delle persone non ha un impatto sul loro isolamento relazionale in modo significativo;
- l'isolamento riguarda indistintamente uomini e donne;
- il 36% degli over75 con limitazioni fisiche sono isolati (secondo la definizione data, si veda oltre);
- nell'81% dei casi, gli anziani isolati non hanno figli residenti nello stesso comune (rispetto al 69% degli anziani non isolati);
- dall'età di 75 anni, in poi la frequenza delle relazioni (amichevoli, familiari e di affinità) diminuisce in modo significativo, avviene una centratura sulle relazioni di vicinato e quelle con i figli;
- solamente il 49% degli over75 parla regolarmente con i propri vicini;
- l'isolamento degli over75 nei contesti urbani è più alto che in quelli rurali: il 33% contro il 21%;
- per gli over75 gli indicatori di isolamento oggettivo sono più alti che quelli soggettivi; è l'unica classe di età per cui si manifesta tale differenza (l'indagine di cui alla nota 1 ha riguardato tutte

le età). La spiegazione a questa differenza è che gli anziani tendono ad abituarsi alla propria condizione di isolamento, diminuendo la propria capacità di reagirvi;
- il 36% degli anziani isolati indica nella morte del partner il fattore della propria solitudine.

▪ ***Scala di azione***

La scala degli interventi attivati e coordinati dalla mobilitazione è variabile dato che riguarda iniziative molto diverse tra di loro. Nelle città più grandi il coordinamento avviene perlopiù a scala di quartiere (si veda oltre).

4 Tipologia dell'iniziativa e approccio

▪ ***Tipologia***

Politica sperimentale finanziata da ente pubblico che prevede il coinvolgimento di attori sia pubblici che privati. Si tratta di una 'mobilitazione nazionale per una politica pubblica contro l'isolamento'.

▪ ***Soggetti attuatori***

- Association des Petits Frères des Pauvres;
- Haut Conseil de la Famille, de l'Enfance et de l'Âge (HCFEA);
- CNSA, Caisse Nationale de la Solidarité pour l'Autonomie;
- Casse pensioni complementari;
- i Dipartimenti francesi (compresi quelli di oltremare);
- singole organizzazioni di volontariato;
- case di riposo, centri sociali, organizzazioni private di vario genere;
- agenzie pubbliche che operano in campo sociale, sociosanitario e sanitario.

▪ ***Altri soggetti coinvolti (rete mobilitata dal progetto)***

All'inizio di giugno 2020 erano coinvolti 527 soggetti diversi nella rete MONALISA, tutti firmatari di una Carta comune che li impegna a lavorare per combattere ogni forma di isolamento sociale. Si tratta del collettivo più grande del Paese, composto per 40% da collettività territoriali (i comuni – in genere i CCS, *centres communales d'action sociale*- o i dipartimenti), 40% da organizzazioni di volontariato, 20% da altri soggetti quali le reti di gerontologi e altri professionisti affini, le organizzazioni non profit che prestano servizi a domicilio, le strutture residenziali.

La Carta individua i possibili aderenti a *MONALISA*: squadre di cittadini (le *équipes citoyennes*), associazioni, autorità locali, centri di azione sociale comunali e intercomunali (CCAS), istituti pubblici o privati e loro strutture nazionali, fondi pensione primari e complementari, la Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie (CNSA), le mutue, l'Agence du Service Civique e tutte gli altri soggetti giuridici non profit o dell'economia sociale e della solidarietà, nonché sponsor privati.

L'emergenza Covid-19 ha fatto sì che aumentasse rapidamente a oltre 800 il numero delle *équipes citoyennes* (si veda oltre per maggiore dettaglio) attive.

▪ ***Fonti di finanziamento***

La rete gode di finanziamenti molto limitati a livello nazionale e mantiene ancora un carattere sperimentale. Ogni *Département* ha una 'conferenza di finanziatori', una struttura che coordina i finanziamenti destinati alla prevenzione della perdita di autonomia. Nel futuro prossimo venturo, allorquando la rete e il suo operato confluirà nell'alveo di una politica pubblica strutturale per il contrasto della solitudine degli anziani, si conta di avere finanziamenti più cospicui e di carattere continuativo.

▪ ***Approccio***

MONALISA è una rete che associa perlopiù soggetti del volontariato. Ha una natura mista, è stata lanciata per iniziativa del governo ma è implementata in un'ottica di reciprocità e di cooperazione tra gli attori. Promuove a livello locale anche forme di co-produzione perché gli anziani isolati sono invitati a produrre soluzioni assieme alle *équipes citoyennes* e a farne parte.

▪ ***Target e beneficiari***

Nel 2018 sono state intercettate circa 30.000 persone da parte delle *équipes citoyennes.* I volontari coinvolti sono stati 6.000. Alla chiusura dell'elaborazione del caso non erano disponibili dati più aggiornati.

Va rilevato che i dati a disposizione sono poco robusti perché non si fanno rilevazioni sistematiche di informazioni a livello centrale e non è stato fatto una vera e propria valutazione del programma dal 2017 in poi. Quando un'organizzazione si aggiunge alla rete, comunica quanti sono i volontari di cui dispone, quante persone sono già raggiunte e quante pensano di poter raggiungere. Poiché coloro che lavorano per *MONALISA* a livello centrale si recano spesso sui diversi territori in cui la rete è attiva, hanno sentore del fatto che la dinamicità della mobilitazione avanza e che l'attività di cooperazione tra gli attori aumenti.

5 L'iniziativa

▪ ***Ambito di intervento***

1. Pratiche innovative che riguardano la vita *in casa* dell'anziano.
   1.1. Servizi innovativi a domicilio.
2. Pratiche innovative che riguardano la vita *fuori casa* degli anziani.
   2.1 Servizi innovativi per facilitare la socializzazione.
3. **Politiche e azioni innovative 'di sistema': regia, informazione, formazione.**

▪ ***Obiettivi***

MONALISA è una mobilitazione che svolge azioni di regia e di integrazione volta a mobilitare le risorse del volontariato a diverse scale territoriali per contrastare la solitudine e l'isolamento delle persone anziane. Nata nel 2014, riunisce tutti coloro che fanno causa comune contro l'isolamento sociale degli anziani: associazioni, istituzioni, autorità locali o territoriali, fondi pensione, cittadini. Nasce con l'intento di avviare una mobilizzazione generale su questo tema e valorizzare le risorse già esistenti sui territori.

È organizzata su più livelli e lavora su tre assi strategici:

1) Una metodologia per la cooperazione degli attori di un territorio;
2) l'animazione di una rete di *équipes citoyennes;*
3) un centro di risorse per tutte le parti interessate. La cooperazione avviene a livello dipartimentale riunendo tutte le organizzazioni che aderiscono ad una Carta Nazionale.

Le riunioni delle singole cooperazioni avvengono a scadenza bimensile. Ogni cooperazione dipartimentale mette in campo le proprie risorse e competenze per raggiungere l'obiettivo comune di lottare contro l'isolamento. Gli obiettivi locali sono quelli di conoscersi, di stabilire rapporti improntati alla fiducia e di valorizzare le risorse di volontariato che già esistono sui territori, creando nuove reti. L'avvio delle cooperazioni si basa su ciò che chiamato 'diagnosi territoriali' e *maillage*, la setacciatura del territorio. Prima si determinano i bisogni del territorio per poi cercare di intercettare le risorse di volontariato esistenti (non solo organizzazioni ma anche singoli individui). Uno dei maggiori *focus* di interesse è quello di capire come dirottare risorse del volontariato in territori che esprimono molti bisogni ma hanno reti di attori locali deboli. Le cooperazioni dipartimentali sostengono poi le *équipes citoyennes* che operativamente svolgono iniziative di contrasto alla solitudine e che si basano anche sull'attivazione consapevole e formata (nel senso che si svolge attività di formazione) di volontari. Ogni équipe ha una storia a sé e una diversa conformazione nel senso che aggrega diversi soggetti per svolgere azioni diversificate. Nella rete di *MONALISA* vi sono 527 organizzazioni firmatarie, 66 reti territoriali (cooperazione dipartimentale) attive e, fino all'irrompere del Covid-19 poco meno di 400 *équipes*. La crisi sanitaria ha fatto sì che oltre 300 *équipes* in più si registrassero sulla piattaforma *MONALISA* (si veda oltre). Alcune azioni della rete si inseriscono in altre politiche nazionali e ne usano le risorse.

▪ *Come funziona MONALISA*

L'adesione alla rete

Per accogliere i diversi attori che desiderano impegnarsi nella rete tenendo conto delle loro diverse caratteristiche legali, *MONALISA* è strutturata in due modi, come associazione e in un comitato di supporto nazionale. Le organizzazioni senza scopo di lucro che apportano volontari (associazioni, centri sociali locali, reti associative) si iscrivono alla prima mentre quelle che offrono sostegno agli operatori delle *équipe* (dipartimenti, città, casse fondo pensione, federazioni o unioni di associazioni di strutture residenziali) si iscrivono al comitato. Tutti firmano la *Carte MONALISA*. Una volta accettata dalla struttura centrale, l'organizzazione paga 150 euro di *fee* d'entrata ed entra a far parte della rete, utilizzandone i dispositivi di comunicazione e di funzionamento. Se si tratta di una nuova *équipe citoyenne*, allora, se lo desidera, viene inserita nella piattaforma che geolocalizza sia le cooperazioni territoriali che le équipe (si veda oltre).

La *Carta MONALISA* è un documento di tre pagine in cui si descrivono molto brevemente quali sono i valori comuni in cui ci si riconosce, le finalità, il patto di coinvolgimento, i possibili attori aderenti e in che cosa consiste il riconoscimento *MONALISA*.

I valori comuni sono espressi in termini di richiesta di riconoscimento di:

a) il valore singolare e insostituibile di ogni persona, qualunque sia la sua situazione, le sue origini e il suo stato di salute;
b) il rispetto dell'identità e della possibilità di scelta di ognuno;
c) l'esercizio dell'alterità, dell'apertura verso gli altri, dell'incontro;
d) il fatto che le differenze hanno una funzione vitale per gli individui ed è essenziale per il loro sviluppo;
e) che l'altruismo degli impegni civici per una società più fraterna e unita assume la forma di relazioni di reciprocità dove ognuno trova il posto giusto e dove le identità e le culture dell'azione collettiva sono rispettate;
f) la ricerca dell'interesse generale passa attraverso soluzioni che vanno oltre gli interessi di *ogni* singola organizzazione ed è esercitata attraverso principi democratici e di cooperazione.

Le cooperazioni territoriali

La cooperazione territoriale è un collettivo di organizzazioni attive nello stesso territorio che decide di unire le forze per essere più efficaci nella lotta contro l'isolamento. Gli attori, pur portatori di culture e di diverse modalità di intervento, cooperano per creare una rete territoriale di iniziative di volontariato dei cittadini a favore dei legami sociali locali. La creazione di una la cooperazione territoriale è demandata alla libera iniziativa di uno o più attori che ne definiscono lo sviluppo e la governance in modo autonomo. Molto spesso esse sono animate da un attore pubblico.

L'approccio di cooperazione *MONALISA* crea sinergie tra tutti gli attori volontari in un territorio intorno alla lotta contro l'isolamento sociale e sostiene progetti di volontariato. Questo approccio dal basso verso l'alto è iniziato da attori del volontariato dell'area. Si basa sulla libera volontà di lavorare insieme, dall'esistente, per incoraggiare l'emergere e lo sviluppo di risposte locali adeguate alle esigenze esistenti e al potenziale di impegno di ognuno degli attori. I margini di ogni cooperazione sono ampi e flessibili per consentire a ciascuna di essa di costruire, con una geometria variabile, la propria strategia e il proprio programma d'azione in base alle risorse del territorio, ai bisogni identificati e ai desideri degli attori, secondo un principio di autodeterminazione di co-costruzione delle risposte da fornire.

Le cooperazioni territoriali non sono presenti in tutta la Francia come si evince dalla Figura 1.

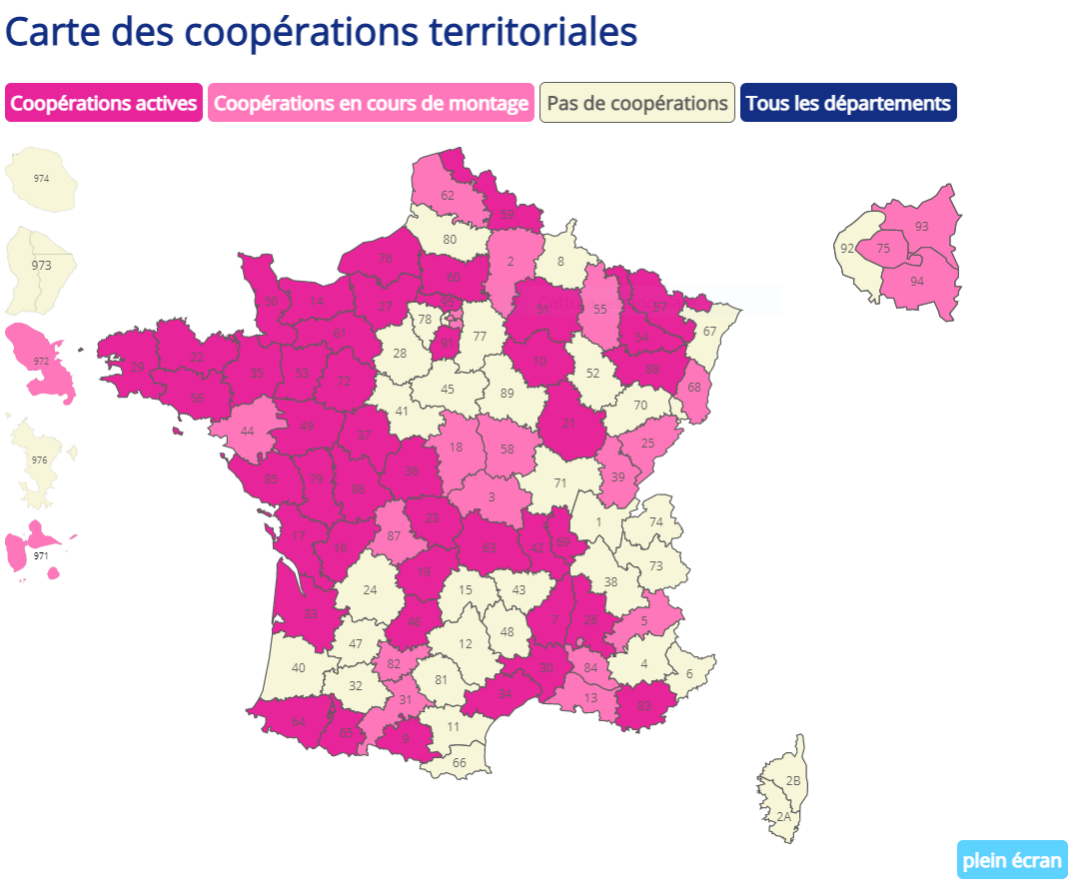


Figura 1. Carta delle cooperazioni territoriali MONALISA al 4/6/2020.
Fonte: Riprodotto da MONALISA, senza data.

Le cooperazioni *MONALISA*, qualunque sia la loro storia, il loro territorio e le loro dimensioni, mirano in particolare a:

- condividere diagnosi e analisi comuni dell'isolamento sociale degli anziani;
- costruire una visione condivisa del territorio;
- promuovere, rendere visibili e leggibili tutte le azioni esistenti a favore degli anziani e del contrasto alla solitudine;
- incoraggiare l'avvio delle *équipes citoyennes* al fine di vagliare i bisogni dei territori e far fronte a sfide comuni;
- supportare le *équipes* emergenti e lo spiegamento delle loro azioni;
- garantire che il supporto alle *équipes* emergenti sia raggiunto nel rispetto della libertà e della pluralità di scelte di appartenenza, identità, progetti e culture dei vari partner;
- animare la rete delle *équipes* e degli attori per facilitare la condivisione di esperienze;
- sensibilizzare ampiamente l'opinione pubblica, i cittadini e le parti interessate sulla questione dell'isolamento sociale e promuovere il processo di mobilitazione

Il lavoro di coordinamento svolto dalle cooperazioni permette di far sì che tutti gli attori si conoscano e possano lavorare in modo sinergico e complementare, aumentando l'efficacia complessiva degli interventi di volontariato. Dall'analisi delle singole cooperazioni (grazie alle informazioni contenute nella mappa, si veda sotto) emerge che talune non sono attualmente attive. Questo è spiegato dal fatto che talvolta esse restano 'dormienti' quando, per esempio, gli attori che la animano sono troppo fragili, poco legittimati e non sufficientemente strutturati o

quando, proprio grazie alle attività di coordinamento precedenti, si procede a lavorare separatamente per questioni di efficacia dell'intervento. Molto spesso le cooperazioni si 'riaccendono' e riprendono vita o perché i partner trovano il modo di riavviare la collaborazione reciproca, o perché si aggiungono uno o più *partners* nuovi in grado di ridare linfa al gruppo (vedi Tabella 1).

Tabella 1. Un esempio di cooperazione territoriale: Oise – Cooperazione MONALISA n. 60.

Oise – Cooperazione MONALISA n. 60
Territorio rurale caratterizzato dalla presenza di molti anziani soli isolati.
I membri della cooperazione
La Conférence des Financeurs; BIP-POP, OPHS /OPHELI; Les Petits Frères des Pauvres; un rappresentante di ogni 'Centre Sociaux Rural' del territorio (14 in totale); La Fédération des Centres Sociaux des Pays Picards; l'associazione O'rizons.
La nascita della cooperazione
Nell'aprile 2016, il Consiglio dipartimentale dell'Oise propose ai 14 Centri sociali rurali (CSR) del territorio di aggregarsi per coordinare azioni e visite a domicilio da parte di volontari in modo da segnalare e poi raggiungere persone la cui rete sociale fosse molto diradata e povera. L'approccio MONALISA ha sostituito nell'Oise i vecchi servizi conviviali attivando giovani volontari dai 18 ai 25 anni che vanno regolarmente a casa degli anziani. Grazie al coordinamento reso possibile da *MONALISA* i 14 CSR sono finalmente riusciti a operare oltre il loro ambito di intervento tradizionale, andando alla ricerca di 'aree bianche' (aree non coperte) e bisogni inespressi. Questa loro azione permette di collegare i territori del dipartimento, di lavorare con associazioni esistenti e di creare altre partnership. L'animatrice del coordinamento (una dipendente del Consiglio dipartimentale) ha il compito di supportare i CSR per mettere in rete l'intero territorio e ridurre gradualmente le aree scoperte ('bianche', nelle mappe), incontrare i comuni, le associazioni, i luoghi di incontro degli anziani e impostare le dinamiche della rete in tutti e cinque i territori dell'Oise. L'intervento dei volontari parte con visite a domicilio dell'anziano per capire la sua situazione e orientarlo, quando possibile, verso attività di carattere collettivo sul territorio. I volontari svolgono anche interventi presso le strutture residenziali con due obiettivi: 1) aiutare la persona appena arrivata in struttura a conoscere il suo ambiente sociale e locale, 2) fare sì che la persona che si isola nella sua stanza partecipi alle attività della residenza. La creazione della cooperazione ha permesso di lavorare insieme a soggetti che inizialmente non facevano parte degli attori messi in campo dalle singole *équipes* quali la mediateca locale, l'Associazione Alzheimer, le associazioni che lavorano sull'elaborazione del lutto, le associazioni canine e molte altre ancora.

Fonte: Riprodotto da MONALISA, senza data.

Le équipes citoyennes

Sono il gruppo di associazioni, organismi e individui che concretamente svolgono azioni per combattere l'isolamento sociale delle persone anziane in un determinato territorio. Anch'esse si organizzano a geometria variabile, includendo di volta in volta i soggetti più disparati, sia pubblici che privati. Sono autonome e indipendenti nel senso che ogni équipe si dà dei propri obiettivi e decide le proprie modalità di intervento. Nelle città, la maggior parte delle équipe si organizzano a livello di quartiere (anche se non mancano quelle che lo fanno a scala cittadina) svolgendo attività quali uscite culturali, gestione di giardini condivisi, incontri di informatica e uso dei computer, trasporto solidale, pranzi condivisi e altro ancora. Le *équipes* sono definite 'un bene comune accessibile a tutti'. Si tenta di coinvolgere gli anziani nella produzione di risposte alla propria solitudine.

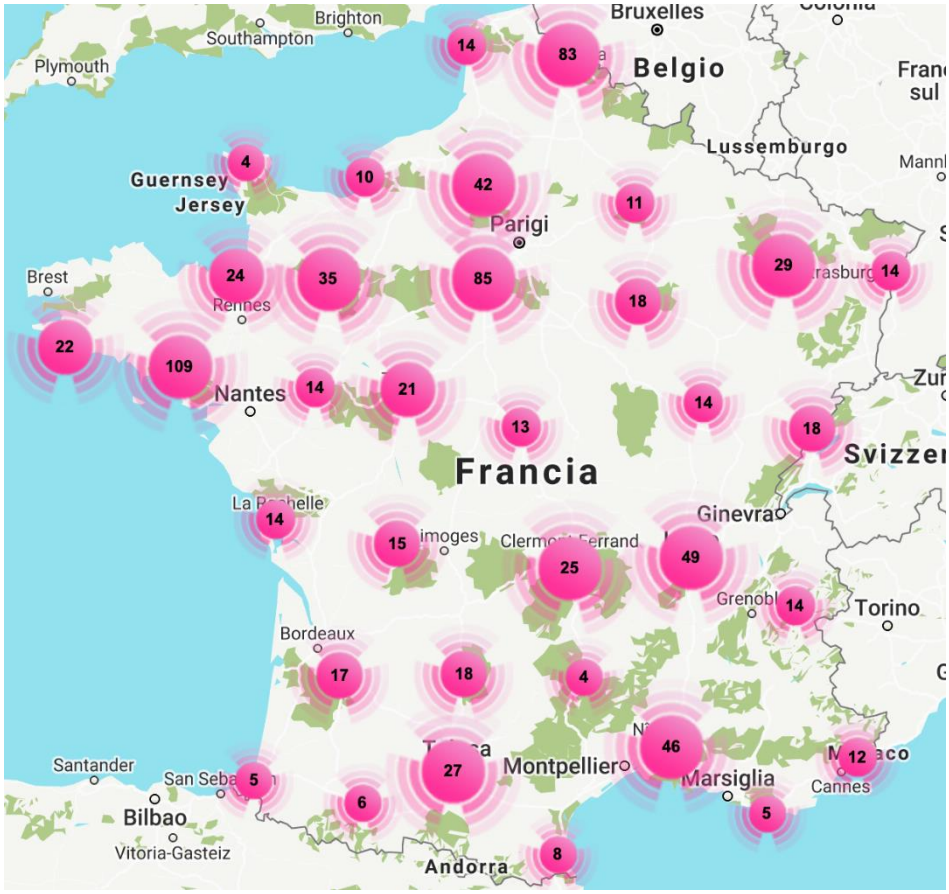


Figura 2. Le équipes citoyennes MONALISA al 4/6/2020.
Fonte: Riprodotto da MONALISA – équipe citoyenne, senza data.

Centro di risorse MONALISA, la geolocalizzazione e la formazione

Uno degli strumenti più utili alla mobilitazione è la geo-referenziazione di tutte le organizzazioni che si occupano di contrasto all'isolamento degli anziani e che sono parte della rete (che hanno dunque sottoscritto la Carta e che sono affiliate alla mobilitazione). Serve sia alle organizzazioni che ai singoli individui che decidono di fare i volontari e vogliono sapere che tipo di attività sono già in corso nel loro territorio (città, quartiere, paese, borgo). Questo permette loro di entrare in contatto con gruppi di persone già operative. Sulla mappa si possono individuare tutte le *équipes* già costituite e se ne trovano tutti i riferimenti utili (sede, persona di riferimento, mail, telefono e attività svolte). Non tutte le *équipes* sono presenti sulla mappa perché farne parte rimanda alla decisione dell'*équipe* stessa. Durante l'emergenza COVID si sono iscritte e sono state geo-localizzate oltre 300 *équipes* in più (esistenti ma non ancora registrate per essere incluse nella mappa) il che ha permesso di coordinare meglio le azioni di volontariato su tutto il territorio nazionale. Nella mappa sono geo-localizzate anche le *équipes* dei territori oltremare.

Nel 2018 è stato creato il centro di formazione *MONALISA* per offrire corsi di formazione rivolti a tutti i professionisti che desiderano approfondire l'approccio della mobilitazione e sviluppare le proprie capacità per attuare un progetto per combattere l'isolamento delle persone anziane. Sono destinati ai coordinatori territoriali e ai referenti delle *équipes citoyennes* ma sono aperti anche a singoli volontari designati dalle loro organizzazioni di riferimento. I corsi si articolano in brevi moduli, basati su una pedagogia interattiva e attenti alla diversità dei partecipanti e dei territori rappresentati. I corsi sono a pagamento e si fatturano o sulla base di quanti e chi partecipa oppure a forfait (con un costo di 800 euro per mezza giornata, 1500 giornata intera).

6 Temporalità

Nel 2014, lo studio della Fondation de France su 'Les Solitudes en France' ha calcolato la quota della popolazione in situazioni di isolamento relazionale attraverso un indicatore (denominato 'barometro') basato sulla fragilità di cinque cerchie sociali definendo come 'isolate' le persone le cui relazioni sono scarse o assenti all'interno di cinque reti: famiglia, lavoro, amicizie, affinità e territorio. L'isolamento sociale o relazionale viene misurato in termini di contatti, qualità, densità e frequenza. Può essere il risultato di una difficile integrazione o di un processo di disinserimento sociale. Con l'avanzare dell'età, l'isolamento arriva a seguito della rottura delle relazioni, soprattutto quando si hanno relazioni solo all'interno di una singola rete. La solitudine è definita dallo stato di isolamento sociale o relazionale non voluto in cui una persona si trova. Quando invece viene scelta, è considerata frutto di un desiderio. Quando la solitudine diventa necessaria, diventa sofferenza, perdita e rischio.

MONALISA è stata avviata il 27 gennaio 2014 da 40 organizzazioni (associazioni, comunità, fondi pensione, ecc.) che si sono impegnate a cooperare a livello dipartimentale per incoraggiare e sostenere il volontariato a favore delle persone anziane 'isolate'.

Tre anni dopo, nel 2017, la mobilitazione riuniva:

- 521 organizzazioni firmatarie della *Carta MONALISA*;
- 66 cooperazioni territoriali attive;
- 376 *équipes citoyennes*.

A giugno 2020 ne facevano parte:

- 527 organizzazioni firmatarie della *Carta MONALISA*;
- 66 cooperazioni territoriali attive;
- 851 *équipes citoyennes* (un numero cresciuto rapidamente nell'arco di poche settimane da poco meno di 400, all'irrompere della crisi da Covid-19).

7 Origine, radici, principali tappe del progetto

▪ ***Le origini e le radici***

La mobilitazione nazionale contro l'isolamento degli anziani (*MONALISA*) è stata lanciata ufficialmente nel dicembre del 2012 da Michéle Delaunay (allora Ministre déléguée aux Personnes âgées et à l'Autonomie). In quell'occasione, Jean-François Serres, segretario generale dell'Association des Petits Frères des Pauvres (e ora direttore di *MONALISA*), è stato incaricato di elaborare proposte volte a combattere l'isolamento sociale degli anziani. Assieme a circa trenta associazioni e organizzazioni ha lavorato per capire come costruire un contenitore/dispositivo di politica pubblica per sviluppare e valorizzare il mondo del volontariato attorno a questo tema, con l'obiettivo di portare coerenza e sinergia tra le azioni svolte dagli attori della società civile, in particolare favorendo lo scambio di buone pratiche e la promozione della visibilità delle azioni svolte. In questo contesto è maturata l'idea di montare un'azione di sistema di carattere territoriale in grado di connettere ed ampliare la rete di soggetti che si occupavano di anziani. Serres, che ha lavorato per molti anni presso l'Association des Petits Frères des Pauvres, associazione di carattere caritatevole che opera a favore di anziani soli e vulnerabili, è stato ed è ancora il vero 'motore' di *MONALISA*.

Il lavoro del gruppo è stato presentato alla Ministra il 12 luglio 2013 ed è andato ad arricchire la pletora di studi, rapporti[1] e proposte che hanno fatto da sfondo alla legge allora in preparazione relativa all' 'adattamento della società all'invecchiamento' e al rafforzamento delle politiche di prevenzione per l'autonomia degli anziani. La mobilitazione è stata sostenuta da Laurence Rossignol (che ha succeduto Delaunay) e inscritta nella 'Legge per l'adattamento della società all'invecchiamento' (Loi de Adaptation de la Societé au Vieilleissement). Tale legge si basa su tre pilastri: prevenzione della perdita di autonomia, adattamento generale della società all'invecchiamento e sostegno alle persone 'in perdita di autonomia'[2]. Promulgata nel dicembre 2015, la legge (nota come 'Legge ASV') riflette l'ambizione di un adattamento globale della società all'invecchiamento, mobilitando tutte le politiche pubbliche relative ai trasporti, allo sviluppo urbano, alle abitazioni ecc. In essa si esprime le priorità del governo, quello di supportare le

persone presso il proprio domicilio. La legge destina 700 milioni di euro all'anno a questi obiettivi finanziando misure *cash* già esistenti (come l'APA, *l'allocation personalisée autonomie*, che serve per 'comprare' ore di assistenza domiciliare e più in generale a *compensare* la perdita di autonomia), nuove misure monetarie (come il sostegno economico all'adattamento degli alloggi e una misura economica di 500 euro/anno per assicurare una settimana di 'respite' alla rete famigliare delle persone assistite) e l'istituzione di un nuovo soggetto a livello locale in grado di convogliare tutte le risorse economiche esistenti sul territorio da destinare alla *prevenzione* della perdita di autonomia e di contrasto della solitudine degli anziani, la *Conférence des financeurs*. Tale *conférénce* è gestita a livello dipartimentale e ha come obiettivo quello di evitare la dispersione dei finanziamenti dedicati e di finanziare iniziative tali come l'animazione in età anziana (laboratori, cori, ecc., giardini condivisi), il contrasto delle cadute a domicilio, la fornitura di aiuti e *device* per l'adattamento del domicilio in età anziana e, più in generale, di ciò che può facilitare la possibilità di restare a casa propria da parte degli anziani.

MONALISA è stata inserita solamente negli allegati della legge e per questo non ha una base o ancoraggio giuridico nella politica pubblica, nonostante il gruppo di lavoro che le ha dato vita agisse sotto mandato governativo. Ha dunque uno statuto labile: il solo 'aggancio' giuridico è dato dal fatto che la legge ha dato vita a un organismo che ha, tra i suoi compiti, quello di 'seguire lo sviluppo di *MONALISA'*, il HCPAA (Haut Conseil de la famille, de l'enfance et de l'âge). *MONALISA* è ancora una politica sperimentale e non gode di ciò che in Francia si chiama 'convention de délegation de politique publique' e quindi non opera per nome e per conto dei poteri pubblici.

La presentazione di lancio di *MONALISA* è stata realizzata con una comunicazione piuttosto chiara: «La lotta contro l'isolamento sociale richiede il rafforzamento dell'ecosistema relazionale che attiva il tessuto sociale prossimo per facilitare incontri, interazioni e partecipazione delle persone. L'impegno volontario dei cittadini, delle persone anziane stesse, dei residenti, dei vicini è essenziale. Di fronte all'isolamento sociale, un'alleanza tra la solidarietà pubblica e una società civile impegnata è stata essenziale nel 2014 con il lancio della mobilitazione nazionale contro l'isolamento degli anziani e l'emergere di squadre di cittadini sul territorio»[…]«In pratica, la ricostruzione dei legami sociali spezza la solitudine subita e allevia la sofferenza che genera, in particolare opponendosi alla sensazione ingiusta di inutilità e autostima che l'isolamento può creare. Queste relazioni rinnovate e reciproche restituiscono significato alla vita di tutti i giorni e ritardano così la graduale perdita di autonomia. Sono anche protettive perché l'aiuto di una persona cara evita molto spesso tali rotture che sono nefaste e che accadono nel corso della vita degli anziani» (MONALISA, senza data).

Tra il 2015 e il 2016 (16 mesi, fino al 30 giugno 2016) è stata fatto realizzato un progetto sperimentale di servizio civile in tre territori, Bourgogne, Bretagne e PACA (Provence, Alpes, Côte d'Azur) che ha visto l'ingaggio di 119 giovani nelle organizzazioni di *MONALISA* e la realizzazione di 75 incontri tra i giovani del territorio. La sperimentazione avrebbe dovuto portare a sistema il servizio civile nella rete a livello nazionale ma il progetto è stato chiuso senza che il governo ne prendesse le redini in questa direzione per l'up-scaling. Il gruppo di soggetti che ha lavorato alla sperimentazione era composta da due associazioni facenti parte della rete *MONALISA* – Ufcv e Unis-Cité –, due casse pensioni complementari – Malakoff-Médéric e AG2R la Mondiale – e l'Agence du Service Civique. Il progetto è stato finanziato grazie a fondi messi a disposizione da i Fonds d'expérimentation pour la jeunesse.

La fase prossima ventura: l'inserimento di MONALISA nell'alveo di politiche pubbliche 'robuste'

Diversi rapporti preparatori alla legge in corso di preparazione (al giugno 2020) chiamata 'Grand Âge Autonomie'[4] hanno messo in evidenza come sia cruciale sostenere il dispiegamento della mobilitazione *MONALISA* nel tempo. Lo sviluppo di *MONALISA* dovrebbe, nella speranza dei suoi fondatori, passare dalla formula della sperimentazione a un suo inserimento nell'alveo delle politiche pubbliche entro il 2021 perché per ora è, nelle parole di J.F. Serres (intervista), 'in mezzo al guado'. Se non verrà valorizzata dalle e nelle politiche pubbliche, 'rischia di restare una bella esperienza'. Gli interlocutori di questo (più che auspicato) passaggio sono i Ministeri della Salute e della Solidarietà, il Ministero dell'Educazione e il Ministero della Coesione Territoriale che si occupa delle relazioni tra i diversi territori e in particolare dei territori marginali e delle 'grandes ruralités', vale a dire dei territori dispersi. Il pilotaggio di questo passaggio è in carico al Segretario di Stato presso il Ministero dell'Educazione Nazionale e della Gioventù, Gabriel Attal, responsabile

della 'vie associative e de l'engagement'. L'iscrizione nelle politiche pubbliche dovrebbe avvenire nell'ambito della strategia nazionale di prevenzione della perdita di autonomie delle persone anziane della CNSA che dovrebbe finanziare l'animazione della rete *MONALISA* a livello centrale. La rete manterrà però la sua dinamica associativa facente capo alla società civile. Serres afferma che resta da capire come la dimensione di movimento e di mobilitazione continuerà a vivere nell'ambito di una politica pubblica. Secondo lui potrebbe esserci il rischio che questa dinamica di partecipazione non sia mantenuta e che si inneschi un processo di smobilitazione degli attori che attualmente sono nella rete, pur auspicando un irrobustimento di *MONALISA* nelle politiche pubbliche.

Le sfide attuali sono molteplici. A livello di funzionamento della rete si pone la necessità di:

- allargarla ulteriormente al di fuori delle città capitali di dipartimento;
- meglio coordinare l'incontro tra anziani e volontari nei contesti rurali, dove le persone sono disperse, consapevoli che tale coordinamento presenta delle problematiche specifiche di mobilità, di lontananza delle persone le une delle altre, di sostegno alle piccole organizzazioni di volontariato e di capacità di sviluppo di risorse di 'mediazione e fiducia'.

Il 16 gennaio 2020, nell'illustrare la 'Stratégie de Prévention de la Perte d'Autonomie', Agnès Buzyn ha affermato che la lotta contro la perdita di autonomia non sarà efficace se non si lotterà contro l'isolamento. Tale strategia prevede delle azioni di supporto economico finanziario e di sostegno alla ingegnerizzazione di progetto per quello che riguarda le iniziative locali di contrasto all'isolamento sociale degli anziani. Qui si potrebbe inquadrare le attività di *MONSALISA*.

8 Agency e relazioni con il sistema

▪ ***Principali attori ed eventuale leadership***

La rete *MONALISA* è piatta nel senso che non esistono sono relazioni gerarchiche tra i diversi nodi cha la compongono. Dalle interviste effettuate e per quanto si riesce a capire dall'analisi di materiali molto frammentati, si può affermare che il motore di questa rete è Jean François Serres, suo 'delegué general'. L'esperienza acquisita in anni di lavoro presso i Petits Frères des Pauvres (associazione storica, fondata nel 1946 per contrastare l'isolamento e la solitudine delle persone anziane) è stata fondamentale nell'avviare la rete *MONALISA*, centrata sul volontariato. La vicepresidenza della rete è affidata a una dirigente della Croce Rossa, anch'essa molto importante nella rete dato che esprime molte delle realtà impegnate sul campo attraverso le *équipes citoyennes*. A livello istituzionale, la leadership è espressa dalla CNSA (Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie) che finanzia *MONALISA* e che ne condivide la *mission*.

▪ ***Relazioni con il sistema***

MONALISA si interfaccia con una pluralità di organizzazioni pubbliche, sia a livello dipartimentale che a livello locale. Molto spesso sono gli attori pubblici ad avviare e chiamare 'a raccolta' una cooperazione territoriale, mettendo a disposizione risorse per attività di coordinamento di diverse realtà locali. Come illustrato sopra, si tratta di una mobilitazione che, per sua natura, ha come obiettivo quello di aggregare istanze che riguardino le persone anziane isolate, trovando dunque interlocuzione con soggetti molto diversi tra loro.

▪ ***Cosa è rimasto del progetto***

MONALISA è in essere e cresce di anno in anno in termini complessivi. Talvolta porzioni di rete restano dormienti. L'obiettivo prossimo futuro è di inserire la rete nelle politiche pubbliche.

9 Risorse mobilitate (finanziarie, umane, organizzative, politiche)

▪ ***Risorse finanziarie***

In questo quadro si riportano solamente le risorse impegnate che riguardano il coordinamento nazionale di *MONALISA* dato che le organizzazioni che operano sul territorio ricevono eventualmente risorse dalla 'Conférence des financeurs' illustrata in precedenza.

▪ ***Risorse umane, organizzative e politiche***

Per i primi tre anni (dal 2014 al 2016) la mobilitazione ha goduto di un finanziamento pari a 800.000 euro annui provenienti da tre diverse organizzazioni, la CNSA (Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie), cassa creata a seguito della canicola del 2003 per finanziare prestazioni di sostegno alla perdita di autonomia degli anziani (finanziata a sua volta attraverso i proventi derivanti dalla trasformazione di un giorno festivo in giorno feriale l'anno in Francia), la Caisse de Dépôts et Consignation e dalla Fondazione la France s'Engage, creata sotto il governo di François Hollande per sostenere le migliori iniziative di coinvolgimento dei cittadini (*engagement citoyen*). Il finanziamento pubblico si è ridotto considerevolmente negli anni successivi. Nel 2017, 2018 e 2019 *MONALISA* ha ricevuto 450.000 euro annui dalla CNSA (che ha dunque il ruolo di finanziatore principale) e 200.000 annui dalla CNAV (Una delle casse pensione complementari).
Nei primi anni erano stipendiate a livello centrale sette persone. Attualmente a livello nazionale ne lavorano (remunerate) solamente cinque ma nelle reti di cooperazione territoriali sono impiegate risorse umane che beneficiano di finanziamenti della 'Conférence de financeurs' a scala territoriale, l'insieme di attori che impiegano risorse proprie per sostenere le attività della rete *MONALISA* (i dipartimenti, la CNSA, le Casse Pensioni).
Si veda il punto 7 in cui si illustra il contesto di *policy* in cui si colloca *MONALISA*.

10 Dimensioni innovative

▪ ***Soddisfazione di bisogni non coperti dal sistema di cura***

L'azione di *MONALISA* permette spesso di 'agganciare' persone sole o isolate affinché si avvalgano di servizi pubblici e privati esistenti. La rete è molto attiva nelle capitali dei singoli Département e, benché ci siano dei deficit di carattere territoriale, un'azione significativa è stata svolta in contesti rurali in cui vi sono anziani soli che abitano lontani gli uni dagli altri e che sono dispersi in zone anche ampie. Grazie al coinvolgimento del sindacato degli agricoltori, pensionati uno dei firmatari della *Carta MONALISA*, sono per esempio riusciti nel *Lot*, un Dipartimento francese della Regione francese dell'Occitania, ad avvicinare uomini soli, molto diffidenti. Grazie a relazioni molto personali tra sindacalisti giovani e vecchi ed ex-agricoltori che hanno permesso di fare ciò che in *MONALISA* chiamano 'mediazione della fiducia', questi ultimi sono stati inseriti in una serie di azioni di contatto e di rottura dell'isolamento sociale, portate avanti da associazioni di volontariato locale. Serres afferma che «senza la mobilitazione del volontariato contro l'isolamento sociale, non si riesce a raggiungere gli obiettivi che sono più nella cultura associativa che nell'azione amministrativa dello Stato» (da intervista).

▪ ***Modifica delle relazioni sociali/istituzionali tra anziani e altri attori***

Uno degli obiettivi di *MONALISA* è quello di dare visibilità a iniziative già potenzialmente esistenti sul territorio che hanno però bisogno, per esempio, di un numero minimo di partecipanti/utenti. Il fatto di poter contare su di una rete di attori del volontariato e di persone anziane ad esse ancorate permette spesso di attivare risorse che, se gravitanti attorno a una sola organizzazione o a un solo territorio, non avrebbero trovato modo di essere attivate.

▪ ***Empowerment/aumento della capacità di esprimersi e incidere***

Buona parte delle iniziative messe in campo dalle *équipes citoyennes* sono realizzate 'da anziani per anziani'.

11 Principali risultati dell'iniziativa

- Sensibilizzazione della società verso la problematica della solitudine e dell'isolamento in età anziana, sua collocazione nella sfera pubblica e, in parte, nell'agenda delle politiche;
- montaggio, per la prima volta, di un coordinamento riconosciuto a livello nazionale e locale delle attività di volontariato esistente a favore delle persone anziane potenzialmente sole e/o isolate;
- aggregazione di attori pubblici e privati a livello territoriale e ottimizzazione delle risorse e dei servizi a favore delle persone anziane grazie ad una migliore divisione dei compiti tra gli attori stessi (con l'evitamento di duplicazioni e sovrapposizioni tra di loro) e dell'attività di *maillage* dei territori;

- avvio di nuove attività a livello di singola cooperazione;
- riconoscimento del valore del volontariato a livello locale grazie alla visibilità data alle singole *équipes citoyennes* e aggancio di un numero crescente di volontari.

12 Punti di forza e fattori di successo

▪ ***Punti di forza e fattori di successo***

- L'essere partiti dalla condivisione di un documento e di un mandato chiaro, condiviso e condivisibile, e cioè la *Carta MONALISA* che sottoscrivono tutti coloro che entrano a fare parte della rete;
- la creazione di due livelli di coordinamento, quello delle cooperazioni territoriali e quello delle *équipes citoyennes;*
- l'utilizzo di strumenti informatici semplici e comprensibili;
- la snellezza della rete, la sua flessibilità e capacità di comporsi a geometria variabile;
- l'alto numero di soggetti che aderiscono alla rete;
- l'essere stata pensata e lanciata da attori importanti e legittimati del terzo settore francese che godono di un alto capitale di reputazione.

13 Punti di debolezza e fattori di rischio

Sul fronte dell'inserimento nelle politiche più ampie di *welfare*:

- l'assenza di incentivi per i territori a cooperare nell'alveo della rete e non al di fuori di essa: la filosofia di *MONALISA* è che le organizzazioni che operano sul territorio debbano cooperare, trovare sinergie d'azione, razionalizzando le risorse sia economiche che umane. Molte associazioni vivono però di sovvenzioni e di risorse derivante da partecipazione a bandi. Esistono dunque delle tensioni e difficoltà a cooperare allorquando associazioni si trovano ad essere potenzialmente rivali nell'ottenimento di risorse economiche;
- l'assenza di finanziamenti stabili e certi;
- la moltiplicazione di reti e *networks* riscontrabile in Francia toglie (forse) pregnanza a *MONALISA* in quanto tale;
- la non sufficiente valorizzazione della rete da parte dei poteri pubblici.

Sul fronte del funzionamento interno di *MONALISA*:

- talvolta scarsa capacità di dirottare risorse in territori che esprimono molti bisogni ma che hanno reti di attori locali deboli;
- la ristrettezza delle risorse economiche per remunerare il personale a livello centrale;
- la scarsa disponibilità di report e analisi dati sulla rete e più in generale la sua scarsa *accountability*;

il ruolo molto forte e tenace di una sola persona (J.F. Serres) nel 'tenere viva' e alimentare il coordinamento centrale della rete.

14 Potenziale in termini di policy: replicabilità e/o *up-scaling*

La mobilitazione si presta ad essere replicata in altri contesti nazionali e subnazionali. Può essere di ispirazione a qualunque campagna territoriale si voglia mettere in atto per valorizzare il lavoro di coloro che già si occupano di persone anziane sole o a rischio di isolamento, siano essi singoli individui non organizzati, siano organizzazioni di volontariato, altre agenzie private o anche soggetti pubblici. L'esperienza di *MONALISA* insegna però quanto è importante che vi sia anche un coordinamento forte e centralizzato di una rete siffatta, non necessariamente a livello nazionale, ma in grado di inserirsi a pieno titolo come parte di politiche pubbliche e/o da esse pienamente legittimate.

15 Fonti

▪ ***Riferimenti bibliografici e sul web***

Galdemar, V. e Gilles, L. (2013*) Etude qualitative des effets de l'intervention bénévole sur l'isolement et la perte d'autonomie des personnes âgées. A la demande du Collectif inter-associatif « Combattre la solitude des personnes âgées »* [online], Rapport CREDOC pour le Collectif Combattre la solitude des personnes âgées, ottobre 2013. Accessibile su: https://www.credoc.fr/publications/etude-qualitative-des-effets-de-lintervention-benevole-sur-lisolement-et-la-perte-dautonomie-des-personnes-agees-rapport-transversal-et-monographies (Consultato: giugno 2020).

MONALISA (senza data) 'Engagez-vous dans la Mobilisation nationale contre l'isolement des âgés' [website]. Accessibile su: www.monalisa-asso.fr. (Consultato: maggio 2020).

MONALISA – équipe citoyenne (senza data) 'MONALISA – équipe citoyenne' [website]. Accessibile su: https://www.equipecitoyenne.com/. (Consultato: giugno 2020).

MONALISA (2017) *Collecte de données relative à l'évaluation finale. ANNEXES – Synthèse des dynamiques territoriales dans les 8 territoires témoins* Accessibile su: www.monalisa-asso.fr. (Consultato: marzo 2020).

▪ ***Interviste a testimoni privilegiati***

Jean-François Serres, Francia, interviste via WhattsApp nei mesi di aprile e maggio 2020.

16 Data chiusura del caso studio

La ricostruzione del caso studio è terminata nel mese di giugno del 2020.

17 Contatti

Referente del progetto:

Jean-François Serres, Direttore di *MONALISA*

e-mail: jean-francois.serres@lecese.fr

Per chi volesse approfondire come funzionano le cooperazioni territoriali seguono indicazioni circa quelle particolarmente interessanti (su suggerimento di J.F. Serres):

François Cholez, Département des Vosges – COOP 88

e-mail:lien-social@fol-88.com

Philippe Boulet, Département du Gard – COOP 30

e-mail: philippeboulet@sfr.fr

Georges Bray, Département de la Charente – COOP 16

e-mail: georges.bray@centres-sociaux.fr

18 Ringraziamenti

Ringrazio Jean-François Serres per il tempo che ha dedicato nello spiegarmi i dettagli di funzionamento di *MONALISA* e per i momenti di discussione circa la fragilità e insieme la forza delle progettazioni sociali innovative.

19 Note

[1] Lanciato nel 2010, il barometro 'Les Solitudes en France' mira a valutare la situazione dei francesi in termini di isolamento relazionale. Gli indicatori che utilizza riguardano le relazioni sociali all'interno delle seguenti cinque reti: rete familiare, professionale, amichevole, di affinità e di vicinato.

[2] Come ad esempio il Rapporto l'*Étude qualitative des effets de l'intervention bénévole sur l'isolement et la perte d'autonomie des personnes âgées*, (Galdemar e Gilles, 2013).

[3] In questo contesto di policy non ci si riferisce ad uno stato ma ad un processo. Le persone possono allora essere all'interno di un processo di perdita di autonomia e non già non autosufficienti o non più autonome.

[4] Rapporto Dominique Libault, parere dell'Alto Consiglio per l 'età e Rapporto Dufeu Schubert.

APPENDICE

Il Repertorio: 85 pratiche innovative per l'ageing in place

di Antonella Sarlo, Giuliana Costa e Sabrina Quattrini

IN-AGE - INclusive AGEing in place
Laboratorio Politiche Sociali, Politecnico di Milano
Dipartimento Architettura e Territorio, Università Mediterranea di Reggio Calabria
Centro Ricerche Economico-Sociali per l'Invecchiamento, INRCA-IRCCS, Ancona

CLUSTER 1. PRATICHE INNOVATIVE CHE RIGUARDANO LA VITA *IN CASA* DELL'ANZIANO

Sub-cluster 1.1. Servizi innovativi a domicilio

1. A casa/Chez Soi
2. Anziani in Appennino. Fronteggiare la fragilità degli anziani nel distretto dell'Appennino Bolognese
3. Ausilio spesa Coop
4. Badante di condominio
5. Buurtzorg (programma di *reablement*)
6. CareWell (Multilevel integration for patients with complex needs)
7. Coabitazioni Solidali – Abitare Solidale Auser
8. Coinquilini Solidali
9. CoNSENSo – Community Nurse Supporting Elderly iN a changing Society
10. Famiglia al centro
11. Homeshare UK
12. Invecchiando si impara a vivere. Presente e Futuro nella filiera della cura
13. La cura è di casa
14. La vecchiaia che vorrei
15. Legge Regione Veneto n.3 del 2015 'Disciplina dell'affido a favore di anziani o di altre persone a rischio o in condizioni di disagio sociale'
16. Officina dell'aiuto
17. Pony della solidarietà
18. Portierato socio-assistenziale
19. Residenze aperte
20. Reti per la domiciliarità nel Cebano
21. RSA aperte
22. Servizi di prossimità – No alla Solit'Udine
23. Un quartiere…in Comune
24. Una ricetta per due
25. Veniamo a trovarvi

Sub-cluster 1.2. Nuove tecnologie e domotica nell'abitazione

1. Abitare Sicuri
2. Casa intelligente per una longevità attiva e indipendente dell'anziano
3. ECARE (Elderly home CAre Residential Engagement)
4. Health@Home
5. Il treno delle generazioni
6. MARIO (Managing Active and healthy aging with use of caRing servIce rObots)
7. Network Family – Contrasto alla solitudine e raggiungimento del benessere
8. PERSSILAA (PERsonalised ICT Supported Service for Independent Living and Active Ageing)
9. Pacchetto Domotico Trentino e Progetto Gabriele
10. Programma GK
11. Programma TeleRehabilitation
12. SCAMBIO
13. SmartyourHome
14. Sostegno alle persone anziane e vulnerabili mediante l'adozione di soluzioni innovative
15. WelComTech

Sub-cluster 1.3. Adattamento degli alloggi e accessibilità degli edifici

1. ADA – Adattamento Domestico per l'Autonomia personale
2. Condominio solidale 'A casa di Jessy'
3. iToilet: ICT – enhanced Toilet Supporting Active Life
4. Lifetime Homes
5. Rete dei CAAD dell'Emilia Romagna- Centri per l'Adattamento dell'Ambiente Domestico
6. Sinergy – La residenza multigenerazionale
7. Viviendas Dotacionales

CLUSTER 2. PRATICHE INNOVATIVE CHE RIGUARDANO LA VITA *FUORI CASA* DEGLI ANZIANI

Sub-cluster 2.1. Servizi innovativi per facilitare la socializzazione

1. Community Navigators
2. Laboratori di cura di Anteas
3. La finestra sul cortile
4. Longevità attiva in ambito rurale
5. Mais proximidade, melhor vida
6. Re-engage – ex Contact the Elderly, ex Rebrand
7. The Chatty Cafe Scheme

Sub-cluster 2.2. Servizi innovativi per la mobilità e progetti urbani age-friendly

1. Age-friendly Leeds. Strategy and Action Plan 2019-22
2. Anziani in rete
3. Ardee Age-friendly Town
4. Centro 'Anziani e bambini insieme'
5. CITabilitY – Una città per tutte le abilità dove poter essere diversamente uguali
6. DIVAA – DIjon Ville-Amie des Aînés
7. Euskadi Lagunkoia
8. Giuseppina
9. Mobil-Age
10. Parques para Mayores – Paruqes bio-saludables
11. Red de Huertos urbanos
12. Spazi Pubblici a Misura di Anziano – SPMA
13. STACCO – Servizio Trasporto e ACCOmpagnamento
14. Taxi sociale: corriere familiare per anziani e minori con limitata autonomia
15. UrbAging – Designing urban space for an aging society
16. Vacanze serene

CLUSTER 3. POLITICHE E AZIONI INNOVATIVE DI SISTEMA: REGIA, INFORMAZIONE, FORMAZIONE

1. Ageing Well in Wales
2. Aging @ Coimbra
3. Anziano fragile: verso un welfare comunitario
4. Attenti alle truffe
5. Filo d'Argento
6. Housing options for our ageing population
7. Integrated Personal Commissioning (IPC)
8. Promozione dell'invecchiamento attivo – Legge Regione Marche n. 120 del 2019
9. MONALISA (MObilisation NAtionale contre l'ISolement social des Agés)
10. Over to Over
11. Porto4Ageing

12. Programma triennale 2016-18 'Interventi di attuazione della legge regionale 22/2014 – Promozione dell'invecchiamento attivo'
13. Strategy for Tackling Loneliness
14. Viva gli Anziani
15. WeMi

IN-AGE - INclusive AGEing in place
Laboratorio Politiche Sociali, Politecnico di Milano
Dipartimento Architettura e Territorio, Università Mediterranea di Reggio Calabria
Centro Ricerche Economico-Sociali per l'Invecchiamento, INRCA-IRCCS, Ancona

CLUSTER 1. PRATICHE INNOVATIVE CHE RIGUARDANO LA VITA *IN CASA* DELL'ANZIANO

Sub-cluster 1.1. Servizi innovativi a domicilio

① A casa/Chez Soi

Breve descrizione
Il Progetto *A casa/Chez Soi*, sperimentato nel territorio italo-francese circostante il Monviso, mira a promuovere la sicurezza degli anziani e a proporre assistenza a domicilio nelle zone alpine più isolate della regione. Questo progetto, che fa parte del programma operativo di cooperazione transfrontaliera, ha altresì reso possibile la condivisione di soluzioni e buone pratiche tra la Francia e l'Italia per ovviare ai punti deboli della rete dei servizi pubblici in queste zone periferiche. Il progetto ha permesso di individuare persone che potessero prestare assistenza domiciliare secondo principi di buon vicinato riunendo in una rete stabile anche personale sanitario e operatori sociali per permettere alle persone anziane isolate di rimanere nel proprio domicilio.
Il progetto ha creato occupazione, sono state formate 30 persone come collaboratori per il lavoro a domicilio che interagiscono con il sistema formale di cura.

- **Luogo**
  ITALIA, Val Varaita e l'Alta Valle del Po; FRANCIA, Pays du Grand Briançonnais.
- **Temporalità**
  2007-13.
- **Tipo di azione**
  Progetto finanziato dal FESR a titolo del Programma Operativo Italia-Francia. (Alpi - ALCOTRA).
- **Cluster/Sub-Cluster**
  1. Pratiche innovative che riguardano la vita *in casa* dell'anziano.
  1.1. Servizi innovativi a domicilio.
- **Riferimenti** (siti web, bibliografia)
  https://ec.europa.eu/regional_policy/it/projects/france/chez-soi-aide-a-domicile-pour-des-personnes-isolees-vivant-dans-les-montagnes-franco-italiennes.

② Anziani in Appennino

Fronteggiare la fragilità degli anziani nel Distretto dell'Appennino Bolognese

Breve descrizione
Il Progetto *Anziani in Appennino* è promosso dal Servizio Socio-Sanitario Regionale con la partecipazione di Fondazione Santa Clelia, della Caritas e di numerose associazioni, cooperative sociali, parrocchie (nodi sentinella della rete). Ha l'obiettivo di intercettare pro-attivamente gli anziani fragili e attivare interventi di prevenzione. Gli anziani sono identificati da tecnici dei servizi sanitari e sociali operanti nel Distretto e gli affidatari del servizio fanno una valutazione dei bisogni dinamici di fragilità tramite la Carta di Rischio. Tale processo viene attuato tramite diversi strumenti e metodologie di lavoro: indagini telefoniche, indagini sul campo, raccolta di informazioni da parte dei nodi sentinella della rete. Queste informazioni concorrono a completare il data base sulla fragilità e permettono di programmare più adeguatamente interventi e servizi da proporre alle persone individuate come target privilegiato. Il progetto individualizzato dovrebbe essere sviluppato e attuato dall'operatore di famiglia e di comunità, figura in grado di gestire attività relative alla progettazione e attuazione.

- **Luogo**
  Emilia-Romagna, Provincia di Bologna, Unione comuni Appennino Bolognese.
- **Temporalità**
  2017-20.
- **Tipo di azione**
  Politica pubblica (SSR Emilia-Romagna e Unione dei Comuni dell'Appennino Bolognese) in *partnership* con soggetti del terzo settore.
- **Cluster/Sub-Cluster**
  1. Pratiche innovative che riguardano la vita *in casa* dell'anziano.
  1.1. Servizi 388nnovative a domicilio.
- **Riferimenti** (siti web, bibliografia)
  https://ambo.ausl.bologna.it/territorio/appennino-bolognese/le-voci-dellappennino/archivio-notizie/archivio-notizie-2019/anziani-in-appennino-fronteggiare-la-fragilita-degli-anziani-nel-distretto-dell2019appennino-bolognese.

③ Ausilio Spesa Coop

Breve descrizione
Il Progetto *Ausilio* per la spesa la Coop offre un servizio di spesa a domicilio per anziani o persone con difficoltà motorie, che hanno difficoltà a recarsi al supermercato. I soggetti fragili vengono solitamente segnalati alla Coop dal comune e i requisiti per poter usufruire del servizio sono un'età superiore ai 75 anni e la soglia di reddito. L'iniziativa, nata a Bologna nel 1992, oggi coinvolge oltre 900 soci volontari in Coop Alleanza 3.0, organizzati in 35 gruppi: il loro impegno permette di consegnare la spesa senza costi aggiuntivi ad oltre 1.200 persone. Ausilio per la spesa è realizzato grazie alle collaborazioni con le associazioni di volontariato e gli enti locali, e si colloca quindi all'interno di un più ampio sistema di *welfare*, rafforzando così le reti di solidarietà. Con la pandemia questo servizio ha ovviamente trovato un momento di riorganizzazione e di ulteriore rafforzamento.

- **Luogo**
  ITALIA, Bologna, successivamente Emilia-Romagna Veneto, Marche e Abruzzo.
- **Temporalità**
  Dal 1992 a oggi.
- **Tipo di azione**
  Iniziativa autofinanziata da Coop.
- **Cluster/Sub-Cluster**
  1. Pratiche innovative che riguardano la vita *in casa* dell'anziano.
  1.1. Servizi innovativi a domicilio.
- **Riferimenti** (siti web, bibliografia)
  https://www.coopalleanza3-0.it/.

④ Badante in condominio

Breve descrizione
La *Badante di condominio* è un servizio avviato dal Comune di Milano in collaborazione con gli enti accreditati del nuovo sistema della domiciliarità, finalizzato a sperimentare un modello di assistenza condivisa nell'ambito del condominio.
L'iniziativa è rivolta a soggetti che non necessitano di assistenza continuativa. La prima sperimentazione è stata avviata a luglio 2015 in sei alloggi protetti gestiti dall'Amministrazione comunale e successivamente è stata ampliata ad altre aree della città, coinvolgendo 30 condomini per un totale di circa 250 persone assistite. Ulteriori sviluppi sono previsti grazie alla collaborazione l'Associazione Nazionale Amministratori Condominiali e Immobiliari e con il Centro Nazionale di Prevenzione e Difesa Sociale.

- **Luogo**
  ITALIA, Milano.
- **Temporalità**
  2015-20.
- **Tipo di azione**
  Politica pubblica finanziata da Comune di Milano.
- **Cluster/Sub-Cluster**
  1. Pratiche innovative che riguardano la vita *in casa* dell'anziano.
  1.1. Servizi innovativi a domicilio.
- **Riferimenti** (siti web, bibliografia)
  http://wemi.milano.it/2016/badante-di-condominio/.

⑤ Buurtzorg*

Programma di *reablement*

Breve descrizione
Organizzazione fortemente innovativa che ha fatto suo un approccio di *reablement*, che supporta e incoraggia le persone a ottenere o ripristinare l'autonomia nel proprio spazio di vita, aiutandole a vivere bene nella propria comunità, con un obiettivo a lungo termine di ridurre il bisogno di cure di supporto. Fondata nel 2006 da un infermiere di comunità, attualmente ne ingaggia oltre 15.000. Il modello di lavoro si ispira ad una cipolla: *Buurtzorg* parte dal punto di vista del cliente e lavora verso l'esterno (fino a raggiungere i servizi formali) per assemblare soluzioni che portano indipendenza e migliore qualità della vita. Gli operatori vanno a casa delle persone anziana, ne comprendono il contesto di vita, le reti informali e quelle formali ed elaborano un intervento con la partecipazione del paziente. Le figure *clou* sono gli infermieri che lavorano in team autogestiti di 12 persone occupandosi delle persone che necessitano di supporto. In Olanda ve ne sono circa 1300 (2020) al lavoro. Il modello è evoluto in *Buurtzorg+* che prevede la presenza di fisioterapisti nei team.

- **Luogo**
  EUROPA, Olanda, presente ormai in 24 Paesi.
- **Temporalità**
  Dal 2006 a oggi.
- **Tipo di azione**
  Iniziativa volontaristica inserita nell'alveo delle politiche pubbliche.
- **Cluster/Sub-Cluster**
  1. Pratiche innovative che riguardano la vita *in casa* dell'anziano.
  1.1. Servizi innovativi a domicilio.
  2. Pratiche innovative che riguardano la vita fuori casa degli anziani.
  2.1. Servizi innovativi per facilitare la socializzazione.
- **Riferimenti** (siti web, bibliografia)
  https://www.buurtzorg.com;
  http://www.reablement.it/sites/default/files/pdf/Copenhagen-Summit-Final-Report.pdf

⑥ CareWell

Multilevel integration for patients with complex need

Breve descrizione

CareWell è un'iniziativa rivolta a persone anziane con esigenze sanitarie complesse e ad alto rischio di ricovero ospedaliero. Il progetto ha sperimentato la fornitura di assistenza sanitaria a questi pazienti anziani fragili attraverso programmi integrati, grazie al coordinamento degli operatori sanitari con l'uso di tecnologie ICT. Ciò è stato ottenuto attraverso il coordinamento, il monitoraggio, l'autogestione dei pazienti e il coinvolgimento dei prestatori di assistenza informale. Due i servizi di *CareWell* supportati dalle ICT: il coordinamento integrato delle cure e l'*empowerment* dei pazienti e il supporto domiciliare L'uso delle piattaforme ICT ha evitato la duplicazione degli sforzi connessi ad esigenze diagnostiche, terapeutiche, di riabilitazione o di monitoraggio, supportando nel contempo, l'autogestione e l'incremento nella consapevolezza dei pazienti circa il loro stato di salute. Ha altresì supportato gli assistenti informali, permettendo loro di attivare risorse professionali, quando necessario.

- **Luogo**
  EUROPA, Italia, Regno Unito, Polonia, Croazia, Spagna.
- **Temporalità**
  2014-17.
- **Tipo di azione**
  Politica pubblica Programma EU.
- **Cluster/Sub-Cluster**
  1. Pratiche innovative che riguardano la vita *in casa* dell'anziano.
  1.1. Servizi innovativi a domicilio.
  2. Pratiche innovative che riguardano la vita *fuori casa* degli anziani.
- **Riferimenti** (siti web, bibliografia)
  http://www.carewell-project.eu/home.html.

⑦ Coabitazioni Solidali – Abitare Solidale Auser*

Breve descrizione

Il servizio prevede l'attivazione di forme strutturate di accompagnamento alla condivisione abitativa in alloggi privati tra soggetti con fragilità diverse, attraverso un counselling model che si sviluppa in cinque tappe – selezione, matching tra utenti, negoziazione delle condizioni dello sharing abitativo, gestione e monitoraggio delle relazioni. A queste fasi si affiancano processi personalizzati di autonomia – realizzati con il servizio sociale segnalante – tutti performati su requisiti di flessibilità, rispetto, tutela e attenzione all'individuo, alle variabili del singolo destinatario, alla mutevolezza dei bisogni e delle condizioni. Si adottano criteri 'sartoriali', costruiti e 'tessuti' sulle molteplici e differenziate istanze dei *target*. La gratuità della coabitazione e l'investimento sul patrimonio relazionale presentano molteplici ricadute: da una consistente riduzione delle risorse pubbliche e del ricorso improprio al servizio sociale e/o al medico di base, a una tangibile azione preventiva di contrasto della decadenza psicofisica e della perdita di autosufficienza da parte dell'anziano.

- **Luogo**
  ITALIA, Toscana, Firenze e gran parte del territorio toscano, altre città italiane.
- **Temporalità**
  Dal 2010 a oggi.
- **Tipo di azione**
  Iniziativa volontaristica (Abitare solidale Auser inaugurata a Firenze) con partnership pubbliche a livello locale.
- **Cluster/Sub-Cluster**
  1. Pratiche innovative che riguardano la vita *in casa* dell'anziano.
  1.1. Servizi innovativi a domicilio.
- **Riferimenti** (siti web, bibliografia)
  http://www.abitaresolidaleauser.it.

⑧ Coinquilini Solidali

Breve descrizione

Coinquilini Solidali è un Progetto di *Refugees Welcome Italia* che promuove, a Torino e in altre zone in Piemonte, coabitazioni ispirate al principio di solidarietà e collaborazione reciproca tra persone che vivono un momento di difficoltà o desiderano creare nuovi legami. Nella pratica si tratta di una piattaforma online che mette in contatto chi è disponibile a condividere la propria casa a un prezzo accessibile (ad esempio dividendo solo le bollette o a titolo gratuito con forme di mutuo aiuto), con quanti hanno difficoltà ad accedere al mercato immobiliare, a causa di problemi economici, familiari o di altro tipo. *Refugees Welcome Italia* individua il miglior abbinamento possibile tra chi offre e cerca casa, sulla base dei bisogni e delle caratteristiche di entrambi e accompagna la coabitazione nel tempo. L'iniziativa è sostenuta dalla Fondazione San Paolo di Torino.

- **Luogo**
  ITALIA, Torino e altre zone del Piemonte.
- **Temporalità**
  Dal 2019 a oggi.
- **Tipo di azione**
  Iniziativa volontaristica finanziata dalla Fondazione San Paolo.
- **Cluster/Sub-Cluster**
  1. Pratiche innovative che riguardano la vita *in casa* dell'anziano.
  1.1. Servizi innovativi a domicilio.
- **Riferimenti** (siti web, bibliografia)
  https://refugees-welcome.it.

⑨ CoNSENSo

Community Nurse Supporting Elderly iN a changing Society

Breve descrizione

Il progetto, coordinato dalla Regione Piemonte, coinvolge 10 *partners* e sette osservatori in rappresentanza della sfera governativa, socio-sanitaria e professionale dello Spazio Alpino. Il progetto si è basato su un modello di presa in carico della popolazione anziana, centrato sulla figura professionale dell'infermiere di famiglia e comunità (IFeC). Tale modello si è posto l'obiettivo di aiutare gli anziani a vivere autonomamente presso il proprio domicilio il più a lungo possibile, promuovendo la riduzione del numero di ricoveri e l'istituzionalizzazione. Nelle aree di sperimentazione tutti gli anziani residenti (≥ 65 anni), indipendentemente dalla condizione di salute, sono stati presi in carico dagli IFeC con la finalità di: a) offrire supporto nelle comuni attività di vita quotidiana; b) prevenire cronicizzazione e complicanze di patologie; c) promuovere l'inclusione nella comunità; d) prevenire gli incidenti domestici. Il progetto si è concluso finanziariamente a dicembre 2018, ma continua con risorse locali in Piemonte e Liguria.

- **Luogo**
  EUROPA, ITALIA, AUSTRIA, FRANCIA, SLOVENIA, Piemonte, Liguria, Carinzia, Provenza.
- **Temporalità**
  2014-20.
- **Tipo di azione**
  Progetto finanziato da ente pubblico (UE) e cofinanziato da FESR nell'ambito di Interreg Alpine Space 2014-20.
- **Cluster/Sub-Cluster**
  1. Pratiche innovative che riguardano la vita *in casa* dell'anziano.
  1.1. Servizi innovativi a domicilio.
  1.2. Nuove tecnologie e domotica nell'abitazione.
- **Riferimenti** (siti web, bibliografia)
  https://www.accmed.org/progetto-consenso; https://www.alpine-space.eu/projects/consenso/en/partners.

⑩ Famiglia al centro

Breve descrizione

Il progetto, finanziato dalla Fondazione CariVerona, è promosso da Casa Grimani Buttari in partnership con l'Ats (Ambito territoriale sociale) n. 13, la Croce Rossa italiana – Comitato Osimo, l'Auser volontariato Osimo, il CSV Marche (Centro servizi per il volontariato delle Marche), l'Università Politecnica delle Marche (Dipartimento di Ingegneria dell'Informazione), la Fondazione Masera e Anteas Servizi Marche. L'obiettivo del progetto è di mantenere il più a lungo possibile l'autonomia dell'anziano che vive in casa e aiutare i familiari che quotidianamente se ne prendono cura. Questa iniziativa si rivolge soprattutto agli anziani in condizioni di fragilità, ancora autosufficienti o con temporanee esigenze di supporto e/o riabilitazione. Tre le linee di intervento: a) servizi domiciliari e ambulatoriali; b) trasporto sociale e sanitario, c) attività di formazione per i familiari e affido familiare per anziani.

- **Luogo**
  ITALIA, Marche, Provincia di Ancona, comuni dell'Ats 13 (Camerano, Castelfidardo, Loreto, Numana, Offagna, Osimo e Sirolo).
- **Temporalità**
  2018-20.
- **Tipo di azione**
  Iniziativa volontaristica finanziata dalla Fondazione CariVerona.
- **Cluster/Sub-Cluster**
  1. Pratiche innovative che riguardano la vita *in casa* dell'anziano.
  1.1. Servizi innovativi a domicilio.
- **Riferimenti** (siti web, bibliografia)
  https://www.progettofamiglia.info.

⑪ Homeshare UK

Breve descrizione

Homeshare UK è un'associazione che raggruppa oltre 23 schemi di coabitazione tra anziani e giovani, basati sull'aiuto reciproco. Gli anziani mettono a disposizione una stanza nella propria casa a costi molto contenuti o gratuitamente e ricevono in cambio un supporto dal/dalla giovane per compiti domestici e di cura molto leggera. Tra gli esiti del progetto, secondo *Homeshare UK* (2018) si possono annoverare: a) la riduzione della solitudine e dei suoi impatti; b) la riduzione di incidenti domestici e di conseguente ospedalizzazione; c) la riduzione di istituzionalizzazione; d) l'aumento della stimolazione mentale per chi soffre di demenza, grazie alle interazioni con homesharers. Questi programmi hanno un approccio preventivo e contribuiscono a evitare l'isolamento degli anziani e a preservare la loro autonomia. Homeshare UK è una rete di associazioni che fa parte di un'organizzazione più ampia, la *Shared Lives Plu*.

- **Luogo**
  United Kingdom.
- **Temporalità**
  Dal 2008 a oggi.
- **Tipo di azione**
  Iniziativa volontaristica in *partnership* con agenzie pubbliche.
- **Cluster/Sub-Cluster**
  1. Pratiche innovative che riguardano la vita *in casa* dell'anziano.
  1.1. Servizi innovativi a domicilio.
- **Riferimenti** (siti web, bibliografia)
  homeshareuk.org.

⑫ Invecchiando si impara (a vivere)*

Presente e Futuro nella filiera della cura

Breve descrizione

Il Progetto *Invecchiando si impara (a vivere)* riguarda il territorio di competenza degli Ambiti territoriali di Seriate e di Grumello del Monte. È finalizzato a mettere a punto un sistema di servizi e di attività che aiuti le persone a mantenere la propria autonomia e autosufficienza, per continuare a vivere nella propria abitazione, attraverso tre insiemi di azioni: 1) *fundraising* e people *fundraising*; 2) sviluppo di un *welfare* di comunità (attivando anche nuovi servizi di supporto alla domiciliarità: Alzheimer caffè, servizio sanitario leggero, punti reti di prossimità-La Bottega della Domiciliarietà, appartamenti protetti); 3) attività di promozione della prevenzione e della consapevolezza rispetto all'età anziana. Uno degli aspetti più interessanti del progetto è, con l'azione 1, l'individuazione e formazione di antenne/sentinella nel territorio (farmacisti, vicini di casa, commercianti) in grado di intercettare bisogni non palesi degli anziani soli. Il progetto infatti sviluppa l'assistenza domiciliare in forma diffusa cioè con operatori che non hanno in assegnazione dei singoli utenti ma delle aree territoriali.

- **Luogo**
  ITALIA, Lombardia, Bergamo, Ambiti di Seriate e Grumello del Monte.
- **Temporalità**
  2017-19.
- **Tipo di azione**
  Progetto finanziato da Fondazione Cariplo.
- **Cluster/Sub-Cluster**
  1. Pratiche innovative che riguardano la vita *in casa* dell'anziano.
  1.1. Servizi innovativi a domicilio.
  2. Pratiche innovative che riguardano la vita *fuori casa* degli anziani.
  2.1. Servizi innovativi per facilitare la socializzazione.
- **Riferimenti** (siti web, bibliografia)
  www.invecchiandosimpara.it.

⑬ La cura è di casa*

Breve descrizione

Il Progetto *La cura è di casa*, avviato nel maggio 2016, si rivolge agli anziani ultra 65enni ancora autonomi ma in condizione di fragilità. Obiettivo del progetto è sostenere gli anziani in situazioni di fragilità per contrastare la solitudine e l'isolamento attraverso lo sviluppo di una rete di supporto che renda più semplice e immediato l'accesso ai servizi. Gli interventi, attivati direttamente a casa degli anziani, sono di diversa natura: a) aiuto nelle attività quotidiane e domestiche; b) socializzazione e compagnia; c) cura della persona; d) servizi infermieristici e servizi fisioterapici; e) supporto psicologico. Il progetto è sostenuto e realizzato da 23 *partners* tra cui Enti pubblici (Servizi Sociali e Azienda Sanitaria), RSA pubbliche e private, fondazioni, associazioni impegnate sul tema dell'anzianità e un centro universitario di ricerca sociale.

- **Luogo**
  ITALIA Piemonte, Alto Novarese e Verbanio Cusio Ossola.
- **Temporalità**
  Dal 2016 a oggi.
- **Tipo di azione**
  Progetto finanziato da Fondazione CARIPLO.
- **Cluster/Sub-Cluster**
  1. Pratiche innovative che riguardano la vita *in casa* dell'anziano.
  1.1. Servizi innovativi a domicilio.
- **Riferimenti** (siti web, bibliografia)
  https://www.lacuraedicasa.org/servizi/notizie/notizie_homepage.aspx?ntabc=segnalazioni_tipo&mtmc=true.

⑭ La vecchiaia che vorrei*

Breve descrizione

Il Progetto *La vecchiaia che vorrei* è stato sviluppato nell'ambito del Programma *Welfare km zero* di Fondazione Caritro. Nell'intento di promuovere percorsi di innovazione sociale, la Fondazione intende incentivare e rafforzare la cultura e la pratica del *welfare* comunitario e generativo espresso dal territorio trentino. L'obiettivo del progetto è intercettare anziani 'invisibili', cioè soggetti che sebbene godano ancora di una buona autonomia psicofisica e di una sufficiente sicurezza economica, sono a rischio isolamento per via dell'allentamento dei legami sociali attraverso l'allestimento di luoghi incubatori di comunità (ambulatori, spazi tra le abitazioni nei condomini e nel quartiere) e servizi di prossimità (ginnastica dolce, auto-mutuo-aiuto, ginnastica cognitiva, rafforzamento delle relazioni). Il progetto è implementato in due quartieri di Trento.

- **Luogo**
  ITALIA, Trentino Alto Adige, Comune di Trento.
- **Temporalità**
  2017-21.
- **Tipo di azione**
  Fondazione Caritro – Cassa di Risparmio di Trento e Rovereto.
- **Cluster/Sub-Cluster**
  1. Pratiche innovative che riguardano la vita *in casa* dell'anziano.
  1.1. Servizi innovativi a domicilio.
  2. Pratiche innovative che riguardano la vita *fuori casa* degli anziani.
  2.1. Servizi innovativi per facilitare la socializzazione.
- **Riferimenti** (siti web, bibliografia)
  http://www.uisp.it/trento/pagina/la-vecchiaia-che-vorrei.

⑮ Legge Regione Veneto n. 3 del 2015 'Disciplina dell'affido a favore di anziani o di altre persone a rischio o in condizioni di disagio sociale'

Breve descrizione
La prima regione ad adottare una normativa regionale sull'affido per gli anziani o adulti autosufficienti a rischio o in condizione di disagio sociale è stato il Veneto: il motto è 'anziani a casa propria'. La legge veneta ha esteso la formula dell'affido alle persone adulte ed agli anziani che vogliono conservare la loro indipendenza e autonomia, nonostante le fragilità dovute all'età. I soggetti del terzo settore, attivi in Veneto da almeno due anni, possono presentare alla Regione progetti di affido, secondo la triplice tipologia prevista dalla normativa regionale: i) piccolo affido (un aiuto per le incombenze della vita quotidiana); ii) affido di supporto (limitato alla cura della persona); iii) affido in convivenza (presso la casa dell'affidatario o nella dimora del beneficiario). I progetti di affido devono prevedere il partenariato di associazioni di volontariato, con finalità ludiche, sportive, culturali e sociali, al fine di assicurare lo sviluppo di attività di inclusione sociale.

- **Luogo**
  ITALIA, Veneto.
- **Temporalità**
  2015-20.
- **Tipo di azione**
  Politica pubblica.
- **Cluster/Sub-Cluster**
  1. Pratiche innovative che riguardano la vita *in casa* dell'anziano.
  1.1. Servizi innovativi a domicilio.
  3. Politiche e azioni innovative di sistema: regia, informazione, formazione.
- **Riferimenti** (siti web, bibliografia)
  https://bur.regione.veneto.it/BurvServices/Pubblica/DettaglioDgr.aspx?id=403254.

⑯ Officina dell'aiuto

Breve descrizione
L'Auser di Crema con il contributo della Fondazione Intesa San Paolo e in collaborazione con il Comune di Crema, ha avviato dal 2013 il Progetto *Officina dell'aiuto* che è rivolto ad anziani fragili che necessitano di ausili medicali e strumenti ortopedici. Il progetto prevede: a) la raccolta gratuita degli ausili medicali e strumenti ortopedici, in discreto stato di manutenzione, all'interno della comunità; b) il recupero degli stessi attraverso attività di rimessa in pristino da parte di volontari Auser impegnati nel progetto; c) l'assegnazione degli ausili recuperati e rimessi in pristino ad anziani che ne hanno necessità. Nel progetto (dati al 2016): sono impegnati 10 volontari, di cui sei riparatori e quattro impegnati a rispondere al Filo d'Argento; hanno usufruito di ausili medici o ortopedici 500 persone anziane o disabili con fragilità economica.

- **Luogo**
  ITALIA, Lombardia, Crema.
- **Temporalità**
  Dal 2013 a oggi
- **Tipo di azione.**
  Progetto cofinanziato da ente privato (Fondazione Intesa San Paolo) e Auser.
- **Cluster/Sub-Cluster**
  1. Pratiche innovative che riguardano la vita *in casa* dell'anziano.
  1.1. Servizi innovativi a domicilio.
- **Riferimenti** (siti web, bibliografia)
  Auser (2016) *Il saper fare. Viaggio nell'Italia della solidarietà. Le buone pratiche dell'Auser*, Edit Coop: Roma.

⑰ Pony della solidarietà*

Breve descrizione
Il Progetto *Pony della solidarietà*, promosso dall'Auser Piemonte e finanziato dalla Compagnia San Paolo, è stato avviato nel 1999 a Torino limitatamente al periodo estivo, si è successivamente ampliato nel tempo (per l'intero anno) e nello spazio (per gran parte del territorio regionale). L'iniziativa ha un duplice scopo: da un lato, fornisce agli anziani una assistenza diversa, un sostegno più familiare e, dall'altro, consente a giovani studenti volontari di conoscere e vivere direttamente i problemi della società che li circonda, arricchendosi delle esperienze e delle testimonianze delle generazioni che li hanno preceduti. L'iniziativa si fonda su un sistema di 'relazioni-azioni' personalizzate in relazione all'utente preso in carico e ai suoi bisogni concreti. Il progetto è riuscito a creare nel tempo una forte rete solidale che coinvolge anche le famiglie degli anziani, le famiglie dei ragazzi e le comunità educative scolastiche.

- **Luogo**
  ITALIA, Piemonte, Torino e altre città piemontesi, altre città italiane (Bologna, Taranto, ecc.).
- **Temporalità**
  Dal 1999 a oggi.
- **Tipo di azione**
  Iniziativa volontaristica finanziata dalla Compagnia San Paolo in partenariato con Auser.
- **Cluster/Sub-Cluster**
  1. Pratiche innovative che riguardano la vita *in casa* dell'anziano.
  1.1. Servizi innovativi a domicilio.
  2. Pratiche innovative che riguardano la vita *fuori casa* degli anziani.
  2.1. Servizi innovativi per facilitare la socializzazione.
- **Riferimenti** (siti web, bibliografia)
  http://www.auserpiemonte.org/?page_id=148.

⑱ Portierato socio-assistenziale

Breve descrizione
Il Progetto *Portierato socio-assistenziale*, nato in via sperimentale per il periodo 2009-11 ha realizzato un presidio socio-assistenziale presso due complessi di edilizia residenziale pubblica del Comune di Carpi, abitati in prevalenza da anziani soli e in condizioni di fragilità. Nel portierato sociale opera una figura professionale l'OSS (Operatore Socio-Sanitario) in grado di erogare prestazioni socio-assistenziali, organizzare momenti di socializzazione, collaborare nelle piccole commissioni quotidiane. L'OSS dotato di telefono ed automobile è a disposizione sei giorni la settimana. Il servizio si integra con le attività del SAD in stretta collaborazione con il servizio sociale del territorio. A carico dei fruitori non è prevista alcuna partecipazione al costo del servizio, completamente finanziato dal FRNA. Vista la riuscita della sperimentazione, il progetto è stato poi ampliato ed è divenuta un'azione di sistema del Distretto socio-sanitario.

- **Luogo**
  ITALIA, Emilia Romagna, Carpi.
- **Temporalità**
  2009-11 progetto sperimentale.
- **Tipo di azione**
  Politica pubblica e progetto finanziato dalla Regione Emilia Romagna (Fondo Regionale Non Autosufficienza e risorse dell'ASP Unione delle Terre d'Argine).
- **Cluster/Sub-Cluster**
  1. Pratiche innovative che riguardano la vita *in casa* dell'anziano.
  1.1. Servizi innovativi a domicilio.
  3. Politiche e azioni innovative di sistema: regia, informazione, formazione.
- **Riferimenti** (siti web, bibliografia)
  https://www.aspterredargine.it/aspterredargine/altri/.

⑲ Residenze aperte

Breve descrizione
Il Modello *Residenza aperta* è previsto nel Piano sociosanitario della Liguria con la finalità di favorire la permanenza degli anziani nelle proprie case. Il progetto prevede che l'anziano bisognoso di cure possa rimanere a casa, integrando intorno a lui servizi residenziali diurni, servizi domiciliari e interventi di altro tipo. Le linee guida approvate dalla Giunta prevedono che le strutture residenziali per anziani accreditate (RSA e residenze protette) possano sviluppare un'integrazione tra servizi residenziali, servizi domiciliari e altri servizi innovativi per consentire alle persone di rimanere nella propria casa, garantire interventi e prestazioni sanitarie e sociosanitarie, specialistiche, infermieristiche, riabilitative, assistenziali, tutelari, nonché di educazione sanitaria e terapeutica. La Giunta regionale ha avviato anche la prima sperimentazione nelle valli Antola e Tigullio, a valere sui fondi della Strategia Nazionale Aree Interne.

- **Luogo**
  ITALIA, Liguria, Valli Antola e Tigullio, Busalla (luoghi di sperimentazione).
- **Temporalità**
  2018-19.
- **Tipo di azione**
  Politica pubblica – Strategia Nazionale Aree Interne (per la sperimentazione).
- **Cluster/Sub-Cluster**
  1. Pratiche innovative che riguardano la vita *in casa* dell'anziano.
  1.1. Servizi innovativi a domicilio.
  3. Politiche e azioni innovative di sistema: regia, informazione, formazione.
- **Riferimenti** (siti web, bibliografia)
  https://www.regione.liguria.it/area-stampa/archivio-comunicati-stampa-della-giunta/item/21690-sanit%C3%A0-approvato-il-modello-di-residenza-aperta-per-servizi-di-cura-e-assistenza-a-domicilio-in-liguria%2C-al-via-sperimentazione-nelle-valli-dell%E2%80%99antola-e-tigullio.html.

⑳ Reti per la domiciliarità nel Cebano

Breve descrizione
Il territorio del progetto è costituito da 33 comuni che fanno parte della Comunità Montana Alto Tanaro Cebano Monregalese, nell'ambito della gestione associata al Servizio socio-assistenziale di Ceva. Il soggetto proponente è la Comunità Montana delegata alla gestione della funzione sociale dai comuni del territorio, ma la rete dei partner è abbastanza ampia. L'obiettivo principale del progetto è sostenere la permanenza delle persone anziane presso il proprio domicilio in autonomia, accompagnando ma ritardando il più possibile il loro ingresso nei circuiti della presa in carico socio-sanitaria. Il progetto offre, a domicilio, interventi e servizi personalizzati, volti ad agevolare la vita quotidiana degli anziani del territorio in situazioni di fragilità. È prevista la compartecipazione al costo della prestazione, che per la parte restante è a carico dei fondi a disposizione del progetto.

- **Luogo**
  ITALIA, Piemonte, Provincia Cuneo, Alto Tanaro Cebano Monregalese.
- **Temporalità**
  2012-14.
- **Tipo di azione**
  Progetto finanziato da ente privato – Fondazione Cassa di Risparmio di Cuneo (CRC).
- **Cluster/Sub-Cluster**
  1. Pratiche innovative che riguardano la vita *in casa* dell'anziano.
  1.1. Servizi innovativi a domicilio.
- **Riferimenti** (siti web, bibliografia)
  http://community-pon.dps.gov.it/areeinterne/progetti/reti-per-la-domiciliarita-nel-cebano/

㉑ RSA aperte

Breve descrizione
La *RSA Aperta* è una Misura della Regione Lombardia che offre la possibilità di fruire di servizi sanitari e socio-sanitari utili a favorire la permanenza al domicilio. La misura permette di accedere a un set di prestazioni in modalità flessibile. Le prestazioni, erogate dalle RSA lombarde accreditate aderenti alla misura, si rivolgono a persone residenti in Lombardia iscritte al Servizio Socio-sanitario regionale che si trovano nelle seguenti condizioni: anziani con patologia di demenza certificata da un medico specialista geriatra o neurologo di strutture accreditate/*équipe* dei CDCD (Centri per Deficit Cognitivi e Demenze); anziani non autosufficienti di età pari o superiore a 75 anni, riconosciuti invalidi civili al 100%. In entrambi i casi le persone devono disporre di almeno un *caregiver* familiare e/o professionale che presta assistenza nell'arco della giornata della settimana. A ciascuna persona è attribuito un budget, definito annualmente che per il 2019 è stato incrementato e fissato a 4.000 euro, utilizzabile per fruire delle prestazioni domiciliari previste dal progetto individualizzato.

- **Luogo**
  ITALIA, Lombardia.
- **Temporalità**
  Dal 2015 a oggi.
- **Tipo di azione**
  Politica pubblica.
- **Cluster/Sub-Cluster**
  1. Pratiche innovative che riguardano la vita *in casa* dell'anziano.
  1.1. Servizi innovativi a domicilio.
- **Riferimenti** (siti web, bibliografia)
  https://www.regione.lombardia.it/wps/portal/istituzionale/HP/DettaglioRedazionale/servizi-e-informazioni/cittadini/persone-casa-famiglia/Anziani/rsa-aperta/rsa-aperta.

㉒ SERVIZI DI PROSSIMITÀ

No alla Solit'Udine

Breve descrizione
L'Assessorato alla Sanità e Assistenza Sociale del Comune di Udine e 20 associazioni di volontariato portano avanti questo progetto che è rivolto alle persone maggiori di 65 anni, residenti a Udine, che vivono sole, prive di reti familiari e con diversi gradi di fragilità. Gli obiettivi dell'iniziativa sono: a) rispondere ai bisogni necessari della quotidianità; b) monitorare e ridurre le situazioni di solitudine, evitando sentimenti di abbandono; c) ascoltare, informare, accompagnare e mediare con la rete dei servizi; c) creare reti di relazioni sociali significative, coinvolgendo e animando le risorse esistenti nel territorio. Per attivare il servizio sono attivi un numero verde e uno sportello entrambi con operatori dedicati.

- **Luogo**
  ITALIA, Friuli Venezia-Giulia, Udine.
- **Temporalità**
  2012-20.
- **Tipo di azione**
  Politica pubblica e iniziativa volontaristica.
- **Cluster/Sub-Cluster**
  1. Pratiche innovative che riguardano la vita *in casa* dell'anziano.
  1.1. Servizi innovativi a domicilio.
- **Riferimenti** (siti web, bibliografia)
  https://www.comune.udine.it/servizi/salute-sociale-welfare/no-alla-solit-udine.

㉓ Un quartiere…in Comune*

Breve descrizione
Il Progetto *Un quartiere…in Comune*, sperimentato ad Ancona, una delle città a più elevata concentrazione di anziani, nasce dall'idea di proporre nuovi servizi di prevenzione a misura di cittadino nei piccoli luoghi e prevede una prima sperimentazione in tre quartieri periferici con elevata densità di popolazione e di problematiche. Il progetto si articola attraverso servizi innovativi a domicilio e la strategia d'intervento si fonda su un approccio multidimensionale e non settoriale. Sono previste azioni preventive e non solo riparative, in relazione alle diverse problematiche di disagio sociale, economico, abitativo, occupazionale, della sicurezza, della vivibilità e della riqualificazione dei quartieri, con la finalità di garantire servizi ed interventi che siano in grado di migliorare la qualità della vita delle persone, delle famiglie e della comunità. il progetto ha avviato tre azioni: a) attivazione del primo Custode Sociale delle Marche; b) apertura della Casa del Quartiere; c) attivazione dell'infermiere di comunità

- **Luogo**
  ITALIA, Marche, Ancona.
- **Temporalità**
  2019-20.
- **Tipo di azione**
  Politica pubblica cofinanziata da Fondazione Cariverona.
- **Cluster/Sub-Cluster**
  1. Pratiche innovative che riguardano la vita *in casa* dell'anziano.
  1.1. Servizi innovativi a domicilio.
  2. Pratiche innovative che riguardano la vita fuori casa degli anziani.
  2.1. Servizi innovativi per facilitare la socializzazione.
- **Riferimenti** (siti web, bibliografia)
  https://www.fondazionecariverona.org/wp-content/uploads/2018/05/Com_stampa_Contrib_Bando_Welfare_e_Fam_gruppo2_29_05_2018.pdf.

㉔ Una ricetta per due

Breve descrizione
Il progetto prevede la preparazione e distribuzione di pasti a domicilio alle persone anziane, con lo scopo di creare opportunità di lavoro per giovani in difficoltà, in particolare per i ragazzi che al compimento del diciottesimo anno di età devono uscire dalla casa famiglia gestita dalla Cooperativa sociale 'Spes contra Spem'. Questo servizio è rivolto agli anziani residenti nel III Municipio di Roma (nel 2016: 47.604 persone con età superiore a 65 anni). L'elemento innovativo del progetto è combinare in maniera produttiva più bisogni del territorio: a) da una parte l'inserimento lavorativo e sociale di giovani appena usciti da comunità protette, creando un'opportunità di lavoro tutelata, b) dall'altra l'offerta di un servizio di ristorazione a domicilio, economicamente accessibile, o per anziani in difficoltà, che, affiancato ai servizi di assistenza domiciliare prestati da altri enti, possa prolungare la permanenza dell'anziano presso la propria dimora.

- **Luogo**
  Italia, Lazio, Roma.
- **Temporalità**
  2016.
- **Tipo di azione**
  Iniziativa volontaristica e cofinanziata dalla Fondazione della Banca Nazionale delle Comunicazioni.
- **Cluster/Sub-Cluster**
  1. Pratiche innovative che riguardano la vita *in casa* dell'anziano.
  1.1. Servizi innovativi a domicilio.
- **Riferimenti** (siti web, bibliografia)
  https://spescontraspem.it/catering-sociale/.

㉕ Veniamo a trovarvi*

Breve descrizione
Il Progetto *Veniamo a trovarvi* si avvia sperimentalmente, nel 2009-10, con contributo decrescente biennale della Fondazione Cassa di Risparmio di Cuneo; dalla terza annualità si autosostiene con il contributo e la compartecipazione dei soggetti beneficiari. Il progetto, che ha origine dalla collaborazione tra l'associazione di promozione sociale La bottega del possibile (di Torre Pelice – TO) e la Casa di Riposo Don Dalmasso (di Bernezzo), ha la finalità di sperimentare un'offerta di servizi erogati facendo perno su una casa di riposo, funzionali a consentire agli anziani che lo desiderano di rimanere a casa propria. Elemento chiave di questo progetto è il "visitatore itinerante" che svolge un'azione di ascolto di tutti gli anziani maggiori di 75 anni (anche di quelli che abitano in case sparse) per comprendere i bisogni e le possibili modalità di presa in carico. Le principali tipologie di servizio erogate sono servizi a domicilio (erogati da personale dalla Casa di Riposo) e servizi e attività di socializzazione presso la Casa di Riposo.

- **Luogo**
  ITALIA, Piemonte, Provincia di Cuneo, Bernezzo.
- **Temporalità**
  2009-18.
- **Tipo di azione**
  Progetto finanziato dalla Fondazione Cassa di Risparmio di Cuneo successivamente da una compartecipazione dei beneficiari.
- **Cluster/Sub-Cluster**
  1. Pratiche innovative che riguardano la vita *in casa* dell'anziano.
  1.1. Servizi innovativi a domicilio.
  2. Pratiche innovative che riguardano la vita fuori casa degli anziani
  2.1. Servizi innovativi per facilitare la socializzazione
- **Riferimenti** (siti web, bibliografia)
  https://www.fondazionecrc.it/index.php/86-progetti-e-contributi/settori-di-intervento/promozione-e-solidarieta-sociale/archivio-progetti-sociale/148-veniamo-a-trovarvi.

NB: * Il caso studio è stato approfondito con un'apposita Scheda nel Capitolo 1, Paragrafo 1.1.

IN-AGE - INclusive AGEing in place
Laboratorio Politiche Sociali, Politecnico di Milano
Dipartimento Architettura e Territorio, Università Mediterranea di Reggio Calabria
Centro Ricerche Economico-Sociali per l'Invecchiamento, INRCA-IRCCS, Ancona

CLUSTER 1. PRATICHE INNOVATIVE CHE RIGUARDANO LA VITA *IN CASA* DELL'ANZIANO

Sub-cluster 1.2. Nuove tecnologie e domotica nell'abitazione

① Abitare Sicuri*

Breve descrizione
Il Progetto *Abitare Sicuri*, sperimentato ed attuato dal 2010 ad oggi, nella Città di Bolzano da parte del comune che lo ha anche in larga parte finanziato, mira a migliorare la qualità della vita nella propria abitazione di anziani e soggetti fragili, attraverso l'impiego di tecnologie che leggono ed interpretano l'ambiente domestico e le condizioni di salute degli utenti (telemonitoraggio e teleassistenza). Si tratta quindi di un intervento di assistenza domiciliare a distanza per persone anziane autosufficienti o in condizione di parziale non autosufficienza, preventivo rispetto all'ingresso dell'anziano in casa di riposo. Il progetto è promosso dal Comune di Bolzano: a) in collaborazione con Azienda Servizi Sociali di Bolzano, Azienda Sanitaria Alto-Adige – Comprensorio Sanitario di Bolzano, Dr. Hein Healthcare GmbH, IBM Italia, TIS Innovation Park – Area Tecnologie Digitali; b) con il sostegno di Fondazione Cassa di Risparmio e Dussmann Service, e con il supporto tecnico d: Eurotech HUAWEI.

- **Luogo**
  ITALIA, Bolzano.
- **Temporalità**
  Dal 2010 fino a oggi.
- **Tipo di azione**
  Politica pubblica finanziato anche con fondi privati.
- **Cluster/Sub-Cluster**
  1. Pratiche innovative che riguardano la vita *in casa* dell'anziano.
  1.2. Nuove tecnologie e domotica nell'abitazione.
- **Riferimenti** (siti web, bibliografia)
  http://www.comune.bolzano.it/stampa_context.jsp?area=295&ID_LINK=426&page=6861.

② Casa intelligente per una longevità attiva e indipendente dell'anziano

Breve descrizione
Il progetto, finanziato dalla Fondazione CariVerona e dall'azienda INDESIT con la donazione di alcuni elettrodomestici, è stato coordinato dall'INRCA di Ancona. L'obiettivo del progetto è stata la realizzazione di un prototipo di casa intelligente per una longevità attiva e indipendente dell'anziano che divenga un dimostratore efficace sia per la concreta commercializzazione delle singole tecnologie che lo compongono, sia per il sistema integrato che costituisce. Il prototipo verrà sperimentato e replicato nelle residenze dedicate alle persone anziane nel sistema HOME, con cui il centro sarà interattivo, con il coordinamento dell'INRCA per gli aspetti assistenziali.

- **Luogo**
  ITALIA, Ancona.
- **Temporalità**
  Dal 2011 a oggi.
- **Tipo di azione**
  Progetto finanziato dalla Fondazione CariVerona.
- **Cluster/Sub-Cluster**
  1. Pratiche innovative che riguardano la vita *in casa* dell'anziano.
  1.1. Servizi innovativi a domicilio.
  1.2. Nuove tecnologie e domotica nell'abitazione.
- **Riferimenti** (siti web, bibliografia)
  https://www.inrca.it/inrca/files/NEWS/SPECIFICHE%20DI%20PROGETTO.pdf.

③ ECARE*

Elderly home CAre Residential Engagement

Breve descrizione

Il Progetto *ECARE* ha avuto inizio nel 2018 con finanziamento da parte dell'Unione Europea. Il progetto mira al contrasto dell'isolamento sociale e delle difficoltà psicologiche, fisiche e relazionali delle persone anziane che vivono nella propria abitazione o in un'abitazione messa loro a disposizione dalla pubblica amministrazione. Il modello di intervento, che intende fare leva sulla prevenzione della fragilità, l'efficientamento dei servizi esistenti, in particolare domiciliari, e sull'auspicabile integrazione tra l'erogazione istituzionale dei servizi sociali e il ruolo dei *caregivers* informali, si articola su due punti fondamentali: a) l'attivazione/coinvolgimento delle comunità locali, di reti sociali virtuose; b) il supporto della dotazione tecnologica strumentale. Il progetto è stato gestito da un consorzio guidato dall'Istituto per Servizi di Ricovero ed Assistenza agli Anziani (ISRAA – Austria).

- **Luogo**
  ITALIA, Treviso.
- **Temporalità**
  2018-20.
- **Tipo di azione**
  Programma di cooperazione territoriale INTERREG V-A Italia Austria.
- **Cluster/Sub-Cluster**
  1. Pratiche innovative che riguardano la vita *in casa* dell'anziano.
  1.1. Servizi innovativi a domicilio.
  1.2. Nuove tecnologie e domotica nell'abitazione.
  2. Pratiche innovative che riguardano la vita *fuori casa* degli anziani.
  2.1. Servizi innovativi per facilitare la socializzazione.
- **Riferimenti** (siti web, bibliografia)
  https://ecareproject.eu/.

④ Health@Home

Breve descrizione

Il progetto avviato nel 2014 e concluso nel 2019, ha sperimentato l'utilizzo di sensori non invasivi installati in alcuni alloggi Ater di Oderzo. Il progetto ha svolto: a) una raccolta dati finalizzata all'avvio di servizi sanitari, servizi territoriali e servizi sociali che sfruttino le prerogative delle nuove tecnologie a vantaggio di persone o famiglie con specifiche o riconosciute difficoltà e per garantire maggiore autonomia all'interno dell'ambiente domestico; b) una verifica della funzionalità della rete di sensori integrata, realizzata per un contesto residenziale e caratterizzato da dispositivi di controllo domotici e biomedicali installati negli alloggi Ater.

- **Luogo**
  ITALIA, Veneto, Oderzo (Treviso).
- **Temporalità**
  2014-19.
- **Tipo di azione**
  Progetto finanziato da ente pubblico-MIUR bando 'Smart Cities and Communities'.
- **Cluster/Sub-Cluster**
  1. Pratiche innovative che riguardano la vita *in casa* dell'anziano.
  1.2. Nuove tecnologie e domotica nell'abitazione.
- **Riferimenti** (siti web, bibliografia)
  http://www.trevisotoday.it/attualita/progetto-case-ater-anziani-oderzo-17-gennaio-2019.html.

⑤ Il treno delle generazioni

Breve descrizione

Progetto sperimentale, promosso da Auser Crema, Auser Territoriale di Cremona, Auser Provinciale di Lecco e Auser Insieme di Gallarate Onlus, in rete con Auser Filo Rosa e i comuni di Gallarate e di Casorate Sempione, che si pone l'obiettivo di supportare la domiciliarità degli anziani e contrastare la violenza di genere con il concorso e la connessione intergenerazionale e l'innovazione tecnologica. Tra gli obiettivi del progetto: migliorare le condizioni di vita di anziani a rischio di esclusione sociale, alleviare la loro solitudine promuovendo relazioni umane intergenerazionali e l'utilizzo funzionale delle nuove tecnologie, favorire l'impegno di adolescenti e giovani in forme di cittadinanza attiva, di solidarietà sociale e di volontariato nei confronti degli anziani, promuovere l'aggiornamento e la formazione dei volontari per una più efficace prevenzione delle diverse forme di violenza sugli anziani.

- **Luogo**
  ITALIA, Lombardia. Gallarate, Carnago, Lecco, Crema, Cremona.
- **Temporalità**
  Dal 2015 (concluso).
- **Tipo**
  Iniziativa volontaristica finanziata da politica pubblica.
- **Cluster/Sub-Cluster**
  1. Pratiche innovative che riguardano la vita *in casa* dell'anziano.
  1.1. Servizi innovativi a domicilio.
  1.2. Nuove tecnologie e domotica nell'abitazione.
  2. Pratiche innovative che riguardano la vita *fuori casa* degli anziani.
  2.1. Servizi innovativi per facilitare la socializzazione.
- **Riferimenti** (siti web, bibliografia)
  http://www.auser.lombardia.it/reg/cosa_facciamo/2311-progetti.

⑥ MARIO
Managing Active and healthy aging with use of caRing servIce rObots

Breve descrizione
Il Progetto *MARIO* affronta le sfide poste dalla solitudine, dall'isolamento e dalla demenza nelle persone anziane attraverso lo sviluppo e l'applicazione di un *robot*. Questo è il primo progetto a prevedere l'introduzione del robot a casa della persona per un intero anno a differenza di molte sperimentazioni che sono avvenute in ambienti controllati. Il progetto ha individuato percorsi di introduzione di questa soluzione nel mercato, dato che il tema della sostenibilità è essenziale per rendere questi progetti implementabili nella vita reale.

- **Luogo**
  UNITED KINGDOM, IRLANDA, ITALIA, GRECIA, GERMANIA.
- **Temporalità**
  2018-21.
- **Tipo di azione**
  Progetto finanziato dal programma europeo HORIZON 2020.
- **Cluster/Sub-Cluster**
  1. Pratiche innovative che riguardano la vita *in casa* dell'anziano.
  1.2. Nuove tecnologie e domotica nell'abitazione.
- **Riferimenti** (siti web, bibliografia)
  http://www.mario-project.eu/portal/.

⑦ Network Family
Contrasto alla solitudine e raggiungimento del benessere

Breve descrizione
Il progetto avviato nel 2017 da Auser Lombardia (capofila) è rivolto ai comuni del mantovano, contesto con elevata presenza di persone anziane rispetto al quadro regionale. L'obiettivo principale del progetto è realizzare iniziative a contrasto della solitudine degli anziani fragili con problemi di ridotta mobilità. Il progetto si basa su quattro azioni principali: a) miglioramento dei servizi di mobilità sociale attraverso la geolocalizzazione del parco macchine delle associazioni; b) introduzione di un servizio di videofonia ossia realizzazione di piazze virtuali che facilitino incontri in rete di utenti anziani e fragili; c) incontri tematici rivolti agli anziani e alle loro famiglie; d) formazione.

- **Luogo**
  ITALIA, Lombardia, Provincia e Città di Mantova.
- **Temporalità**
  2017-20.
- **Tipo di azione**
  Iniziativa volontaristica – Auser.
- **Cluster/Sub-Cluster**
  1. Pratiche innovative che riguardano la vita *in casa* dell'anziano.
  1.2. Nuove tecnologie e domotica nell'abitazione.
- **Riferimenti** (siti web, bibliografia)
  http://www.auser.lombardia.it/reg/cosa_facciamo/2311-progetti.

⑧ PERSSILAA
PERsonalised ICT Supported Service for Independent Living and Active Ageing

Breve descrizione
È un progetto europeo in cui viene sviluppato un servizio per gli anziani che mira a vagliare e prevenire la fragilità connessa all'insufficiente stimolazione mentale, attività fisica e nutrizionale. Il servizio supporta l'utente nel mantenere o migliorare questi fattori attraverso tre moduli: alimentazione sana, esercizio fisico e funzione cognitiva. *PERSSILAA* innova il modo in cui i servizi di assistenza sono organizzati: dalla gestione frammentata e reattiva delle malattie ai servizi preventivi e personalizzati offerti attraverso i servizi della comunità locale e la tecnologia della telemedicina. Le infrastrutture di servizi tecnici che supportano questi servizi sono facili da usare e quindi fanno uso di *gamification*, interoperabilità e supporto alle decisioni cliniche. Diversi pacchetti tecnici ed educativi sono dedicati a persone anziane, comuni, centri di assistenza sanitaria di base, organizzazioni di assistenza agli anziani. Dall'aprile 2016 è stato offerto a oltre 10.000 persone in quattro comuni con il coinvolgimento di sei organizzazioni assistenziali.

- **Luogo**
  EUROPA, OLANDA, PORTOGALLO.
- **Temporalità**
  Dal 2014-16.
- **Tipo di azione**
  Progetto finanziato da UE 7° Programma Quadro.
- **Cluster/Sub-Cluster**
  1. Pratiche innovative che riguardano la vita *in casa* dell'anziano.
  1.1. Servizi innovativi a domicilio.
  1.2. Nuove tecnologie e domotica nell'abitazione.
- **Riferimenti** (siti web, bibliografia)
  https://perssilaa.com/academic-output/ si trovano gli articoli scientifici prodotti nell'ambito del progetto.

⑨ Pacchetto Domotico Trentino e Progetto Gabriele*

Breve descrizione
Il *Progetto Domotico Trentino* si collega al 'Pacchetto Domotico Trentino' che, istituito nel 2004 con un provvedimento della Provincia autonoma, definisce un sistema di dispositivi domotici che la Provincia autonoma ha selezionato per facilitare la vita alle persone anziani fragili (e non solo). Tali servizi, collegati a *call center* specificatamente dedicati, vengono sperimentati in alcuni comprensori provinciali, nell'ambito dell'Azione innovativa. La provincia prevede un contributo sulle spese sostenute per l'adeguamento domotico che va dall'80% al 100% in relazione alle fasce di reddito.

- **Luogo**
  ITALIA, Provincia Autonoma di Trento.
- **Temporalità**
  2005-08.
- **Tipo di azione**
  Progetto finanziato da ente pubblico (UE) – Azioni innovative 'Servizi per il miglioramento delle condizioni di vita nelle comunità periferiche'.
- **Cluster/Sub-Cluster**
  1. Pratiche innovative che riguardano la vita *in casa* dell'anziano.
  1.2. Nuove tecnologie e domotica nell'abitazione.
- **Riferimenti** (siti web, bibliografia)
  Giunta della Provincia Autonoma di Trento (2005) *Manuale domotica amica*, Trento; Provincia autonoma di Trento (2007) *Dal pacchetto domotico all'e-welfare*, Collana Documenti Sociali. Accessibile su: https://ita.calameo.com/books/000078273be7a3c20b7a0.

⑩ Programma GK

Breve descrizione
Il programma finanziato da enti privati (assicurazioni su infortuni) e da enti pubblici (il programma per anziani è finanziato dalla Commissione Europea su 'Ambient Assisted Living' (AAL), supporta pazienti anziani e malati, con interventi e dispositivi di monitoraggio per rilevare le cadute e per garantire la loro sicurezza e indipendenza nel proprio appartamento (per limitare l'istituzionalizzazione). I pazienti vengono monitorati con un *set* di dispositivi.

- **Luogo**
  GERMANIA, Regioni Kinzigtal, Baden e Württemberg.
- **Temporalità**
  Dal 2005 l'iniziativa/dal 2013 il programma specifico per anziani.
- **Tipo di azione**
  Programma finanziato da enti privati (assicurazioni su infortuni) e da enti pubblici (il programma per anziani è finanziato dalla Commissione Europea su "ambient assisted living" (AAL).
- **Cluster/Sub-Cluster**
  1. Pratiche innovative che riguardano la vita *in casa* dell'anziano.
  1.2. Nuove tecnologie e domotica nell'abitazione.
- **Riferimenti** (siti web, bibliografia)
  http://www.icare4eu.org/pdf/Gesundes_Kinzigtal.pdf.

⑪ Programma TeleRehabilitation

Breve descrizione
Il Programma *TeleRehabilitation* è un servizio di riabilitazione domiciliare innovativo che applica la telemedicina avanzata ai pazienti che soffrono di problemi cardio-respiratori, o di eventuali altri problemi di salute complessi, dimessi dall'unità di terapia intensiva dell'Ospedale Generale di Nicosia. Il programma consiste in tre sessioni di riabilitazione (45 minuti ciascuna) a settimana a casa, per otto settimane. Ogni paziente che partecipare al programma, ha una stazione installata nella propria abitazione. Un numero variabile da cinque a sette pazienti accende al sistema all'ora programmata per partecipare a sessioni di riabilitazione con un fisioterapista. In tal modo si riducono i tempi e costi di trasposto da/a aree remote all'Ospedale/domicilio del paziente e si trattano allo stesso momento, più pazienti comodamente da casa loro.

- **Luogo**
  CIPRO, Nicosia, GRECIA, Heraklion.
- **Temporalità**
  2012-14.
- **Tipo di azione**
  Progetto di ricerca cofinanziato nell'ambito del programma europeo di cooperazione transfrontaliera 'Grecia-Cipro 2007-2013'.
- **Cluster/Sub-Cluster**
  1. Pratiche innovative che riguardano la vita *in casa* dell'anziano.
  1.1. Servizi innovativi a domicilio.
  1.2. Nuove tecnologie e domotica nell'abitazione.
- **Riferimenti** (siti web, bibliografia)
  http://www.icare4eu.org/.

⑫ SCAMBIO*

Breve descrizione
Il Progetto *SCAMBIO*, promosso dalla Cooperativa di Comunità di Melpignano (CCM) e finanziato con il Fondo Sociale Europeo, è un «dispositivo di *welfare* di comunità per integrare collettivamente, dal basso, i servizi di supporto alle fasce più vulnerabili della popolazione, in un'ottica di prevenzione e riduzione delle varie forme di disagio sociale e di promozione dell'inclusione sociale» (CSV Brindisi Lecce, 2019). Il progetto è rivolto principalmente alla comunità di Melpignano e prevede azioni di contrasto alle solitudini involontarie, comprese quelle delle persone anziane, che pertanto sono coinvolte in molte delle attività previste dal progetto. Le iniziative favoriscono l'incontro tra i vari componenti della comunità e puntano a riallacciare il dialogo intergenerazionale, erogare servizi per migliorare la qualità dell'assistenza domiciliare e della mobilità garantita. Il progetto è finanziato per il 75% dalla Regione Puglia e per il 25% dalla Cooperativa di Comunità.

- **Luogo**
  ITALIA, Puglia, Provincia di Lecce, Comune di Melpignano.
- **Temporalità**
  2019-21.
- **Tipo di azione**
  Politica pubblico-privata. Progetto finanziato su bando regionale FSE.
- **Cluster/Sub-Cluster**
  1. Pratiche innovative che riguardano la vita *in casa* dell'anziano.
  1.1. Servizi innovativi a domicilio.
  1.2. Nuove tecnologie e domotica nell'abitazione.
  2. Pratiche innovative che riguardano la vita *fuori casa* degli anziani.
  2.1. Servizi innovativi per facilitare la socializzazione.
  2.2. Servizi innovativi per la mobilità e progetti urbani *age-friendly.*
- **Riferimenti** (siti web, bibliografia)
  https://www.progettoscambio.it.

⑬ SmartyourHome*

Breve descrizione
SmartyourHome è un Progetto Erasmus plus, condotto in cinque paesi europei tra cui l'Italia, che intende diffondere le conoscenze sul tema delle *smart home* (letteralmente 'case intelligenti'), cioè abitazioni in cui diversi dispositivi e sensori sono collegati tra loro e talvolta con una centrale di controllo e sono in grado di interagire tra loro, per automatizzare determinati compiti in casa e consentire agli anziani di migliorare la qualità della propria vita. Tali nuove conoscenze possono consentire alle persone anziane di continuare a vivere in casa il più a lungo possibile e in autonomia. Il progetto, attraverso corsi di formazione online rivolti agli anziani messi a punto durante il suo svolgimento, intende diffondere le conoscenze su tecnologie, dispositivi, servizi e applicazioni di casa intelligente e fornire un modello di apprendimento permanente

- **Luogo**
  ITALIA, Lombardia, Milano.
- **Temporalità**
  Dal 2019 a oggi.
- **Tipo di azione**
  Progetto finanziato da ente pubblico (Erasmus plus - EU).
- **Cluster/Sub-Cluster**
  1. Pratiche innovative che riguardano la vita *in casa* dell'anziano.
  1.2. Nuove tecnologie e domotica nell'abitazione.
- **Riferimenti** (siti web, bibliografia)
  http://www.eurocreamerchant.it/en/progetti/smartyourhome/

⑭ Sostegno alle persone anziane e vulnerabili mediante l'adozione di soluzioni innovative

Breve descrizione
L'obiettivo del progetto, che ha visto la partecipazione di oltre 260 persone over65, valdostani e ticinesi, era di avvicinare le persone anziane al mondo della tecnologia digitale. Con l'ausilio di 15 tutor, gli anziani hanno imparato a navigare in internet usando tablet e computer. Ai partecipanti è stata data l'opportunità di sperimentare nuove forme di comunicazione mediata dai *computer*, creando una comunità virtuale finalizzata a coltivare le relazioni delle persone anziane diminuendo così il potenziale rischio di isolamento delle stesse. Sono state inoltre illustrate le diverse possibilità di accesso e fruizione dei servizi sociali e sanitari, sia regionali sia nazionali, come ad esempio prenotare e disdire le visite mediche e gli accertamenti diagnostici presso le strutture ospedaliere e territoriali dell'Azienda USL, o interagire on-line con i servizi telematici della regione o del comune per richiesta di informazioni.

- **Luogo**
  ITALIA, Valle d'Aosta, SVIZZERA, Canton Ticino.
- **Temporalità**
  Sperimentazione avviata nel 2014-16.
- **Tipo di azione**
  Progetto Interreg Aosta- Ticino 2007-13.
- **Cluster/Sub-Cluster**
  1. Pratiche innovative che riguardano la vita *in casa* dell'anziano.
  1.1. Servizi innovativi a domicilio.
  1.2. Nuove tecnologie e domotica nell'abitazione.
- **Riferimenti** (siti web, bibliografia)
  https://www.keep.eu/project/8191/sostegno-alle-persone-anziane-e-vulnerabili-mediante-ladozione-di-soluzioni-innovative.

⑮ WelComTech*

Breve descrizione

Il progetto si propone di permettere alla popolazione che invecchia di rimanere più a lungo nel proprio ambiente domestico, conservando un maggior grado di autonomia. I beneficiari sono prevalentemente anziani vulnerabili non intercettati dai servizi e con autonomia precaria che necessitano, più o meno sporadicamente, del sostegno dei familiari o dell'aiuto di altri. Si basa su due azioni principali: la prima riguarda la costituzione di una rete di tutor di comunità; la seconda è invece focalizzata sulla digitalizzazione dei processi di assistenza e di cura delle persone a distanza e in presenza. Nell'ambito delle nuove tecnologie, gli elementi innovativi che *WelComTech* sperimenta, sono: a) i sistemi di monitoraggio attraverso l'installazione nei domicili, di sensori di posizione e movimento; b) i sistemi di monitoraggio dei parametri clinici per la gestione del processo di presa in carico e della rete di relazioni tra i diversi soggetti coinvolti nei processi erogativi, c) la formazione dedicata di tutor e di operatori.

- **Luogo**
  ITALIA, Piemonte (Verbano-Cusio-Ossola), Valle d'Aosta, SVIZZERA, Canton Ticino.
- **Temporalità**
  2014-20.
- **Tipo di azione**
  Progetto di Cooperazione Interreg Italia-Svizzera.
- **Cluster/Sub-Cluster**
  1. Pratiche innovative che riguardano la vita *in casa* dell'anziano.
  1.1. Servizi innovativi a domicilio.
  1.2. Nuove tecnologie e domotica nell'abitazione.
- **Riferimenti** (siti web, bibliografia)
  welcomtech.org.

NB: * Il caso studio è stato approfondito con un'apposita Scheda nel Capitolo 1, Paragrafo 1.2.

IN-AGE - INclusive AGEing in place
Laboratorio Politiche Sociali, Politecnico di Milano
Dipartimento Architettura e Territorio, Università Mediterranea di Reggio Calabria
Centro Ricerche Economico-Sociali per l'Invecchiamento, INRCA-IRCCS, Ancona

CLUSTER 1. PRATICHE INNOVATIVE CHE RIGUARDANO LA VITA *IN CASA* DELL'ANZIANO

Sub-cluster 1.3. Adattamento degli alloggi e accessibilità degli edifici

① ADA

Adattamento Domestico per l'Autonomia personale

Breve descrizione

Il Progetto *ADA* promosso e finanziato dalla Regione Toscana, si avvia sperimentalmente nel 2014 con il coinvolgimento di competenze multidisciplinari. Obiettivo specifico e fondamentale del Progetto *ADA* è la personalizzazione degli interventi; si punta cioè a offrire risposte ad hoc basate sulla conoscenza diretta dei bisogni delle persone anziane e disabili nel proprio ambiente domestico. Terminata la sperimentazione nel 2018 la regione ha messo a regime il Progetto *ADA.* Il modello prevede la presenza di esperti di accessibilità nelle UVMD delle Zone distretto/Società della Salute che, in modo integrato, realizzano sopralluoghi presso il domicilio delle persone con disabilità con la finalità di redigere una consulenza che sarà poi consegnata alla famiglia. La consulenza è la parte più importante e innovativa del servizio.

- **Luogo**
  EUROPA, Italia, Torino.
- **Temporalità**
  Dal 2014 a oggi.
- **Tipo di azione**
  Politica pubblica.
- **Cluster/Sub-Cluster**
  1. Pratiche innovative che riguardano la vita *in casa* dell'anziano.
  1.2. Nuove tecnologie e domotica nell'abitazione.
  1.3. Adattamento degli alloggi e accessibilità degli edifici.
  3. Politiche e azioni innovative di sistema: regia, informazione, formazione.
- **Riferimenti** (siti web, bibliografia)
  http://www.toscana-accessibile.it/sperimentazione-adattamento-domestico-.

② Condominio solidale 'A casa di Jessy'

Breve descrizione

Si tratta di un progetto di edilizia residenziale pubblica per anziani e per altri gruppi di popolazione a rischio di esclusione sociale. Gli obiettivi principali del progetto sono la promozione della solidarietà tra generazioni mediante il sostegno reciproco, la partecipazione e le attività di socializzazione. Il progetto è stato realizzato in un edificio di edilizia popolare nel quartiere di S. Rita a Torino. Nell'edificio: 18 alloggi sono stati riservati ad anziani e assegnati con procedura pubblica; quattro alloggi a famiglie affidatarie che svolgono un ruolo di riferimento per gli abitanti; otto alloggi a nuclei monoparentali in difficoltà assegnati dai servizi sociali del Comune di Torino. Gli alloggi sono indipendenti e sono presenti alcuni spazi comuni, quali: la cucina del condominio, lo spazio anziani del condominio che è collegato con lo spazio anziani del comune, in cui sono attivi laboratori, corsi di ginnastica, scrittura creativa, gite sociali; lo spazio bambini.

- **Luogo**
  ITALIA, Ancona.
- **Temporalità**
  Dal 2008 a oggi.
- **Tipo di azione**
  Progetto pubblico-privato (comune di Torino e Fondazione S. Paolo).
- **Cluster/Sub-Cluster**
  1. Pratiche innovative che riguardano la vita *in casa* dell'anziano.
  1.3. Adattamento degli alloggi e accessibilità degli edifici.
- **Riferimenti** (siti web, bibliografia)
  http://www.condominiosolidale.org/2013/.

③ iToilet

ICT-enhanced Toilet Supporting Active Life

Breve descrizione

Il progetto è partito dalla considerazione che esiste un numero significativo di carenze nella dotazione dei servizi igienici standard visto che per contro esistono tra gli umani diverse esigenze e preferenze in materia di igiene personale. Queste carenze possono essere molto problematiche e possono rappresentare enormi ostacoli per le persone anziane e le persone a mobilità ridotta. Gli studi hanno dimostrato che un numero significativo (quasi il 25%) di persone anziane afferma che quando usano un bagno hanno sempre paura che possa gli possa accadere qualcosa (ad esempio cadere) e che oltre il 50% dichiara di evitare di uscire a lungo per non dover usare bagni (inadeguati). La proposta *iToilet* affronta queste esigenze delle persone anziane (o con disabilità fisiche) sviluppando una toilette assistita da ICT adattandosi alle esigenze individuali degli utenti finali. Il progetto mirava a sviluppare un sistema di servizi igienici potenziato dalle LTC, in grado di consentire alle persone anziane di vivere in modo più indipendente e con maggiore dignità. *iToilet* è in fase ormai di produzione dopo aver sviluppato e testato due prototipi.

- **Luogo**
  AUSTRIA, UNGHERIA, ITALIA e SLOVENIA.
- **Temporalità**
  2016-19.
- **Tipo di azione**
  Il Progetto *iToilet* è stato cofinanziato dalla Commissione Europea e dai governi e Ministeri della Ricerca e Sviluppo di Austria, Ungheria, Italia e Slovenia.
- **Cluster/Sub-Cluster**
  1. Pratiche innovative che riguardano la vita *in casa* dell'anziano.
  1.2. Nuove tecnologie e domotica nell'abitazione.
  1.3. Adattamento degli alloggi e accessibilità degli edifici.
- **Riferimenti** (siti web, bibliografia)
  http://www.aat.tuwien.ac.at/itoilet/index.html.

④ Lifetime Homes

Breve descrizione

Lo standard *Lifetime Homes* è un insieme di criteri di progettazione che forniscono un modello per la costruzione di case accessibili e adattabili e si ispira al concetto di design inclusivo per l'edilizia abitativa generale. I 16 criteri di progettazione sono rivolti agli operatori del processo edilizio per indicare possibili strategie per realizzare alloggi utilizzabili per una vasta gamma di persone e per tutto l'arco di vita. Le linee guida introducono anche una certa adattabilità nel layout e nel design degli alloggi, in modo che possano essere effettuati semplici adattamenti via via che le condizioni soggettive mutano nel tempo. Questi criteri sono stati integrati, come guida per le autorità locali, nella più ampia programmazione nazionale insieme al *Lifetime Neighbourhoods*, orientato verso modelli di inclusione sociale e di urbanizzazione *age-friendly*.

- **Luogo**
  UNITED KINGDOM.
- **Temporalità**
  Dal 1990 a oggi.
- **Tipo di azione**
  Politica pubblica.
- **Cluster/Sub-Cluster**
  1. Pratiche innovative che riguardano la vita *in casa* dell'anziano.
  1.3. Adattamento degli alloggi e accessibilità degli edifici.
  3. Politiche e azioni innovative di sistema: regia, informazione, formazione.
- **Riferimenti** (siti web, bibliografia)
  https://www.designingbuildings.co.uk/wiki/Lifetime_homes.

⑤ Rete dei CAAD dell'Emilia-Romagna*

Centri per l'Adattamento dell'Ambiente Domestico

Breve descrizione

Il progetto per la costituzione della *Rete dei CAAD* (Centri Adattamento Ambiente Domestico), insieme alla riorganizzazione della gestione e dell'accesso ai contributi previsti dalla LR n. 29 del 1997, si inserisce in una strategia regionale di ampio respiro finalizzata a favorire la permanenza della persona, anche gravemente non autosufficiente, nel proprio contesto di vita. Obiettivo dell'istituzione dei CAAD è la costruzione di una rete di servizi territoriali di informazione e consulenza per l'adattamento dell'ambiente domestico delle persone anziane e con disabilità. La rete regionale è costituita da: a) dieci Centri provinciali di primo livello per l'adattamento dell'ambiente domestico – CAAD; b) due Centri regionali di secondo livello specializzati sui temi degli ausili/tecnologie e comfort ambientale: il CRA – Centro Regionale Ausili (con sede a Bologna) e il CRIBA – Centro Regionale di Informazione sul Benessere Ambientale (con sede a Reggio Emilia).

- **Luogo**
  ITALIA, Emilia-Romagna.
- **Temporalità**
  Dal 2005 a oggi.
- **Tipo di azione**
  Politica regionale.
- **Cluster/Sub-Cluster**
  1. Pratiche innovative che riguardano la vita *in casa* dell'anziano.
  1.3. Adattamento degli alloggi e accessibilità degli edifici.
  3. Politiche e azioni innovative di sistema: regia, informazione, formazione.
- **Riferimenti** (siti web, bibliografia)
  www.retecaad.it.

⑥ Sinergy

La residenza multigenerazionale

Breve descrizione

Il Progetto *Sinergy* riguarda una struttura residenziale formata da un complesso di ventotto appartamenti integrati da servizi comuni aperti al territorio, esteso dalla piazza principale della città fino ad inglobare i cinquemila metri quadrati del parco pubblico. Attraverso la presenza di quattro famiglie *caregivers* residenti nella struttura, formate *ad hoc*, supervisionate e supportate da operatori professionali, viene garantita la presa in carico dei bisogni assistenziali di circa ventisette persone anziane con necessità di supporto, anche intensivo, per le attività della vita quotidiana, con esigenze sanitarie compatibili con la normale domiciliarità territoriale, nonché la realizzazione di un servizio di guardia nelle 24 ore, supportato da un sistema di monitoraggio domotico ambientale di ultima generazione, esteso anche ai sedici nuclei familiari anziani residenti nell'insediamento ERP.

- **Luogo**
  ITALIA, Lombardia, Varese, Cardano al Campo.
- **Temporalità**
  2014.
- **Tipo**
  Progetto di iniziativa privata in regime di Edilizia Residenziale Pubblica
- **Cluster/Sub-Cluster**
  1. Pratiche innovative che riguardano la vita *in casa* dell'anziano.
  1.3. Adattamento degli alloggi e accessibilità degli edifici.
- **Riferimenti** (siti web, bibliografia)
  http://www.lombardiasociale.it/2013/11/23/rsa-progettare-scenari-sperimentali-per-un-welfare-in-evoluzione/.

⑦ Viviendas Dotacionales

Breve descrizione

Programma di edilizia residenziale pubblica della Municipalità di Barcellona, per anziani e per altri gruppi di popolazione a rischio di esclusione sociale, come studenti o giovani famiglie. Gli appartamenti sono in genere di piccole dimensioni – la superficie minima è di 40 metri quadri – e le caratteristiche costruttive proporzionate alla popolazione che li abiterà: assenza di barriere architettoniche, bagno accessibile, docce a filo pavimento, prese di corrente ad altezza non inferiore a 50 cm, luci di emergenza, sistemi di allarme nei bagni e nelle camere da letto, centralizzati e collegati alla *reception*. La distribuzione degli spazi è flessibile, ad esempio attraverso pareti scorrevoli, mentre le dimensioni ridotte delle unità abitative sono arricchite dall'integrazione in un sistema ampio di spazi e servizi comuni: luoghi di soggiorno, spazi culturali, biblioteche, servizi telematici, servizi di assistenza permanente, ambulatori medici, lavanderia comunitaria, spazi per l'attività fisica

- **Luogo**
  SPAGNA, Barcellona.
- **Temporalità**
  Dal 1999 a oggi.
- **Tipo di azione**
  Politica pubblica – Patronat Municipal de l'Habitage.
- **Cluster/Sub-Cluster**
  1. Pratiche innovative che riguardano la vita *in casa* dell'anziano.
  1.3. Adattamento degli alloggi e accessibilità degli edifici.
  3. Politiche e azioni innovative di sistema: regia, informazione, formazione.
- **Riferimenti** (siti web, bibliografia)
  https://www.barcelona.cat/es/.

NB: * Il caso studio è stato approfondito con un'apposita Scheda nel Capitolo 1, Paragrafo 1.3.

IN-AGE - INclusive AGEing in place
Laboratorio Politiche Sociali, Politecnico di Milano
Dipartimento Architettura e Territorio, Università Mediterranea di Reggio Calabria
Centro Ricerche Economico-Sociali per l'Invecchiamento, INRCA-IRCCS, Ancona

CLUSTER 2. PRATICHE INNOVATIVE CHE RIGUARDANO LA VITA *FUORI CASA* DEGLI ANZIANI

Sub-cluster 2.1. Servizi innovativi per facilitare la socializzazione

① Community Navigators*

Breve descrizione
I *Community Navigators* (*CNs*) sono volontari che si prodigano nell'identificazione e segnalazione di persone anziane difficili da raggiungere, vulnerabili, socialmente isolate o sole, e nel ridurne isolamento e solitudine attraverso i loro interventi.
Questo progetto interessa diverse località dell'Inghilterra e dell'Irlanda del Nord e, pur essendo realizzato con un framework comune, presenta specificità attuative differenti a livello locale.
I *CNs* forniscono gratuitamente, tramite telefonate o visite domiciliari, compagnia, supporto emotivo, pratico e sociale, fungendo da interfaccia tra la comunità e i servizi pubblici esistenti e disponibili. Si riescono così ad individuare ed attivare gli interventi a livello locale più appropriati per i singoli individui, migliorandone salute, benessere e indipendenza. L'attività dei *CNs* consente inoltre agli anziani di discutere delle loro preoccupazioni e li aiuta ad esaminare le opzioni più appropriate per rimanere indipendenti in casa e attivi nella comunità locale.

- **Luogo**
  UK, England: Hythe e Lyminge (villaggi nel Kent), Nord di Bristol; Irlanda del Nord, area del 'Northern Health and Social Care Trust'.
- **Temporalità**
  Bristol, dal 2015 a oggi. In Irlanda del Nord dal 2018 a oggi.
- **Tipo di azione**
  Iniziativa volontaristica, informale, dal basso, autofinanziata.
- **Cluster/Sub-Cluster**
  1. Pratiche innovative che riguardano la vita *in casa* dell'anziano.
     1.2. Nuove tecnologie e domotica nell'abitazione.
  2. Pratiche innovative che riguardano la vita *fuori casa* degli anziani.
     2.1. Servizi innovativi per facilitare la socializzazione.
- **Riferimenti** (siti web, bibliografia)
  http://www.northbristoladvice.org.uk/our-services/community-navigators-north; http://healthallianceni.com/site/wp-content/uploads/2017/09/Community-Navigator-Web-Version.pdf.

② Laboratori di cura di Anteas

Breve descrizione
Il progetto è nato dall'esigenza di creare dei laboratori sociali anche intergenerazionali sulla cura: una sorta di terapia per la malattia della solitudine, dell'isolamento, della fragilità. Sono stati organizzati 64 incontri laboratoriali con iniziative di teatro terapia, musicoterapia, laboratori creativi, *memory training*; laboratori nelle scuole per la valorizzazione delle storie narrate e lasciate in eredità dalle persone anziane. Con i ragazzi si è affrontata inoltre la sfera emotiva e le relazioni da gestire nelle esperienze intergenerazionali di volontariato. Il progetto ha coinvolto; 216 persone anziane di cui 41 senza reti famigliari; 230studenti e 100 volontari.

- **Luogo**
  ITALIA, Marche, Senigallia (AN), Camerino-Muccia (MC), Acquasanta (AP), Falconara Marittima (AN), Pesaro (PS).
- **Temporalità**
  2018-19.
- **Tipo di azione**
  Iniziativa volontaristica di Anteas Marche.
- **Cluster/Sub-Cluster**
  2. Pratiche innovative che riguardano la vita *fuori casa* degli anziani.
     2.1. Servizi innovativi per facilitare la socializzazione.
- **Riferimenti** (siti web, bibliografia)
  https://www.pensionaticislmarche.it/articolo-160/laboratori-di-cura-anteas-le-esperienze-si-raccontano-a-senigallia/.

③ La finestra sul cortile*

Breve descrizione
La Finestra sul Cortile è un progetto attualmente finanziato e condotto da Auser Bologna e Auser Rubiera, che si realizza a Bologna e a Rubiera attraverso la partecipazione degli anziani ad incontri di gruppo, di carattere socio-culturale, ludico e conviviale, organizzati dai referenti del progetto e dai volontari Auser. Lo scopo è quello di contrastare la solitudine involontaria delle persone ultra 65enni che vivono sole, attraverso la ricostruzione, il sostegno ed il consolidamento delle relazioni amicali, con il supporto di volontari dell'Auser, e con l'obiettivo principale di portare gli anziani fuori dalle loro case, per far guardare loro il mondo esterno, non più solo da una finestra o attraverso la TV.

- **Luogo**
  ITALIA, Emilia Romagna, Bologna e Rubiera.
- **Temporalità**
  2005-20.
- **Tipo di azione**
  Iniziativa volontaristica promossa da Auser.
- **Cluster/Sub-Cluster**
  2. Pratiche innovative che riguardano la vita *fuori casa* degli anziani.
  2.1. Servizi innovativi per facilitare la socializzazione.
- **Riferimenti** (siti web, bibliografia)
  https://www.bolognasolidale.it/la-finestra-sul-cortile.

④ Longevità attiva in ambito rurale

Breve descrizione
Questo progetto ha attivamente coinvolto diverse aziende agricole marchigiane e ha previsto l'ideazione e realizzazione di servizi di promozione della qualità della vita rivolti agli anziani da realizzarsi in un contesto rurale, con l'obiettivo di sperimentare i benefici di un *format* di attività rivolte agli anziani, legate alla socializzazione, allo scambio intergenerazionale e alla promozione di stili di vita sani. Le aziende si sono rivelate un valido luogo di aggregazione e apprendimento, capaci di offrire agli anziani servizi sociali e di comunità alternativi al contesto socio-sanitario, attivando laboratori artigianali e di cucina, esperienze di orticoltura, ginnastica posturale, esercizi di memoria e *pet therapy*. Le iniziative hanno stimolato l'interesse ad apprendere alcune mansioni legate alla campagna, oltre a favorire la socializzazione e prevenire l'isolamento, avendo un effetto positivo su umore e autostima. Anche dopo la fine del progetto, alcune aziende agricole hanno continuato a svolgere le attività progettuali. Il coordinamento scientifico è dell'INRCA IRCCS di Ancona.

- **Luogo**
  ITALIA, Marche.
- **Temporalità**
  2014-16.
- **Tipo di azione**
  Progetto finanziato da un ente pubblico (Regione Marche).
- **Cluster/Sub-Cluster**
  2. Pratiche innovative che riguardano la vita *fuori casa* degli anziani.
  2.1. Servizi innovativi per facilitare la socializzazione.
- **Riferimenti** (siti web, bibliografia)
  https://www.insalutenews.it/in-salute/longevita-attiva-in-ambito-rurale-premiato-linrca-alloscar-green-2016/

⑤ Mais proximidade melhor vida*

Breve descrizione
L'Associazione *Mais Proximidade Melhor Vida* si rivolge a persone ultra 65enni residenti nella 'Baixa' di Lisbona che rischiano di essere sole e/o isolate per via delle caratteristiche dell'abitazione in cui risiedono (appartamenti posti a piani alti di edifici senza ascensore) e/o per via delle proprie condizioni psicofisiche e famigliari. I suoi beneficiari sono prevalentemente donne ultraottantenni. A loro favore presta visite a domicilio, forme di contatto continuativo (telefonico o in presenza), supporto nel fissare appuntamenti medici e accompagnamento a tali appuntamenti, ritiro di referti, supporto alla compliance farmacologica, accompagnamento verso altre destinazioni. L'associazione ha una pluralità di partner e sponsor e questa capacità di coinvolgimento è un punto di forza evidente dato che le attività sono per oltre il 50% finanziate da privati. Inoltre l'associazione coordina le agenzie e i soggetti gravitanti attorno alle persone anziane affinché possano avere accesso alle risorse esistenti che, altrimenti, non potrebbero essere utilizzate.

- **Luogo**
  EUROPA, PORTOGALLO, Lisbona, quartieri 'Baixa de Lisboa' e 'Mouraria' (centro storico della città).
- **Temporalità**
  Dal 2014 a oggi.
- **Tipo**
  Iniziativa volontaristica, informale, dal basso, autofinanziata.
- **Cluster/Sub-Cluster**
  2. Pratiche innovative che riguardano la vita *fuori casa* degli anziani.
  2.1. Servizi innovativi per facilitare la socializzazione.
- **Riferimenti** (siti web, bibliografia)
  https://www.mpmv.pt/.

⑥ Re-engage

ex Contact the Elderly, ex Rebrand

Breve descrizione

Questa tipologia di sostegno agli anziani consiste nella creazione di gruppi sociali, che riuniscono gli anziani (soprattutto over80) in un momento della loro vita in cui i loro circoli sociali stanno diminuendo. Nel 2019, quasi 7000 ospiti anziani facevano parte di oltre 900 gruppi in tutto il Regno Unito, supportati da 12.000 volontari. Questa organizzazione benefica nazionale organizza tè pomeridiani della domenica pomeriggio gratuiti per piccoli gruppi di anziani di età pari o superiore a 75 anni – che vivono soli senza la famiglia e gli amici nelle vicinanze - nelle comunità locali in Inghilterra, Scozia e Galles. La rete di gruppi di amicizia continua a crescere attraverso l'aumento del numero di volontari e delle partnership con le organizzazioni di volontariato statutarie e di altro tipo.

- **Luogo**
  REGNO UNITO, Londra.
- **Temporalità**
  Dal 1965 a oggi.
- **Tipo di azione**
  Iniziativa volontaristica (Associazione di volontariato a livello nazionale, *Re-engage*).
- **Cluster/Sub-Cluster**
  2. Pratiche innovative che riguardano la vita *fuori casa* degli anziani.
  2.1. Servizi innovativi per facilitare la socializzazione.
- **Riferimenti** (siti web, bibliografia)
  https://www.reengage.org.uk/about-us/.

⑦ The Chatty Café Scheme*

Breve descrizione

Chatty Café Scheme, avviato nel 2017 come piccola iniziativa per combattere la solitudine – delle persone anziane ma non solo – si rivolge a locali commerciali dedicati al *food* e chiede loro di destinare uno o più tavoli all'incontro di avventori affinché possano fare conoscenza e chiacchierare in un contesto 'protetto' e 'riconoscibile'. Le persone possono sostare e avviare una conversazione o meno, sapendo che si tratta di un luogo amichevole e dove ci si aspetta che si sia disposti e desiderosi di parlare e interagire. Si avvale di una piattaforma digitale di facile accesso, utile per far sì che le persone possano individuare il locale *Chatty* più vicino. Il *partner* principale del progetto è la catena Costa Coffee; al 2020 circa 440 locali ha aderito all'iniziativa.

- **Luogo**
  REGNO UNITO e altri paesi in cui è stato esportato.
- **Temporalità**
  Dal 2017 a oggi.
- **Tipo di azione**
  Iniziativa privata.
- **Cluster/Sub-Cluster**
  2. Pratiche innovative che riguardano la vita *fuori casa* degli anziani.
  2.1. Servizi innovativi per facilitare la socializzazione.
- **Riferimenti** (siti web, bibliografia)
  https://thechattycafescheme.co.uk.

NB: * Il caso studio è stato approfondito con un'apposita Scheda nel Capitolo 2, Paragrafo 2.1.

IN-AGE - INclusive AGEing in place
Laboratorio Politiche Sociali, Politecnico di Milano
Dipartimento Architettura e Territorio, Università Mediterranea di Reggio Calabria
Centro Ricerche Economico-Sociali per l'Invecchiamento, INRCA-IRCCS, Ancona

CLUSTER 2. PRATICHE INNOVATIVE CHE RIGUARDANO LA VITA *FUORI CASA* DEGLI ANZIANI

Sub-cluster 2.2. Servizi innovativi per la mobilità e progetti urbani age-friendly

① Age-friendly Leeds*

Strategy and Action Plan 2019-22

Breve descrizione

Nel 2014 viene lanciata la strategia di fare di Leeds 'la migliore città in cui invecchiare' (Best City to Grow Old) e viene avviato un processo attuativo incardinato su tre pre-condizioni particolarmente favorevoli: i) la presenza di un volontariato attivo, proattivo e cooperativo (il Leeds Older People's Forum – LOPF); ii) il bagaglio di esperienze di micro-volontariato locale (reti di vicinato) che nel tempo si strutturano nel Leeds Neighbourhood Network; iii) la capacità dell'amministrazione locale di assumere un ruolo di coordinamento e di lavorare sull'integrazione delle politiche e sulla costruzione di reti multilivello. In questo contesto la strategia di fare di Leeds la migliore città in cui invecchiare viene inserita tra le otto priorità del Best Council Plan 2019-21 che acquisisce l'impalcato dell'*Action Plan 2019-22* e lo integra con le altre priorità strategiche individuate per la città e con le sperimentazioni già avviate negli anni precedenti.

- **Luogo**
  UNITED KINGDOM, Provincia Yorkshire and the Humber, Leeds.
- **Temporalità**
  Dal 1994 a oggi.
- **Tipo di azione**
  Iniziativa volontaristica divenuta successivamente politica pubblica.
- **Cluster/Sub-Cluster**
  2. Pratiche innovative che riguardano la vita *fuori casa* degli anziani.
  2.1. Servizi innovativi per facilitare la socializzazione.
  2.2. Servizi innovativi per la mobilità e progetti urbani *age-friendly*.
  3. Politiche e azioni innovative di sistema: regia, informazione, formazione.
- **Riferimenti** (siti web, bibliografia)
  https://www.leeds.gov.uk/age-friendly-leeds.

② Anziani in rete*

Breve descrizione

Il Progetto *Anziani in Rete* nasce su iniziativa dell'omonima Onlus di Carpi, che si è costituita nel 2012, stesso anno di avvio del progetto, allo scopo di portare un sostegno alla realtà delle persone fragili (anziani e non) presenti sul territorio dell'Unione comuni Terre d'Argine, in Emilia-Romagna. La Onlus, nell'ambito del progetto, continua tutt'oggi ad erogare, oltre al principale servizio di supporto e accompagnamento sociale, anche un servizio di telefonia sociale rivolto alle persone fragili, e uno di compagnia, dedicato alle persone anziane che vivono da sole e che hanno una mobilità ridotta, le quali ricevono una telefonata ogni due/tre giorni dalle volontarie dell'Associazione Il Faro.

- **Luogo**
  ITALIA, Emilia-Romagna, Unione Terre d'Argine (Provincia di Modena).
- **Temporalità**
  2012-20
- **Tipo di azione**
  Iniziativa volontaristica dal basso.
- **Cluster/Sub-Cluster**
  2. Pratiche innovative che riguardano la vita *fuori casa* degli anziani.
  2.2. Servizi innovativi per la mobilità e progetti urbani *age-friendly*.
- **Riferimenti** (siti web, bibliografia)
  https://www.comune.carpi.mo.it/conoscere-carpi/la-citta/12132-associazioni/anziani-in-rete/72727-gruppo-di-volontari-il-faro-extra-centrianziani.

③ Ardee Age-Friendly Town

Breve descrizione
Nell'ambito del *Louth Age-friendly County Programme*, il programma ha trasformato Ardee nella prima *Age-Friendly Town* in Irlanda in occasione del rinnovo del *Local Area Plan*. Le iniziative promosse sono di diverso tipo: ampliamento della possibilità delle scelte residenziali degli anziani con la messa a disposizione di unità abitative supportate da servizi; sviluppo di servizi essenziali e luoghi di aggregazione a non più di cinque minuti a piedi; installazione di sedute e *toilette* adattate, rifacimento di attraversamenti, messa in sicurezza della mobilità e altro ancora. Ardee è diventata un esempio su cui si poggia lo sviluppo del Programma Nazionale. Localmente sono stati ingaggiate organizzazioni che offrono servizi molto interessanti come il *care and repair*, servizi di assistenza alla casa, piccoli lavori domestici di riparazione, resi da artigiani certificati, a bassissimo costo.

- **Luogo**
  IRLANDA.
- **Temporalità**
  2010-20.
- **Tipo di azione**
  Politica pubblica di Contea in applicazione del Programma nazionale *Age-friendly Counties (AFC) Programme.*
- **Cluster/Sub-Cluster**
  2. Pratiche innovative che riguardano la vita *fuori casa* degli anziani.
  2.2. Servizi innovativi per la mobilità e progetti urbani *age-friendly*.
- **Riferimenti** (siti web, bibliografia)
  https://www.coopalleanza3-0.it/.

④ Centro 'Anziani e bambini insieme'

Breve descrizione
Il progetto ha la finalità di creare uno spazio catalizzatore urbano che promuove l'intergenerazionalità. In una sola struttura trovano sede: a) un asilo nido, b) una casa di riposo (convenzionata con il comune e con l'Azienda sanitaria); c) un centro diurno per anziani (convenzionato con il comune e con l'Azienda sanitaria); d) una biblioteca intergenerazionale. Obiettivi specifici riguardanti le persone anziane sono: i) restituzione di un ruolo di adulto responsabile che li vede parte di un progetto di crescita dei bimbi; ii) mantenimento dei legami sociali e contrasto all'isolamento e solitudine; iii) valorizzazione della loro esperienza di vita e del loro passato; iv) contribuire al mantenimento e alla riattivazione delle capacità e delle autonomie funzionali dei singoli.

- **Luogo**
  ITALIA, Emilia-Romagna, Piacenza.
- **Temporalità**
  Dal 2007 a oggi.
- **Tipo di azione**
  Progetto pubblico-privato (Unicoop, Regione Emilia-Romagna, Comune Piacenza).
- **Cluster/Sub-Cluster**
  2. Pratiche innovative che riguardano la vita *fuori casa* degli anziani.
  2.2. Servizi innovativi per la mobilità e progetti urbani *age-friendly*.
- **Riferimenti** (siti web, bibliografia)
  http://www.regione.emilia-romagna.it/notizie/2018/settembre/al-via-a-piacenza-il-nuovo-anno-educativo-del-centro-anziani-e-bambini-insieme-una-realta-unica-in-italia.

⑤ CITabilitY*

Una città per tutte le abilità dove poter essere diversamente uguali

Breve descrizione
L'iniziativa, finalizzata all'elaborazione di indirizzi e criteri per la rigenerazione dello spazio pubblico pedonale, mira a definire, attraverso la promozione di un processo partecipativo, un 'Patto di collaborazione' per realizzare spazi pubblici urbani universalmente accessibili. *CITabilitY* vuole avviare un ragionamento sull'accessibilità della città, valorizzando il contributo che viene dalla partecipazione di persone portatrici di differenti abilità e differenti punti di vista. Il presupposto di partenza che si propone il progetto è quello di superare l'impianto culturale dei PEBA (Piani Eliminazione Barriere Architettoniche) per tendere alla concezione più moderna dei 'Piani di accessibilità'. Per operare questo superamento l'iniziativa si propone di sperimentare la transizione da un approccio esclusivamente normativo ad uno progettuale; da una visione specialistica ad una integrata; da una dimensione tecnica ad una sociale. È in questo ambito che si colloca il percorso *CITablitY* (Comune di Santarcangelo, 2018a).

- **Luogo**
  ITALIA, Emilia-Romagna, Provincia di Rimini, Santarcangelo di Romagna.
- **Temporalità**
  2007-10.
- **Tipo di azione**
  Politica pubblica.
- **Cluster/Sub-Cluster**
  2. Pratiche innovative che riguardano la vita *fuori casa* degli anziani.
  2.1. Servizi innovativi per facilitare la socializzazione.
  2.2. Servizi innovativi per la mobilità e progetti urbani *age-friendly*.
- **Riferimenti** (siti web, bibliografia)
  https://www.santarcangeloaccogliente.it/.

⑥ DIVAA*

DIjon Ville-Amie des Aînés

Breve descrizione

Il Progetto *DIjon Ville-Amie des Aînés (DIVAA)* promuove l'inclusione e il senso di comunità all'interno della città e non è concepito esclusivamente come un'iniziativa per le persone che invecchiano, ma piuttosto come un progetto che può favorire diverse fasce di età. Dijon «mira a immaginare una città che risponda alle esigenze dei giovani e degli anziani di oggi e di domani» (Dijon Ville Amie des Aînés, 2016). L'obiettivo non è quindi quello di costruire una città dedicata solo agli anziani, né di limitare l'approccio a una risposta medico-sociale, ma di pensare alla città in un progetto globale, in un processo dinamico, ricco di diversità e di lavorare per potenziarne le capacità evolutive in termini di innalzamento della qualità della vita. La prospettiva intergenerazionale che caratterizza lo sviluppo delle iniziative a misura di anziano è uno dei pilastri del programma di Dijon. Il progetto viene avviato dalla municipalità nel 2009 e nel 2010 Dijon riceve il riconoscimento di *Age-friendly city* da parte del WHO.

- **Luogo**
  FRANCIA, Borgogne, Franche-Comte, Dipartimento Côte d'Or Dijon.
- **Temporalità**
  Dal 2009 a oggi.
- **Tipo di azione**
  Politica pubblica.
- **Cluster/Sub-Cluster**
  2. Pratiche innovative che riguardano la vita *fuori casa* degli anziani.
  2.2. Servizi innovativi per la mobilità e progetti urbani *age-friendly*.
  3. Politiche e azioni innovative di sistema: regia, informazione, formazione.
- **Riferimenti** (siti web, bibliografia)
  https://www.dijon.fr/Dijon-au-quotidien/Senior/Divaa-mieux-vivre-ensemble-dans-la-ville.

⑦ Euskadi Lagunkoia*

Breve descrizione

Il Progetto *Euskadi Lagunkoia*, lanciato in via sperimentale nel 2012-13, viene incluso nel quadro della 'Estrategia Vasca de Envejecimiento Activo 2015-20' e si basa sul principio che il prolungamento della vita attiva e autonoma delle persone sia strettamente interconnesso alla progettazione degli spazi pubblici, alla sicurezza e all'adeguatezza degli ambienti domestici. Un ambiente 'amichevole' per le persone anziane deve riorganizzare le sue strutture e servizi in modo che siano accessibili e adattabili alle diverse esigenze e capacità degli individui. Tale iniziativa si avvia nella città di Donostia/San Sebastián e successivamente viene intrapresa anche in altre città dei Paesi Baschi. Questa dinamica favorisce, nel 2012, il passaggio da un'azione a livello urbano ad una a livello regionale. L'iniziativa *Euskadi Lagunkoia* promossa ed attuata dal Dipartimento per le politiche sociali e del lavoro del governo regionale basco e dall'Istituto gerontologico di Matia, coinvolge 65 comuni dei Paesi Baschi.

- **Luogo**
  SPAGNA, Paesi Baschi (Comunidad Autónoma de Euskadi – CAE), 65 comuni coinvolti nel 2020.
- **Temporalità**
  Dal 2012 a oggi
- **Tipo di azione**
  Politica pubblica.
- **Cluster/Sub-Cluster**
  2. Pratiche innovative che riguardano la vita *fuori casa* degli anziani.
  2.2. Servizi innovativi per la mobilità e progetti urbani *age-friendly*.
  3. Politiche e azioni innovative di sistema: regia, informazione, formazione.
- **Riferimenti** (siti web, bibliografia)
  https://www.euskadilagunkoia.net/es/.

⑧ Giuseppina

Breve descrizione

Nel corso del 2007, a Ferrara, si è dato avvio ad un progetto sperimentale, denominato *Giuseppina* (dal nome della zia del dirigente comunale del tempo, che voleva rappresentare il nome di una tipica utente dell'accompagnamento sociale, cioè una donna anziana sola), rivolto agli anziani residenti nelle Circoscrizioni del Comune di Ferrara, soprattutto donne sole (l'80% degli utenti), con particolare riferimento agli ultrasettantacinquenni che vivono soli al proprio domicilio. Il progetto prevede fra le altre attività la messa in rete di mezzi di trasporto di associazioni del terzo settore, al fine di dare l'opportunità alle persone di 75 anni e oltre di aumentare le proprie possibilità di socializzazione, in particolare permettendo loro di essere accompagnate, in caso di mancanza di autonomia e reti familiari, per effettuare visite mediche e terapie, fare la spesa o raggiungere luoghi di aggregazione sociale. Il progetto prevede inoltre un servizio di assistenza telefonica.

- **Luogo**
  ITALIA, Ferrara.
- **Temporalità**
  Dal 2007 a oggi.
- **Tipo di azione**
  Politica pubblica, con partecipazione di associazioni di volontariato, commercianti e farmacie.
- **Cluster/Sub-Cluster**
  1. Pratiche innovative che riguardano la vita *in casa* dell'anziano.
  1.1. Servizi innovativi a domicilio.
  2. Pratiche innovative che riguardano la vita *fuori casa* degli anziani.
  2.2. Servizi innovativi per la mobilità e progetti urbani *age-friendly*.
- **Riferimenti** (siti web, bibliografia)
  https://servizi.comune.fe.it/index.phtml?id=2797.

⑨ Mobil-Age

Breve descrizione
Il Progetto *Mobil-Age* ha consentito lo sviluppo dell'App *Mobile-Age*, che offre servizi su misura per le esigenze degli anziani ed è già disponibile in diverse lingue. Inoltre, il sito web del progetto è ora una piattaforma preziosa per gli sviluppatori di app per accedere in modo efficiente ai dati rilevanti e creare i propri servizi. L'obiettivo del progetto era lo sviluppo di un modello trasferibile, che potesse essere facilmente implementato e sviluppato nelle città dell'Unione Europea. Esperienze pilota dei servizi digitali hanno avuto luogo in quattro località, ritenute già innovative nel loro approccio all'integrazione degli anziani nello sviluppo dei servizi urbani: Brema (Germania), South Lakeland (Regno Unito), Salonicco (Grecia) e Saragozza (Spagna).

- **Luogo**
  EUROPA, GERMANIA, UNITED KINGDOM, SPAGNA, GRECIA, Brema, South Lakeland, Saragozza, Salonicco.
- **Temporalità**
  2018-20.
- **Tipo di azione**
  Progetto finanziato da ente pubblico (UE) 'Progetto AGE Platform Europe'.
- **Cluster/Sub-Cluster**
  2. Pratiche innovative che riguardano la vita *fuori casa* degli anziani.
  2.2. Servizi innovativi per la mobilità e progetti urbani *age-friendly*.
- **Riferimenti** (siti web, bibliografia)
  https://www.mobile-age.eu/.

⑩ Parques para Mayores – Paruqes bio-saludables

Breve descrizione
A Bilbao, in Spagna, un parco pubblico è stato attrezzato con giochi cognitivi e installazioni per fare esercizio fisico per intrattenere gli anziani. Un modo per tenere allenati mente e corpo, ma anche per stimolare la socializzazione e per far passare loro più tempo all'aria aperta. In Spagna tali progetti, che rientrano nella più nota nomenclatura internazionale di 'Healing garden', sono sperimentati da molti anni.

- **Luogo**
  SPAGNA, Bilbao.
- **Temporalità**
  2019.
- **Tipo di azione**
  Politica pubblica.
- **Cluster/Sub-Cluster**
  2. Pratiche innovative che riguardano la vita *fuori casa* degli anziani.
  2.2. Servizi innovativi per la mobilità e progetti urbani *age-friendly*.
- **Riferimenti** (siti web, bibliografia)
  https://www.bilbao.eus/cs/Satellite?cid=3000093936&language=es&pagename=Bilbaonet%2FPage%2FBIO_ListadoServicios.

⑪ Red de Huertos urbanos

Breve descrizione
Dal 1997 il Comune di Barcellona offre circa 350 lotti urbani coltivabili, in una rete di 13 orti urbani; sono gestiti da pensionati e anziani, che qui ritrovano il contatto con la terra e con la campagna, in piena città; i lotti vengono assegnati a estrazione e l'assegnazione dura cinque anni, non rinnovabili, perché ci sono lunghe code di attesa. Il progetto si inserisce in una politica per favorire l'invecchiamento attivo che vede la municipalità di Barcellona molta attiva nella promozione di molteplici azioni a sostegno di tale finalità.

- **Luogo**
  SPAGNA, Barcellona.
- **Temporalità**
  Dal 1997 a oggi.
- **Tipo di azione**
  Politica pubblica.
- **Cluster/Sub-Cluster**
  2. Pratiche innovative che riguardano la vita *fuori casa* degli anziani.
  2.2. Servizi innovativi per la mobilità e progetti urbani *age-friendly*.
- **Riferimenti** (siti web, bibliografia)
  https://ajuntament.barcelona.cat/ecologiaurbana/es/servicios/la-ciudad-funciona/mantenimiento-del-espacio-publico/gestion-del-verde-y-biodiversidad/huertos-urbanos.

⑫ Spazi Pubblici a Misura di Anziano – SPMA

Breve descrizione
Il Progetto *Spazi Pubblici a Misura di Anziano – SPMA* viene avviato nel 2015 a Locarno. L'iniziativa, che si colloca nell'ambito delle raccomandazioni dell'OMS per la costruzione di 'città *Age-friendly.'*, si propone di elevare la qualità della vita, della sicurezza e della vita sociale delle persone anziane e di sperimentare la costruzione di spazi pubblici a misura di anziano. L'iniziativa ha suscitato anche l'interesse del Cantone e potrebbe tradursi in un modello di riferimento riproducibile anche in altri comuni ticinesi. Il progetto, caratterizzato da sinergie multiattoriali e multisettoriali, ha trovato un momento qualificante nel processo partecipativo attivato che ha consentito di verificare anche le esigenze espresse dalla popolazione anziana della città. Nel 2019 il 70% delle misure previste risulta già attuato o in avanzata fase di attuazione.

- **Luogo**
  SVIZZERA, Ticino, Distretto di Locarno, Locarno.
- **Temporalità**
  Dal 2013 a oggi.
- **Tipo di azione**
  Politica pubblica municipale.
- **Cluster/Sub-Cluster**
  2. Pratiche innovative che riguardano la vita *fuori casa* degli anziani.
  2.1. Servizi innovativi per facilitare la socializzazione.
  2.2. Servizi innovativi per la mobilità e progetti urbani *age-friendly*.
  3. Politiche e azioni innovative di sistema: regia, informazione, formazione.
- **Riferimenti** (siti web, bibliografia)
  https://www.locarno.ch/it/locarno-a-misura-di-anziano.

⑬ STACCO*

Servizio Trasporto e ACCOmpagnamento

Breve descrizione
Il Progetto *Stacco*, promosso da associazioni di volontariato locali e cofinanziato dalla Regione Veneto, realizza un servizio di trasporto e accompagnamento gratuito per anziani residenti in alcune province Venete. È un servizio gratuito per l'utente, erogato grazie a persone che offrono la propria disponibilità e il proprio tempo a titolo volontario. Tale servizio è organizzato dalle associazioni di volontariato in coordinamento con gli enti locali, attraverso un sistema a chiamata, al quale è possibile accedere con una semplice telefonata di prenotazione o compilando una scheda richiesta di trasporto. Il servizio è attivabile per richieste di accompagnamento finalizzate a effettuare visite mediche, cure riabilitative e terapie mediche, esami e controlli, pratiche di ufficio e attività formative, di socializzazione, ludico-ricreative. Il servizio permette anche di partecipare a progetti personalizzati e/o specifici. Ogni utente può usufruire del servizio per massimo cinque trasporti al mese sostenuti economicamente dal progetto, mentre quelli dal sesto in poi sono a carico delle associazioni.

- **Luogo**
  ITALIA, Veneto, Province di Belluno, Treviso, Venezia, Verona, Vicenza.
- **Temporalità**
  Dal 2014 a oggi.
- **Tipo di azione**
  Iniziativa volontaristica dal basso cofinanziata da ente pubblico.
- **Cluster/Sub-Cluster**
  2. Pratiche innovative che riguardano la vita *fuori casa* degli anziani.
  2.2. Servizi innovativi per la mobilità e progetti urbani *age-friendly*.
- **Riferimenti** (siti web, bibliografia)
  https://bur.regione.veneto.it/BurvServices/Pubblica/DettaglioDgr.aspx?id=406271.

⑭ Taxi sociale

Corriere familiare per anziani e minori con limitata autonomia

Breve descrizione
Il Servizio di *Taxi sociale* è rivolto a persone con limitata autonomia che vivono in una condizione di parziale o totale assenza dalla rete sociale. Il servizio di accompagnamento di ADA, nasce per garantire in qualsiasi momento e a qualsiasi ora una migliore mobilità a soggetti più deboli, alle persone più svantaggiate, ai disabili, agli anziani, ma è con la collaborazione di istituzioni e operatori economici, che può permetterne la realizzazione. Infatti, attraverso convenzioni e spazi pubblicitari a loro destinati, potranno permettere al servizio di abbattere i costi attualmente in vigore a copertura delle spese di gestione. Il servizio è gratuito per alcune categorie di utenti.

- **Luogo**
  ITALIA, Toscana, Firenze.
- **Temporalità**
  Dal 2018 a oggi.
- **Tipo di azione**
  Iniziativa volontaristica di ADA (autofinanziata).
- **Cluster/Sub-Cluster**
  2. Pratiche innovative che riguardano la vita *fuori casa* degli anziani.
  2.2. Servizi innovativi per la mobilità e progetti urbani *age-friendly*.
- **Riferimenti** (siti web, bibliografia)
  https://www.corrierefamiliare.com/2018/05/taxi-sociale-servizio-per-gli-anziani.html.

⑮ UrbAging

Designing urban space for an aging society

Breve descrizione

Le Città di Lugano e Uster sono state l'oggetto di una ricerca, finanziata nell'ambito del PNR 54 «Sviluppo sostenibile dell'ambiente costruito» del Fondo Nazionale Svizzero (FNS, 2007-08), dal titolo 'UrbAging: pianificare e progettare lo spazio urbano per una società che invecchia'. La ricerca ha coinvolto gli anziani delle Città di Lugano e di Uster al fine di raccogliere suggerimenti e indicazioni per una città accessibile e fruibile in sicurezza. Gli anziani coinvolti hanno evidenziato come bisogni specifici: percorsi pedonali sicuri, ben accessibili e privi di barriere, servizi di base e luoghi di incontro coperti e all'aperto. Questo lavoro condiviso con gli anziani, ha permesso di definire i criteri per uno spazio pubblico a misura di anziano. Le raccomandazioni emerse sono confluite in uno strumento di aiuto alla decisione utile alla pianificazione e alla progettazione urbana, utilizzabile sul sito *web* del progetto.

- **Luogo**
  SVIZZERA, Lugano, Uster.
- **Temporalità**
  2007-08.
- **Tipo di azione**
  Iniziativa promossa dall'Accademia di Architettura e dalla scuola universitaria professionale di Rapperswil e finanziata da Fondo Nazionale Svizzero.
- **Cluster/Sub-Cluster**
  2. Pratiche innovative che riguardano la vita *fuori casa* degli anziani.
  2.2. Servizi innovativi per la mobilità e progetti urbani *age-friendly*.
- **Riferimenti** (siti web, bibliografia)
  https://www.urbaging.ch/.

⑯ Vacanze serene

Breve descrizione

Nel 2014 ad Oristano l'Auser avvia il progetto di una colonia estiva diurna per le persone anziane. L'occasione è l'affidamento all'Auser da parte del Comune di una villa sul mare (Villa Baldino), donata al comune con il vincolo dello svolgimento di attività sociali. Gli obiettivi del progetto sono: offrire alla persona anziana occasioni di incontro e di svago che le restituiscono il senso e il valore della propria vita; favorire incontri, relazioni e la nascita di rapporti solidali e di amicizia tra persone provenienti da contesti sociali diversi. Le attività della colonia estiva si svolgono dalle ore 8.00 alle 18.00 e prevedono il servizio di accompagnamento. Hanno partecipato ogni anno oltre 120 persone anziane alla colonia estiva. Sono stati utilizzati due mezzi di trasporto Auser e le attività sono state svolte da 18 volontari Auser (di cui due autisti). L'Auser organizza inoltre incontri nel periodo invernale al fine di consolidare le relazioni che si sono create tra gli utenti del servizio.

- **Luogo**
  ITALIA, Sardegna, Oristano (località Torregrande).
- **Temporalità**
  2010-15.
- **Tipo di azione**
  Progetto cofinanziato da ente pubblico (comune) e Ente privato Auser.
- **Cluster/Sub-Cluster**
  2. Pratiche innovative che riguardano la vita *fuori casa* degli anziani.
  2.2. Servizi innovativi per la mobilità e progetti urbani *age-friendly*.
- **Riferimenti** (siti web, bibliografia)
  Auser (2016) *Il saper fare. Viaggio nell'Italia della solidarietà. Le buone pratiche dell'Auser*, Edit Coop: Roma.

NB: * Il caso studio è stato approfondito con un'apposita Scheda nel Capitolo 2, Paragrafo 2.2.

IN-AGE - INclusive AGEing in place
Laboratorio Politiche Sociali, Politecnico di Milano
Dipartimento Architettura e Territorio, Università Mediterranea di Reggio Calabria
Centro Ricerche Economico-Sociali per l'Invecchiamento, INRCA-IRCCS, Ancona

CLUSTER 3. POLITICHE E AZIONI INNOVATIVE DI SISTEMA: REGIA, INFORMAZIONE, FORMAZIONE

① Ageing Well in Wales

Breve descrizione
Appoggiato al 'Older People's Commissioner for Wales', *Ageing Well in Wales* è un Programma realizzato da partnership tra individui, gruppi comunitari, governo nazionale e governi locali, organizzazioni del terzo settore. È il primo programma di questo tipo in UK ed è complementare all'azione di governo 'Welsh Government's Strategy for Older People'. Ogni autorità locale in Galles ha prodotto un piano di invecchiamento locale, fornendo dettagli sulle azioni che stanno intraprendendo per contribuire agli obiettivi dell'invecchiamento in Galles. I piani contengono azioni su: sviluppo di spazi e città *Age-friendly*, contrasto alla solitudine, supporto degli anziani affetti da demenza, prevenzione delle cadute.

- **Luogo**
  UNITED KINGDOM, Galles.
- **Temporalità**
  Dal 2014 a oggi.
- **Tipo di azione**
  Politica pubblica.
- **Cluster/Sub-Cluster**
  3. Politiche e azioni innovative di sistema: regia, informazione, formazione.
- **Riferimenti** (siti web, bibliografia)
  http://www.ageingwellinwales.com/en/home.

② Aging @ Coimbra

Breve descrizione
Aging @ Coimbra è un Consorzio composto da oltre 50 organizzazioni volto a rafforzare il ruolo degli anziani nella società e l'applicazione di buone pratiche per il loro benessere generale e per l'invecchiamento attivo. Il suo obiettivo principale è migliorare la vita dei cittadini anziani nella 'Regiao Centro de Portugal' (unica regione portoghese riconosciuta dall'Unione Europea come una delle 77 regioni per lo sviluppo del *Healthy Ageing*) attraverso lo sviluppo di mezzi diagnostici, servizi sociali e sanitari innovativi. Il consorzio è composto da una pluralità di attori (Università, Centri di ricerca, incubatori di impresa, centri di sviluppo professionale, aziende) che operano attraverso i seguenti gruppi di azione: adesione terapeutica; prevenzione delle cadute; prevenzione della fragilità; monitoraggio sanitario a distanza; e servizi per anziani. Il consorzio è in grado di captare molteplici risorse di finanziamento per le sue attività. Il consorzio assieme alla Regione hanno compilato un *report* delle buone pratiche rivolte agli anziani in cui si trovano circa 100 iniziative svolte a livello locale.

- **Luogo**
  PORTOGALLO.
- **Temporalità**
  Dal 2012 a oggi.
- **Tipo di azione**
  Iniziativa pubblica con partnership private.
- **Cluster/Sub-Cluster**
  3. Politiche e azioni innovative di sistema: regia, informazione, formazione.
- **Riferimenti** (siti web, bibliografia)
  https://ageingcoimbra.pt/.

③ Anziano fragile: verso un welfare comunitario

Breve descrizione
Anziano fragile: verso un welfare comunitario è un Progetto nazionale che si propone di realizzare un'articolata azione di tutela, inclusione, informazione e valorizzazione della popolazione anziana. Le attività prevedono il coinvolgimento delle famiglie degli anziani, ma anche di Enti e realtà locali che si occupano di assistenza e cura, al fine di fare emergere ciò che funziona meglio in una determinata realtà territoriale e valorizzarlo in ambito nazionale. Lo scopo ultimo è quello di accrescere la sensibilità sul tema e stimolare una maggiore omogeneità dei servizi offerti nei diversi territori. L'impostazione delle attività progettuali 'in rete' con Istituzioni, Sistema Sanitario e Terzo Settore si propone di attuare il concetto di *welfare comunitario*, inteso non solo come sistema di politica sociale fondata sul principio di corresponsabilità della società civile ma anche come benessere 'di comunità' dell'anziano, nella misura in cui il benessere passa anche attraverso il mantenimento e la cura degli interessi e delle relazioni.

- **Luogo**
  EUROPA, Italia, 18 regioni.
- **Temporalità**
  2017-20.
- **Tipo di azione**
  Progetto finanziato da CONFCONSUMATORI e ANCeSCAO APS (Associazione Nazionale Centri sociali, Comitati Anziani e Orti) e cofinanziato dal Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali.
- **Cluster/Sub-Cluster**
  3. Politiche e azioni innovative di sistema: regia, informazione, formazione.
- **Riferimenti** (siti web, bibliografia)
  https://www.ancescao.it/bandi-e-progetti/anziano-fragile.

④ Attenti alle truffe

Breve descrizione
Il comune ha allestito una rete di prevenzione, coinvolgendo la polizia locale, i medici di base e alcuni psicoterapeuti, per sostenere psicologicamente le vittime di raggiri e aiutare gli anziani a riconoscere i truffatori. E per aiutare gli anziani a riconoscere i truffatori e a ricordar loro che non si deve mai esitare a chiamare le forze dell'ordine in caso di bisogno, il comune ha realizzato dei corsi informativi per arginare il fenomeno, sempre più diffuso delle truffe a domicilio a danno di persone anziane. Durante le lezioni vengono illustrati i metodi classici utilizzati dai malviventi per conquistare la fiducia delle persone e sottrarre loro denaro. Inoltre si cerca di fare in modo che gli anziani imparino a memoria i numeri di telefono dei Carabinieri e dei Vigili. Soluzioni analoghe sono state individuate anche a Pescara e Ancona.

- **Luogo**
  ITALIA, Brescia (ma anche Pescara e Ancona).
- **Temporalità**
  2019.
- **Tipo di azione**
  l Comune di Brescia ha allestito una rete di prevenzione, coinvolgendo la polizia locale, i medici di base e alcuni psicoterapeuti.
- **Cluster/Sub-Cluster**
  3. Politiche e azioni innovative di sistema: regia, informazione, formazione.
- **Riferimenti** (siti web, bibliografia)
  http://www.comune.brescia.it/news/2019/giugno/Pagine/Attenti-alle-truffe.aspx.

⑤ Filo d'Argento

Breve descrizione
È lo strumento principale con cui Auser realizza le attività di sostegno e protezione e attraverso il quale gli anziani possono richiedere aiuto e venire in contatto con le strutture Auser del territorio. Gli interventi di sostegno riguardano: accompagnamento protetto con auto, consegna pasti a domicilio, consegna spesa e farmaci, piccoli aiuti in casa, disbrigo pratiche burocratiche, compagnia telefonica, compagnia a casa, attività di socializzazioni presso case di riposo e RSA. Le ore di volontariato svolte in anno sono quasi 2 milioni e 700.000, più di 5.000 le auto impegnate di queste 1.108 sono proprietà dell'associazione acquistate perlopiù con i fondi del 5 per mille. Più di 17 milioni i chilometri percorsi in un anno in tutta Italia dai volontari.

- **Luogo**
  ITALIA (tutto il territorio nazionale).
- **Temporalità**
  Dagli anni '90 a oggi. Iniziativa molto longeva!
- **Tipo di azione**
  Iniziativa privata- Auser nazionale e locale.
- **Cluster/Sub-Cluster**
  3. Politiche e azioni innovative di sistema: regia, informazione, formazione.
- **Riferimenti** (siti web, bibliografia)
  http://www1.auser.it/cosa-facciamo/aiuto-alla-persona/.

⑥ Housing options for our ageing population

Breve descrizione
Politica nazionale, basata sulla collaborazione tra diversi Ministeri e il Centro Nazionale irlandese *di Universal Design* che riguarda sia l'*Housing adaptation* che le città *age-friendly*. Tale politica prende le mosse dal *National Smart Ageing Housing Programme* che ha sperimentato modelli molto interessanti di abitare anziano.

- **Luogo**
  IRLANDA.
- **Temporalità**
  2017-20.
- **Tipo di azione**
  Politica pubblica.
- **Cluster/Sub-Cluster**
  3. Politiche e azioni innovative di sistema: regia, informazione, formazione.
- **Riferimenti** (siti web, bibliografia)
  http://universaldesign.ie/Web-Content-/Homes-for-Smart-Ageing-Universal-Design-Challenge-PDF.pdf.

⑦ Integrated Personal Commissioning (IPC)

Breve descrizione
Integrated Personal Commissioning (*IPC*) è un Programma nazionale del NHS che viene fornito localmente ed è teso a garantire la massima integrazione tra i servizi sociali e sanitari esistenti, le risorse comunitarie e quelle del volontariato. Il programma vuole mettere al centro le persone bisognose di cura e assistenza (tra cui gli anziani con bisogni di LTC), facendo sì che siano loro ad indicare come gestire le risorse a loro disposizione (che in UK si chiamano personal budgets, sia di carattere sociale che sanitario). In questo programma gli utenti sono supportati per assumere un ruolo più attivo nella loro salute e benessere. Il programma IPC è stato lanciato nell'aprile 2015 come partnership tra NHS England e la Local Government Association (LGA). Sono partite otto esperienze pilota, già valutate. Il programma è attivo in diverse zone ed è gestito dal NHS England.

- **Luogo**
  UNITED KINGDOM.
- **Temporalità**
  Dal 2015 a oggi
- **Tipo di azione**
  Politica pubblica. L'IPC è una delle strategie sviluppate per migliorare in sistema socio-sanitario del Paese.
- **Cluster/Sub-Cluster**
  3. Politiche e azioni innovative di sistema: regia, informazione, formazione.
- **Riferimenti** (siti web, bibliografia)
  https://www.england.nhs.uk/ipc/.

⑧ Promozione dell'invecchiamento attivo

Legge Regione Marche n. 120 del 2019

Breve descrizione
Dopo le prime esperienze regionali di leggi sull'invecchiamento attivo – Friuli Venezia-Giulia (2012), Liguria, Umbria, Abruzzo (2014) – recentemente si è adeguata anche la Regione Marche (2019). Il pilastro della legge è l'invecchiamento attivo, inteso come quel processo di ottimizzazione delle opportunità relative alla salute, partecipazione e sicurezza, finalizzato a migliorare la qualità della vita delle persone anziane. La legge regionale prevede interventi in materia socio-sanitaria e sociale, culturale, di pratica sportiva ed attività motorio-ricreativa. La Regione promuove anche l'apprendimento lungo tutto l'arco della vita, quale strumento per garantire un invecchiamento attivo.

- **Luogo**
  ITALIA, Marche.
- **Temporalità**
  2019.
- **Tipo di azione**
  Politica pubblica (bilancio regionale).
- **Cluster/Sub-Cluster**
  3. Politiche e azioni innovative di sistema: regia, informazione, formazione.
- **Riferimenti** (siti web, bibliografia)
  https://www.inrca.it/inrca/files/PAGINE/RICERCA/DOCUMENTI/Linee%20guida%20Invecchiamento%20Attivo%202016.pdf.

⑨ MONALISA*

MObilisation NAtionale contre l'ISolement social des Agés

Breve descrizione

MONALISA nasce nel 2014 per mobilitare tutti coloro che fanno causa comune contro l'isolamento sociale degli anziani: associazioni, istituzioni, autorità locali o territoriali, fondi pensione, cittadini, valorizzando le risorse già esistenti sui territori. È organizzata su più livelli e lavora su tre assi strategici: 1) Una metodologia per la cooperazione degli attori di un territorio, 2) L'animazione di una rete di *équipes citoyennes*, 3) Un centro di risorse per tutte le parti interessate. La cooperazione avviene a livello dipartimentale dove ogni attore mette in campo le proprie risorse e competenze per raggiungere l'obiettivo comune di lottare contro l'isolamento. Gli obiettivi locali sono quelli di conoscersi, di stabilire rapporti improntati alla fiducia e di scoprire ciò che già esiste e la ricchezza dei territori, creando nuove reti. Le cooperazioni dipartimentali sostengono poi le *équipes citoyennes* che operativamente svolgono, con perlopiù attività di volontariato, iniziative di contrasto alla solitudine. Al 2020 sono attive 66 cooperazioni territoriali e poco più di 800 *équipes*. Alcune azioni della rete si inseriscono in altre politiche e ne usano le risorse.

- **Luogo**
  FRANCIA (tutto il territorio nazionale).
- **Temporalità**
  Dal 2014 a oggi.
- **Tipo di azione**
  Politica pubblica e privata.
- **Cluster/Sub-Cluster**
  3. Politiche e azioni innovative di sistema: regia, informazione, formazione.
- **Riferimenti** (siti web, bibliografia)
  https://www.monalisa-asso.fr/.

⑩ Over to Over

Breve descrizione

Un progetto di grande interesse e dagli esiti ancora da valutare, nato con l'obiettivo di aiutare gli anziani a utilizzare tutto o parte del proprio patrimonio per poter pagare le cure e l'assistenza di cui necessitano; o a ripensare la propria condizione abitativa trovando forme di convivenza e di housing più adatte ai bisogni. *Over to Over* promuove la vendita della nuda proprietà e l'uso del prestito vitalizio ipotecario, strumenti di gestione del patrimonio immobiliare che hanno visto un considerevole sviluppo in alcuni Paesi esteri ma stentano ad attecchire in Italia per via del radicato attaccamento alla casa, ma anche di una diffidenza, talvolta fondata, nei confronti di agenzie e società immobiliari. Il progetto prevede che operatori immobiliari si accreditino per svolgere attività di consulenza agli anziani e che si formino dei volontari con competenze pregresse affinché possano essere di sostegno agli anziani nella mobilitazione del bene casa.

- **Luogo**
  ITALIA, Toscana e Liguria, FRANCIA, Corsica.
- **Temporalità**
  2007-13, azioni nel 2015.
- **Tipo di azione**
  Progetto finanziato dal programma di cooperazione transfrontaliera Italia-Francia Marittimo. Capofila Regione Liguria.
- **Cluster/Sub-Cluster**
  3. Politiche e azioni innovative di sistema: regia, informazione, formazione.
- **Riferimenti** (siti web, bibliografia)
  www.overtover.eu.

⑪ Porto4Ageing

Breve descrizione

Si tratta di un consorzio di oltre 90 organizzazioni che sviluppa progetti per il miglioramento dell'ecosistema rivolto agli anziani della città metropolitana e dintorni. Il consorzio ha sviluppato decine di progetti interessanti per contrastare la fragilità e l'isolamento in età anziana.

- **Luogo**
  PORTOGALLO, Area Metropolitana di Porto.
- **Temporalità**
  Dal 2016 a oggi.
- **Tipo di azione**
  Politica pubblica in *partnership* con organizzazioni *for-profit* e *non-profit*.
- **Cluster/Sub-Cluster**
  3. Politiche e azioni innovative di sistema: regia, informazione, formazione.
- **Riferimenti** (siti web, bibliografia)
  https://www.porto4ageing.up.pt.

⑫ Programma triennale 2016–18 'Interventi di attuazione della legge regionale 22/2014 – Promozione dell'invecchiamento attivo'

Breve descrizione
La Regioni FVG ha avviato dal 2014, con l'approvazione della LR n.22 sull'invecchiamento attivo, una politica fortemente sistematica e strutturata sul tema anziani che, superando la visione assistenziale e sanitaria, promuove e rafforza le politiche sul versante del sostegno all'autonomia e all'indipendenza personale anche al fine di evitare o ritardare l'istituzionalizzazione delle persone anziane. La Regione FVG pianifica, in collaborazione con i comuni, le Aziende sanitarie e gli altri soggetti attivi nell'ambito delle finalità della legge, interventi coordinati e integrati a favore delle persone anziane nei seguenti ambiti: salute e sicurezza, partecipazione, formazione permanente, lavoro, cultura e turismo sociale, sport e tempo libero, impegno civile e volontariato. L'attuazione di questa politica e dei programmi e dei piani attuativi si basa sulla collaborazione trasversale di sette tra le Direzioni centrali della Regione FVG e dell'Ufficio di Collegamento di Bruxelles sull'invecchiamento.

- **Luogo**
  ITALIA, Friuli Venezia-Giulia.
- **Temporalità**
  Dal 2014 a oggi.
- **Tipo di azione**
  Politica pubblica.
- **Cluster/Sub-Cluster**
  3. Politiche e azioni innovative di sistema: regia, informazione, formazione.
- **Riferimenti** (siti web, bibliografia)
  invecchiamentoattivo.regione.fvg.it/.

⑬ Strategy for Tackling Loneliness

Breve descrizione
La strategia nazionale inglese di contrasto alla solitudine è molto complessa e si propone di: studiare e monitorare questi fenomeni; fare *mainstreaming* per il contrasto alla solitudine in tutte le politiche pubbliche. Lavorando in collaborazione con le autorità locali, le organizzazioni di volontariato e di comunità e le imprese, il governo lancerà una serie di iniziative per aiutare a connettere le persone a rischio solitudine. Tra queste iniziative, la più interessante riguarda lo sviluppo di ciò che chiamano *social prescribing* per collegare le persone a gruppi e servizi della comunità, spesso attraverso il supporto di un *link worker*. La strategia indica anche altre due macro-aree di investimento molto importanti, quella dello sviluppo delle infrastrutture per la connessione delle comunità e quella dello sviluppo di una nuova cultura in grado di supportare 'connected communities'. Ad inizio 2019 è stato costituito un fondo di 11,5 milioni di sterline cofinanziato da governo, da The National Lottery Community Fund e da Co-op Foundation per finanziare iniziative locali.

- **Luogo**
  UNITED KINGDOM.
- **Temporalità**
  Dal 2018 a oggi.
- **Tipo di azione**
  Politica pubblica.
- **Cluster/Sub-Cluster**
  3. Politiche e azioni innovative di sistema: regia, informazione, formazione.
- **Riferimenti** (siti web, bibliografia)
  HM Government (2018) *A connected society: A Strategy for tackling loneliness – laying the foundations for change*, HM Government.

⑭ Viva gli Anziani*

Breve descrizione
Il Programma *Viva gli Anziani!* è teso al contrasto dell'isolamento sociale degli anziani attraverso la creazione di reti che si collocano accanto alle risposte tradizionali ai loro bisogni (assistenza domiciliare, servizi residenziali, etc.) e raggiungono ampie coorti di popolazione esposte a rischi. L'obiettivo prioritario del programma è quello di fare della prevenzione contrastando gli effetti negativi di eventi critici (ondate di calore, epidemie influenzali, cadute, la perdita del convivente etc.) sulla salute degli over80. La strategia proposta è il monitoraggio attivo. Il programma ha raggiunto 10.000 anziani e coinvolto oltre 40.000 volontari

- **Luogo**
  La prima sperimentazione è stata fatta a Roma città e provincia. Attualmente (ottobre 2019) il progetto è attivo anche a Novara, Genova, Catania, Napoli, Brindisi, Sassari e Civitavecchia.
- **Temporalità**
  Dal 2004 a oggi.
- **Tipo di azione**
  Iniziativa privata della Comunità di Sant'Egidio sostenuta da politiche pubbliche.
- **Cluster/Sub-Cluster**
  3. Politiche e azioni innovative di sistema: regia, informazione, formazione.
- **Riferimenti** (siti web, bibliografia)
  http://www.vivaglianziani.it.

⑮ WeMi

Breve descrizione
Il Comune di Milano con il Portale *WeMi* mette a disposizione di singoli, famiglie, aziende, un punto unico di accesso grazie al quale conoscere i servizi di *welfare* di Milano, offrendo al tempo stesso al mondo delle imprese sociali e delle cooperative senza scopo di lucro l'opportunità di mostrare la qualità del proprio impegno per il sociale. Le imprese che vi sono incluse sono accreditate. Attraverso il portale si vuole anche sostenere e promuovere forme di welfare condiviso (a livello di condominio, di quartiere).

- **Luogo**
  ITALIA, Comune di Milano.
- **Temporalità**
  Dal 2016 a oggi.
- **Tipo di azione**
  Politica pubblico-privata. Progetto finanziato da Fondazione Cariplo – Welfare in Azione.
- **Cluster/Sub-Cluster**
  3. Politiche e azioni innovative di sistema: regia, informazione, formazione.
- **Riferimenti** (siti web, bibliografia)
  https://wemi.comune.milano.it/.

NB: * Il caso studio è stato approfondito con un'apposita Scheda nel Capitolo 3.