



SETTEMBRE 2021

Anziani e fragilità

*Bisogni e risposte per la
costruzione di un welfare
di prossimità inclusivo*

A cura di Paolo Venturi e Sara Rago



INDICE

RINGRAZIAMENTI	4
1. IL CONTESTO DI RIFERIMENTO: LA QUESTIONE DELL'INVECCHIAMENTO DELLA POPOLAZIONE	5
2. L'INNOVAZIONE SOCIALE TRASFORMATIVA COME CORNICE CONCETTUALE DI RIFERIMENTO	7
2.1. LA NECESSITÀ DI SVILUPPARE UNA "DIMENSIONE DI LUOGO" PER GLI ANZIANI FRAGILI	10
3. LE EVIDENZE EMERSE DALL'INDAGINE REALIZZATA	12
3.1. LE FRAGILITÀ ECONOMICHE, SOCIALI E DEMOGRAFICHE DEI COMUNI DELL'AREA METROPOLITANA DI BOLOGNA.....	12
3.2. CARATTERISTICHE DESCRITTIVE DEI RISPONDENTI	17
3.3. DIMENSIONE PRESTAZIONALE	21
3.4. DIMENSIONE RELAZIONALE	27
3.5. LA PROSPETTIVA DEI FAMILIARI <i>CAREGIVER</i> DELL'ANZIANO FRAGILE	34
CONCLUSIONI	38
BIBLIOGRAFIA	40

RINGRAZIAMENTI¹

Gli elementi rilevati attraverso questa ricerca, promossa dalla Fondazione Generazioni e da Fnp-Cisl dell'Area Metropolitana Bolognese, in collaborazione con Anteas e con il supporto scientifico di AICCON, vogliono costituire un contributo importante di maggiore comprensione delle forti criticità che continuano a gravare sugli anziani fragili e/o non autosufficienti e in larga misura anche sui familiari che se ne prendono cura. Ciò deve pertanto essere di supporto e di stimolo alle attività di negoziazione sociale territoriale, per la costruzione di un welfare di prossimità più capillare, efficace ed inclusivo.

Questo è l'obiettivo che ci siamo prefissi con il lavoro di ricerca effettuato, a campione, in tutti i Distretti sociosanitari del territorio metropolitano bolognese.

A questo proposito è quindi doveroso sottolineare lo sforzo fondamentale e l'impegno profusi dal "gruppo di lavoro" composto dai volontari delle RLS-Fnp e dalle giovani volontarie messe a disposizione da Anteas Emilia-Romagna, con l'attività di somministrazione dei questionari al vasto campione degli anziani over '74. Un lavoro particolarmente complesso che ha prodotto il risultato dei 382 questionari della ricerca.

A tutti loro va la gratitudine ed il più sincero ringraziamento della Fondazione Generazioni e della Fnp-Cisl Metropolitana.

*Sergio Palmieri
Presidente Fondazione Generazioni*

*Gina Risi
Segretaria Generale FNP
Area Metropolitana Bolognese*

¹ A cura di Fondazione Generazioni e Fnp-Cisl Metropolitana

1. IL CONTESTO DI RIFERIMENTO: la questione dell'invecchiamento della popolazione

Il nostro è un Paese sempre più vecchio. Secondo i più recenti dati Istat (2020), infatti, tutte le classi di età sotto i 44 anni vedono diminuire il proprio peso relativo rispetto al 2011 mentre aumentano molto le persone dai 45 anni in su che passano dal 48,2% del 2011 al 53,5% del 2019 (Fig. 1.1). L'età media si è innalzata di due anni rispetto al 2011 (da 43 a 45 anni). Quattro sono le regioni che si attestano sul valore medio nazionale (Puglia, Lazio, Lombardia e Veneto); nelle altre regioni il dato varia dai 46 anni di Basilicata, Emilia-Romagna, Valle d'Aosta, Abruzzo e Marche, ai 49 anni della Liguria che si conferma come la regione con l'età media più elevata.

Il progressivo invecchiamento della popolazione italiana è ancora più evidente nel confronto con i censimenti passati. Il numero di anziani per bambino passa da meno di 1 nel 1951 a 5 nel 2019 (era 3,8 nel 2011) e l'indice di vecchiaia (dato dal rapporto tra la popolazione di 65 anni e più e quella con meno di 15 anni) è notevolmente aumentato, dal 33,5% del 1951 a quasi il 180% del 2019 (148,7% nel 2001).

La percentuale di popolazione di 65 anni e più è passata dal 20,8% (12.384.972 persone) nel 2011 al 23,2% (13.859.090) nel 2019. L'aumento è stato sensibile anche per le età più avanzate: gli ultrasessantacinquenni, passati dal 10,4% del 2011 (6.152.413) all'11,9% del 2019 (7.063.716), e i cosiddetti "grandi anziani", gli ultra-85enni, che incrementano il loro peso relativo sul totale della popolazione residente (dal 2,8% al 3,7%). Considerando le variazioni percentuali all'interno di questo sottoinsieme, l'incremento maggiore si registra nelle classi 90-94 (+36,5%) e 95-99 anni (+30,2%) mentre diminuiscono gli ultracentenari (-1,9%) che nel 2019 sono pari a 14.804.

Solo la più giovane struttura per età della popolazione straniera rallenta il processo di invecchiamento della popolazione residente in Italia. L'età media degli stranieri, infatti, è più bassa di 11,5 anni rispetto a quella degli italiani (34,7 anni contro 46,2 anni nel 2019).

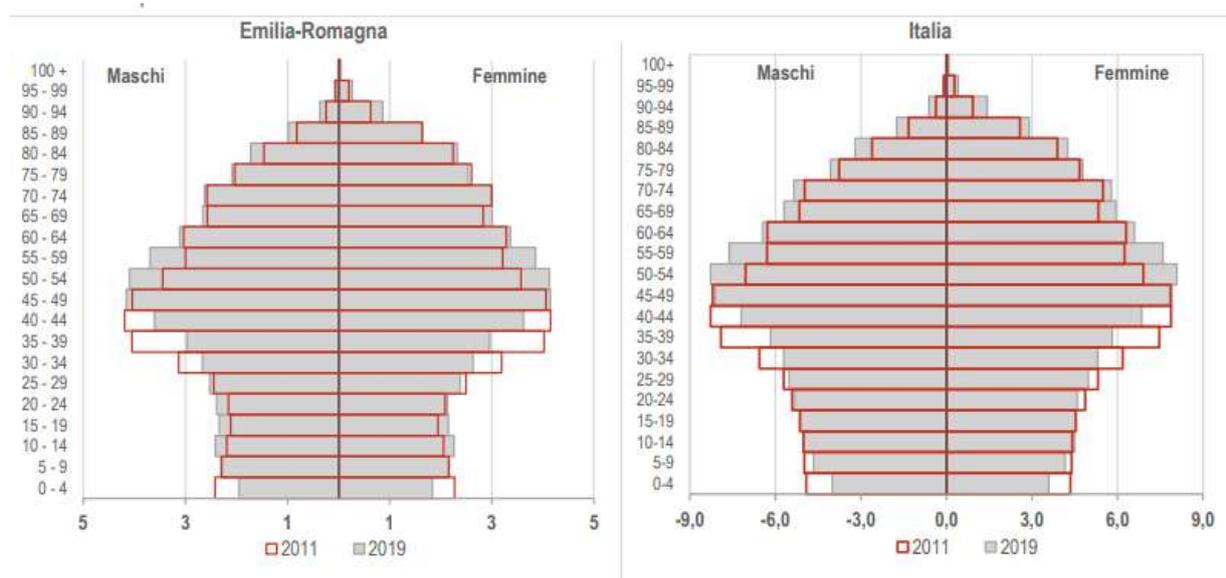


Fig. 1.1 – Piramide delle età e genere della popolazione residente in Italia ed Emilia-Romagna negli anni 2019 e 2011

Fonte: Istat (2020)

La popolazione emiliano-romagnola presenta una struttura per età più vecchia di quella italiana, evidenziata anche dalla diversa forma delle piramidi delle età. Con una età media di 45,9 anni contro i 45,2 dell'Italia, l'Emilia-Romagna si contraddistingue per un elevato livello di invecchiamento: il 54,7% degli emilianoromagnoli ha più di 45 anni (il 53,5% a livello nazionale), il 24,2% ne ha più di 64 (il 23,2% in media Italia).

Il confronto con i dati del Censimento 2011 evidenzia anche in Emilia-Romagna un progressivo invecchiamento della popolazione. Tutte le classi di età tra i 45 e i 99 anni registrano variazioni positive. Diminuiscono, invece, i bambini con meno di 5 anni (-35 mila unità, -16,9%) e gli adulti tra i 30 e i 44 anni di età (-164 mila, -16,6%). Crescono, ma a un ritmo inferiore rispetto all'Italia, consistenza e peso delle classi più anziane. Sono quasi 1,1 milioni i residenti con più di 64 anni (con un +8,3% in Emilia-Romagna e +11,9% in Italia); i grandi anziani (con 85 anni e più) passano da 157 mila a 189 mila (+19,8%, +29,4% Italia).

L'invecchiamento della popolazione, pertanto, è una delle sfide più rilevanti che il nostro Paese è chiamato ad affrontare oggi e nei prossimi anni. L'indebolimento del "welfare fai-da-te" di stampo familistico, le difficoltà del settore pubblico nel fornire servizi adeguati alle esigenze degli anziani e delle loro famiglie, il ricorso ad assistenti familiari straniere (badanti) e altre soluzioni "informali" di assistenza sono solo alcune delle dimensioni di un problema articolato, complesso e in continua evoluzione (Maino, Ferrera, 2019).

Per quanto riguarda il cosiddetto *welfare di prossimità*, invece, appare necessario ripartire dal welfare locale per lasciarsi alle spalle interventi di stampo familistico e assistenziale. In particolare, una maggiore centralità della società civile e del Terzo settore, capace di rafforzarsi attraverso innovazione e ibridazione, potrebbe essere favorita attraverso forme concrete di co-progettazione con il Pubblico, in grado di mobilitare le comunità e dare vita ad alleanze inedite. Il protagonismo dei territori dovrebbe tuttavia essere sempre conciliato con l'universalismo dei diritti, e in questo quadro l'auspicio è che la legge 328/2000, a vent'anni dalla sua introduzione, possa esprimere finalmente tutto il suo potenziale.

Tale esigenza è stata accentuata dalla drammatica situazione che l'emergenza sanitaria legata a COVID-19 ha evidenziato, ovvero quello che l'ultimo *Rapporto Censis* (2020) definisce come "fallimento della residenzialità socio-sanitaria e socio-assistenziale per anziani". Situazione, questa, che ha posto i riflettori sulla necessità di attivare un urgente piano socio-politico per il suo superamento attraverso la realizzazione di soluzioni capaci di garantire tutela e benessere degli anziani. Come sottolineato nel *Rapporto Censis* (2020), inoltre, "la crisi profonda della residenzialità si affianca a quella dell'assistenza domiciliare, soluzione più amata e utilizzata dalle famiglie italiane che però risente di una rete di servizi sanitari, socio-sanitari e socio-assistenziali sui territori che si è rivelata inadeguata, lasciando in totale solitudine nei momenti più difficili dell'emergenza tante persone bisognose di supporto". E ancora "la domiciliarità si fonda sulla privatizzazione del *care*, con l'impegno finanziario e diretto dei familiari ed il ricorso a servizi interamente privati, dalle badanti e infermieri ingaggiati direttamente, al ricorso alla sanità privata o *intramoenia* per accertamenti e prestazioni varie: soluzioni attraverso le quali in questi anni si è supplito alla lungamente annunciata e, di fatto, poco o per niente avviata, riforma delle reti dei servizi territoriali, dal sanitario al socio-sanitario al socio-assistenziale". Ecco, quindi, che risulterà

fondamentale post Covid-19 costruire reti integrate di assistenza per affiancare le famiglie attraverso l'attivazione di figure quali, ad esempio, "gli infermieri di comunità o di famiglia, *pivot* essenziale di un modello che arriva a casa delle persone e non le obbliga di volta in volta a ricercare, nell'ordinarietà come nell'emergenza, la porta di accesso possibile al Servizio sanitario o ai servizi socio-assistenziali" (Fondazione Censis, 2020).

Oggi in Italia le persone non autosufficienti sono 3.510.000 (+25% dal 2008), in grande maggioranza anziani (NNA Network Non Autosufficienza, 2021). Di questi, l'80,8% ha più di 65 anni. Sul totale degli anziani in Italia, risulta non autosufficiente il 20,8%. Se la crescita di invecchiamento, cronicità e non autosufficienza dovesse proseguire con i trend degli ultimi anni, nel 2040 (Fondazione Censis, 2020):

- i non autosufficienti saranno 3,8 milioni, +681 mila unità rispetto ad oggi, con un incremento percentuale del +21,8%;
- gli anziani con almeno 70 anni saranno 14.725.000, +4,4 milioni rispetto ad oggi (+43,1% la variazione percentuale);
- gli anziani soli saranno oltre 6 milioni, + 2 milioni rispetto ad oggi (+50% la variazione percentuale).

Alla luce di tale prospettiva si materializza un fabbisogno assistenziale che non sarà più sostenibile dalle sole famiglie e rappresenterà, ovviamente, un moltiplicatore delle difficoltà nella gestione delle emergenze se non adeguatamente affrontato.

In Italia, inoltre, il *welfare* vale il 57,7% della spesa totale pubblica italiana (ovvero 493,5 miliardi di euro) e conferma il progressivo "sbilanciamento" della spesa verso la componente previdenziale, la quale ha registrato negli ultimi 10 anni un costante aumento in valore assoluto fino a raggiungere i 288,5 miliardi di euro nel 2018 (Unipol Gruppo, The European House – Ambrosetti, 2020).

2. L'INNOVAZIONE SOCIALE TRASFORMATIVA come cornice concettuale di riferimento

All'interno della presente ricerca, quello di *innovazione sociale trasformativa* costituisce il concetto "perno" su cui leggere le traiettorie di sviluppo di attività/servizi/progetti che possano contribuire nei territori ad ovviare alle problematiche messe in luce rispetto al tema dell'invecchiamento e al conseguente aumento delle persone in condizione di non autosufficienza.

L'innovazione sociale è generalmente intesa come la capacità di rispondere a bisogni emergenti delle persone attraverso nuove forme di collaborazione e nuovi schemi di azione e si configura come fenomeno in continua evoluzione, che negli anni è stato definito secondo diversi approcci e punti di vista. Il primo è l'*approccio pragmatico*: promosso da Mulgan (2006; 2019), è il più riconosciuto a livello europeo e definisce l'innovazione sociale come "quelle nuove idee (prodotti, servizi e modelli) che simultaneamente rispondono ai bisogni sociali e creano nuove relazioni sociali e collaborazioni". Ciò che distingue l'innovazione sociale dall'innovazione tecnologica, infatti, non è solamente il fine sociale (cioè la capacità di intercettare bisogni sociali insoddisfatti), ma anche la modalità di risposta a tali bisogni (cioè attraverso la creazione di nuove relazioni e collaborazioni). Il

secondo è l'*approccio sistemico*: prende origine dal *Waterloo Institute for Social Innovation and Resilience (WISIR)* e lega l'innovazione sociale ad un profondo cambiamento delle *routine* e degli assetti attraverso l'introduzione di nuovi prodotti, processi o programmi. Le innovazioni sociali implicano, pertanto, un cambiamento sistemico, di lungo periodo e ad ampio impatto, per far evolvere il sistema sociale adattandolo alle richieste provenienti dall'esterno. Il terzo approccio, quello *manageriale*, promosso dalla *Stanford Graduate School of Business - Center for Social Innovation*, definisce l'innovazione sociale come una nuova soluzione ad un problema sociale che si distingue dalle soluzioni esistenti perché più efficace, più sostenibile o più equa e grazie alla quale il valore creato ricade sulla società nel suo complesso più che sui singoli individui. Se da un lato, infatti, il concetto di valore economico fa riferimento principalmente ai meccanismi della massimizzazione del profitto per il soggetto privato in un'ottica di concorrenza di mercato, quello di valore sociale riguarda la creazione di benefici per la comunità nel suo insieme. Il quarto e ultimo approccio, cd. *dei movimenti per la trasformazione socio-politica*, concepisce l'innovazione sociale come un processo di *empowerment* e di mobilitazione politica volto a trasformare dal basso il funzionamento del sistema sociale, sia in termini di partecipazione degli *stakeholder* sia di distribuzione delle risorse materiali e immateriali. Nel suo significato originale, infatti, l'innovazione sociale ha a che fare con il "cambiamento" e la "trasformazione sociale" (Moulaert et al., 2017a). Secondo tale approccio, l'innovazione sociale è intesa come un processo in grado di rafforzare le relazioni sociali (Moulaert et al., 2017b) e il territorio è concepito in termini di "forme spaziali" localizzate ed interconnesse – fisiche, naturali o sociali – definite dalle relazioni tra gli agenti che lo abitano e lo vivono. L'innovazione sociale, quindi, è organicamente presente in tre modi: a) come strategia di attori che cercano di soddisfare bisogni materiali, economici, ecologici, politici e socio-culturali; b) come miglioramento delle relazioni sociali tra gli agenti del territorio; c) come costruzione di nuovi sistemi di *governance* strutturati sulla base di esperienze territoriali, in modo cooperativo da agenti socialmente innovativi. La trasformazione delle relazioni sociali non può che avvenire a livello locale, proprio dove la creazione di gruppi e di comunità si ripercuote immediatamente sulla vita delle persone; di conseguenza, l'innovazione sociale diventa *trasformativa*: un cambiamento la cui natura e i cui risultati hanno anche un valore sociale, nel doppio significato di soluzione ai problemi sociali e di (ri)generazione dei beni comuni. L'innovazione sociale in questo senso trasforma l'esistente, mettendo in atto un percorso che va nella direzione della sostenibilità nel tempo delle azioni implementate.

Dalla lettura in termini di innovazione sociale applicata a progetti nell'ambito dell'invecchiamento e del *long-term care* realizzata da Razzetti (2018) emerge come quando i processi attivati vengono improntati a rispondere ai bisogni sociali in termini innovativi ciò si traduce nel coinvolgimento di tutti gli attori sociali interessati - pubblici, non profit e for profit – nello svolgimento di funzioni di co-progettazione e co-produzione dei servizi, ma anche in termini di finanziamento, organizzazione, *governance*, monitoraggio e valutazione. Al contempo, negli stessi ambiti, l'innovazione dei prodotti si concretizza nella ricerca di soluzioni per la prevenzione e la riabilitazione, l'accessibilità e la continuità assistenziale, l'autonomia, ma anche la domiciliarità e la garanzia di qualità nell'assistenza.

Per intervenire in termini di innovazione sociale nel campo della *salute* delle persone è, inoltre, necessario assumere una visione più ampia di tale concetto rispetto a quella di *sanità*. Quest'ultima, infatti, è solo una delle componenti/variabili che costituiscono il concetto di salute sulla quale incidono anche aspetti legati agli stili di vita dei cittadini, all'ambiente, al tipo di lavoro, alla struttura familiare, al sistema educativo e alle condizioni economiche della persona (Zamagni, 2015).

Questa visione più "olistica" del concetto di salute, letta insieme all'esigenza di cercare nuove soluzioni per far fronte alle problematiche già evidenziate, richiede necessariamente di avviare tali processi a partire da una centralità dei bisogni, soprattutto quelli non ancora coperti, in grado anche di intercettare i soggetti fragili e spesso "sconosciuti" ai servizi pubblici, di aggregare la domanda e di conseguenza l'offerta anche attraverso il potenziamento del ruolo disoggetti di intermediazione e di garantire una dimensione locale, ma non "localistica", inclusiva e non escludente del welfare territoriale (Maino, 2020).

Nello specifico, con riferimento agli anziani non autosufficienti, il ripensamento del sistema di welfare non può non partire da una sua "localizzazione" in termini non solo dei sistemi di integrazione multilivello dell'azione pubblica (a livello comunale, provinciale, ecc.), ma anche in termini di un crescente investimento in senso relazionale volto ad arricchire servizi dove a predominare è sempre più la componente tecnico-prestazionale, oltre ad allargare e densificare una più vasta reticolarità che coinvolge non solo beneficiari diretti e indiretti ed erogatori, ma anche reti familiari e comunitarie (Venturi, Zandonai, 2020). Assumere questo significa riuscire a superare la visione "miope", in parte confermata anche dal Piano nazionale di ripresa e resilienza (PNRR), che pur prevedendo un'azione di supporto a "Reti di prossimità, strutture e telemedicina per l'assistenza sanitaria territoriale" (Box 1), non tiene conto della necessità di realizzare uno specifico progetto futuro dell'assistenza agli anziani non autosufficienti in Italia e, quindi, la frammentazione degli interventi previsti all'interno di diverse filiere istituzionali (Gori, 2021).

Box 1 – PNRR // Missione 6: Salute (Totale: 20,3 mld €)

Componente 1: Reti di prossimità, strutture e telemedicina per l'assistenza sanitaria territoriale

Stabilisce finanziamenti riservati alla messa in atto delle Case di Comunità nell'ottica del riassetto dei servizi sanitari territoriali che attualmente sono caratterizzati da disparità territoriali nell'erogazione dei servizi, prevenzione e assistenza sul territorio; inadeguata integrazione tra servizi; tempi di attesa elevati per l'erogazione delle prestazioni; scarsa capacità di attivare sinergie nella definizione delle strategie di risposta ai rischi ambientali, climatici e sanitari.

La Casa della Comunità dovrebbe diventare la sede delle prestazioni sul territorio in ambito socio-sanitario come primo luogo di cura e assistenza domiciliare. È previsto un team multidisciplinare di medici di medicina generale, pediatri di libera scelta, medici specialistici, infermieri di comunità, altri professionisti della salute e potrà ospitare anche assistenti sociali. Dovrebbe garantire le valutazioni multidimensionali e i servizi consultoriali con particolare riferimento alla tutela del bambino, della donna e dei nuclei familiari secondo un approccio di medicina di genere.

L'investimento prevede l'attivazione di 1.288 Case della Comunità entro la metà del 2026, che potranno utilizzare sia strutture già esistenti sia nuove. Il costo complessivo dell'investimento è stimato in 2 miliardi. Ogni Casa della Comunità costerà a livello strutturale e tecnologico circa 1,6 milioni.

2.1. La necessità di sviluppare una “dimensione di luogo” per gli anziani fragili

Approcciare diversamente le questioni legate agli anziani fragili significa tenere in considerazione sia aspetti legati ai servizi e alle prestazioni di cui hanno necessità, sia prestare attenzione alla sfera emotiva, comportamentale e relazionale di queste persone. Questo si traduce nella necessità di mettere in campo *luoghi* (che si discostino dalle attuali strutture) dentro cui le persone siano riconosciute in quanto talie non meramente come pazienti o utenti (Rao, 2020). Questo implica un ragionamento non solo sui servizi ma soprattutto sui bisogni, affinché si possa mettere in campo risposte personalizzate, adeguate, appropriate. La stessa condizione di non autosufficienza non è una condizione uguale per ogni persona, in quanto questa è influenzata dal tipo e quantità di patologie che affliggono quella persona, dall’età anagrafica, dalla storia e condizione di vita. Questa complessità è un elemento di cui occorre tenere conto, poiché richiede non solo risposte, servizi, interventi differenziati ma anche operatori di diverso profilo professionale.

In Italia, più dell’80 per cento degli anziani abita in una casa di proprietà di dimensioni, spesso, troppo grandi: questo è dovuto al fatto che più passa il tempo tanto più essi sono radicati in casa propria, che non è solo spazio fisico, ma luogo di memorie, appartenenza e identità (Lodi Rizzini, 2020a). Gli italiani sopra i 65 anni che vivono soli, infatti, sono oltre 4 milioni (Riva, 2020). Affrontare il tema dell’isolamento (soprattutto dentro la pandemia) e il sentimento di solitudine che accompagna già normalmente la vecchiaia è imprescindibile per poter incidere in maniera significativa sul mantenimento/miglioramento qualità della vita e sugli aspetti connessi alle abilità sociali, cognitive e motorie, come atto di prevenzione e riduzione del rischio di solitudine e isolamento.

In prospettiva, quindi, va costruito un sistema integrato con valide alternative alle RSA che metta al centro un nuovo modello di cura “*home-based*” orientato al benessere della persona e della sua famiglia e che sia in grado di mettere questi nelle condizioni di affrontare problemi come l’isolamento, la solitudine, la difficoltà a reperire generi alimentari, a ricevere cure e assistenza (Lodi Rizzini, 2020b), così come previsto anche dalla *Commissione Ministeriale per la riforma dell’assistenza sanitaria e socio-sanitaria della popolazione anziana* (presieduta da Mons. Vincenzo Paglia)².

I modelli di *silver o senior housing* sfidano infatti i servizi di welfare su un doppio fronte (Venturi, Zandonai, 2020): in primo luogo annidarsi all’interno di “pacchetti di servizio” ampi e diversificati dove la componente “prestazionale” di queste attività (assistenza, riabilitazione, ecc.) è chiamata a integrarsi con servizi di facilitazione della vita quotidiana, oltre che di iniziative ricreative, culturali, ecc. La seconda sfida in termini “ecosistemici” consiste nel radicare queste nuove strutture abitative e di cura all’interno dei contesti sociali circostanti, lavorando quindi in modo consistente non solo sulle risorse tangibili immobiliari (appartamenti, spazi comuni, ecc.), ma anche sull’infrastrutturazione delle reti di contesto (ad esempio, a livello di quartiere). Particolarmente interessanti, da questo punto di vista, sono quei progetti che prevedono una dimensione distribuita

² Frutto del lavoro della Commissione, in collaborazione con Istat, è il rapporto “Gli anziani e la loro domanda sociale e sanitaria anno 2019” (2021). Disponibile alla pagina: https://www.istat.it/it/files//2021/06/rapporto_commissione_anziani.pdf

delle residenze e dei servizi, ad esempio attrezzando e mettendo in rete appartamenti sparsi all'interno dello stesso spazio urbano o di paese.

La seconda direttrice, in realtà complementare alla prima, riguarda la progressiva diffusione di nuove infrastrutture sociali di natura comunitaria (*community hub*) che si caratterizzano soprattutto per essere spazi polifunzionali non solo dal punto di vista della capacità di offerta, ma soprattutto per il fatto che abilitano, grazie a funzioni mirate di *community management*, processi di co-produzione di beni e servizi di interesse collettivo da parte di una pluralità di persone e organizzazioni che abitano un determinato contesto socio-economico e in senso lato culturale. Infrastrutture simili rappresentano sempre più un importante passo in avanti in termini non solo gestionali, ma anche di filosofia di servizio rispetto a servizi territoriali centrati su specifici target di popolazione (come quella anziana) e/o caratterizzati soprattutto da modelli di tipo erogativo e specialistico, piuttosto che, al contrario, da palinsesti di attività ricreative deboli e discontinue con scarsa capacità di risposta ai bisogni.

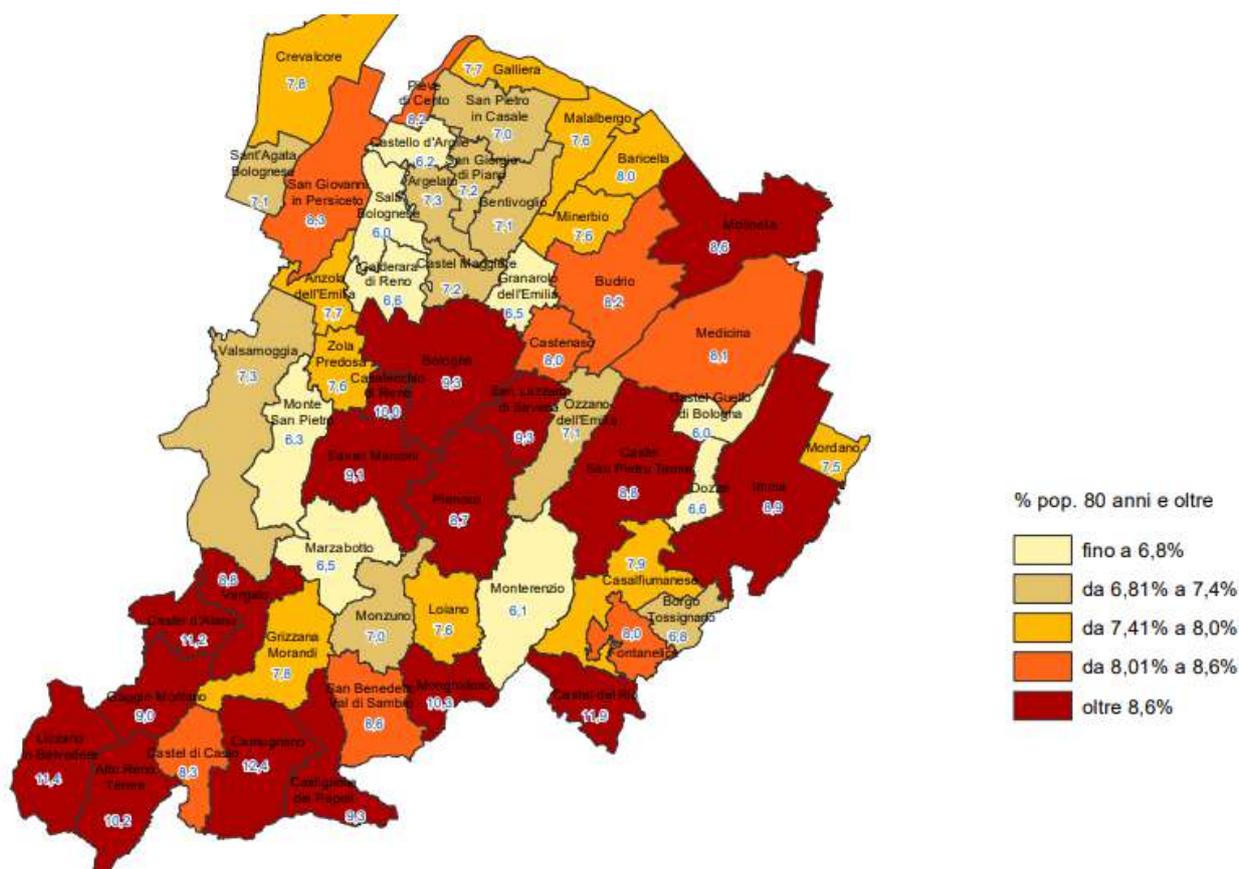
Infine, il terzo elemento di innovazione consiste nella trasformazione tecnologica che "socializza" gli spazi di vita, ad iniziare dal domicilio. Si notano, in questo ambito, due distinti sotto-processi che nel contesto pandemico hanno ulteriormente accresciuto il loro impatto. Il primo consiste nell'adozione di tecnologie pronte all'uso (cd. *plug and play*) e sempre più accessibili che rendono maggiormente rispondenti e connesse le risorse abitative: sensori di movimento, assistenti digitali, *device* indossabili, ecc. La seconda applicazione consiste nella declinazione in senso locale dei *social network* digitali, sempre più orientati (o orientabili) a mettere in contatto risorse di prossimità, rafforzando così la dimensione comunitaria: dalle *social street* alla *delivery* di beni e servizi che fa leva sugli hub comunitari appena citati, ecc. Una dimensione digitale/locale che ridisegna i servizi ma anche i significati che sostanziano in chiave autenticamente ecologica la protezione sociale, soprattutto in una fase complessa e al tempo stesso ricca di opportunità come quella attuale.

3. LE EVIDENZE EMERSE DALL'INDAGINE REALIZZATA

3.1. Le fragilità economiche, sociali e demografiche dei comuni dell'Area Metropolitana di Bologna

Un territorio è tanto più *fragile* quanto più la propria consistenza *demografica* cala e/o si indebolisce, con popolazione insediata più vecchia e numero di nati considerevolmente inferiore a quello dei morti. I dati più recenti disponibili (Comune di Bologna, Città Metropolitana di Bologna, 2020) evidenziano come tra il 2014 e il 2019 nella Città metropolitana di Bologna la popolazione residente è aumentata dell'1,3%, mentre nel quinquennio 2015-2019 il saldo naturale medio annuo rapportato alla popolazione media era pari al -4,1 per mille. Alla fine del 2019 nella Città metropolitana di Bologna gli ultra-ottantenni ammontavano a 87.070 unità, pari all'8,6% della popolazione residente totale (figura 3.1).

A livello metropolitano, queste tendenze si riscontrano soprattutto nei Comuni di crinale e montani, e, con intensità minore, nel Comune capoluogo e nella sua cintura a sud, ad Imola e lungo le direttrici del Sillaro e del Santerno, e nel Comune di Molinella, nell'estrema pianura orientale (figura 3.2).



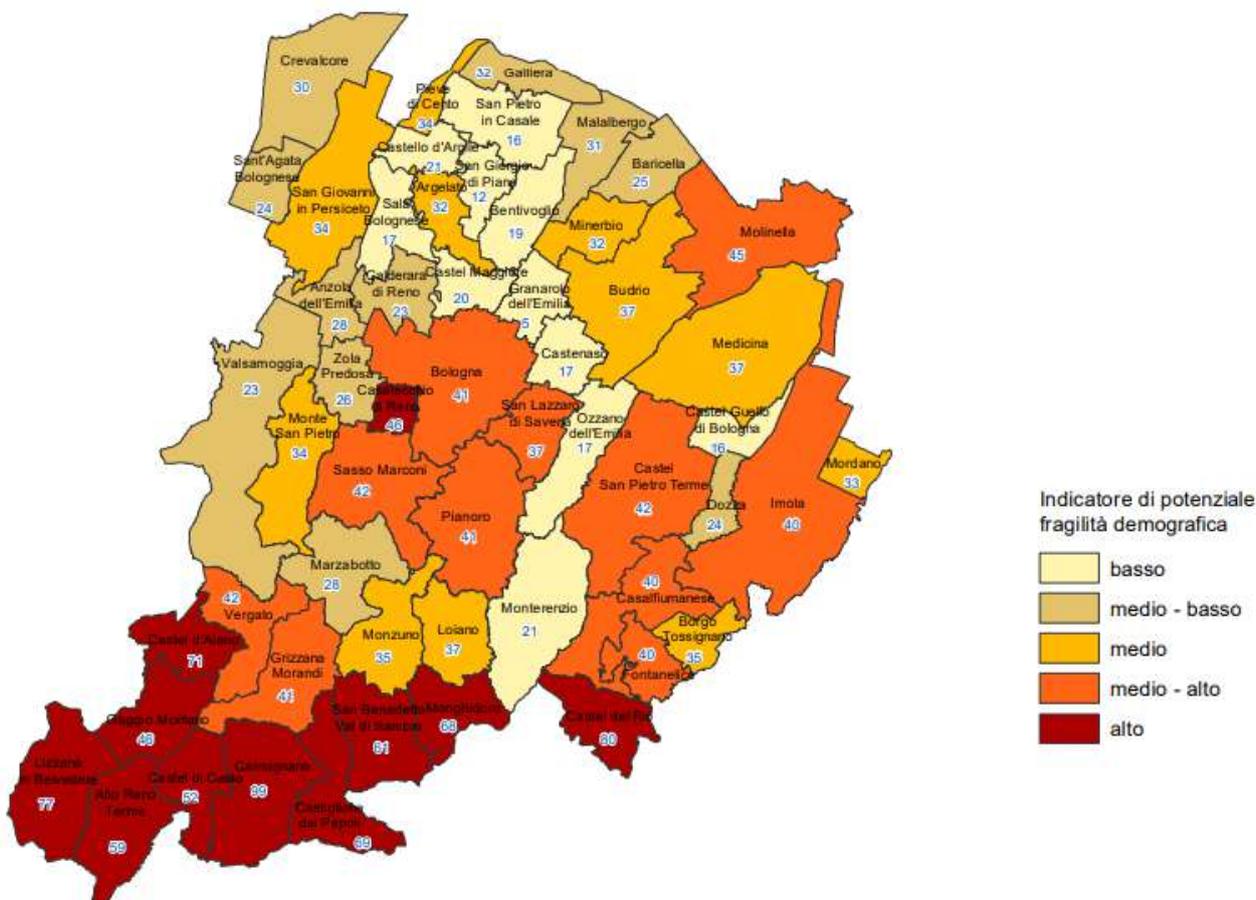


Fig. 3.2 – Città metropolitana di Bologna. Indicatore di potenziale fragilità demografica

Fonte: Servizio studi e statistica per la programmazione strategica della Città metropolitana di Bologna, Ufficio di Statistica del Comune di Bologna (2020)

La *potenziale fragilità sociale* si definisce a partire da indicatori riferiti ad aspetti diversi della convivenza sociale e al loro impatto sul sistema di relazioni: maggiore fragilità del nucleo familiare - le famiglie unipersonali composte da ultra sessantacinquenni, le famiglie monogenitoriali con minori; la difficoltà di radicamento della popolazione, italiana e straniera; l'incidenza della popolazione straniera in fasce di età giovanili rispetto alle analoghe fasce di età della popolazione italiana; il grado di istruzione.

A fine 2019 nella Città metropolitana di Bologna la popolazione di 65 anni e oltre che viveva sola ammontava a 77.861 unità, pari al 31,3% della popolazione di 65 anni e oltre residente (figura 3.3). Nel quinquennio 2015-2019 il ricambio della popolazione italiana è stato pari al 25,1% della popolazione media del periodo, mentre quello della popolazione straniera è stato pari al 9,3% della popolazione media del periodo. Alla fine dello stesso anno la popolazione residente straniera in età tra 0 e 19 anni ammontava a 27.294 unità, pari al 16,1% della popolazione residente di pari età, mentre i minori in famiglie monogenitoriali ammontavano a 25.044 unità, pari al 16,2% del totale dei minori, e i laureati in età tra 25 e 44 anni ammontavano a 74.273 unità, pari al 27,7% della popolazione residente di pari età.

La mappa che sintetizza tutte queste variabili (figura 3.4), mostra che la potenziale fragilità sociale si localizza prevalentemente nei Comuni della media e nell'estrema montagna bolognese e imolese, nell'estrema pianura occidentale; il Comune capoluogo presenta una fragilità sociale medio-alta.

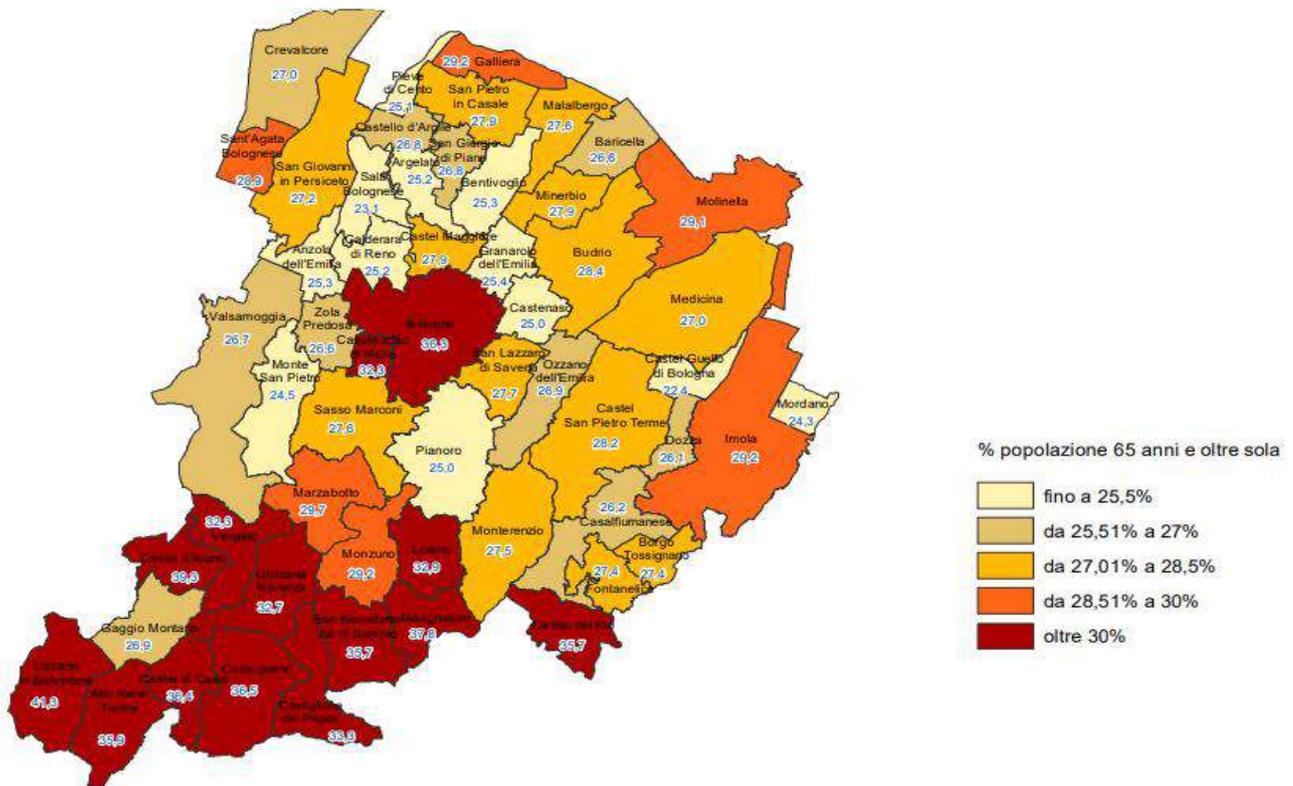


Fig. 3.3 – Città metropolitana di Bologna. Percentuale della popolazione di 65 anni e oltre che viveva sola al 31/12/2019
 Fonte: Servizio studi e statistica per la programmazione strategica della Città metropolitana di Bologna, Ufficio di Statistica del Comune di Bologna (2020)

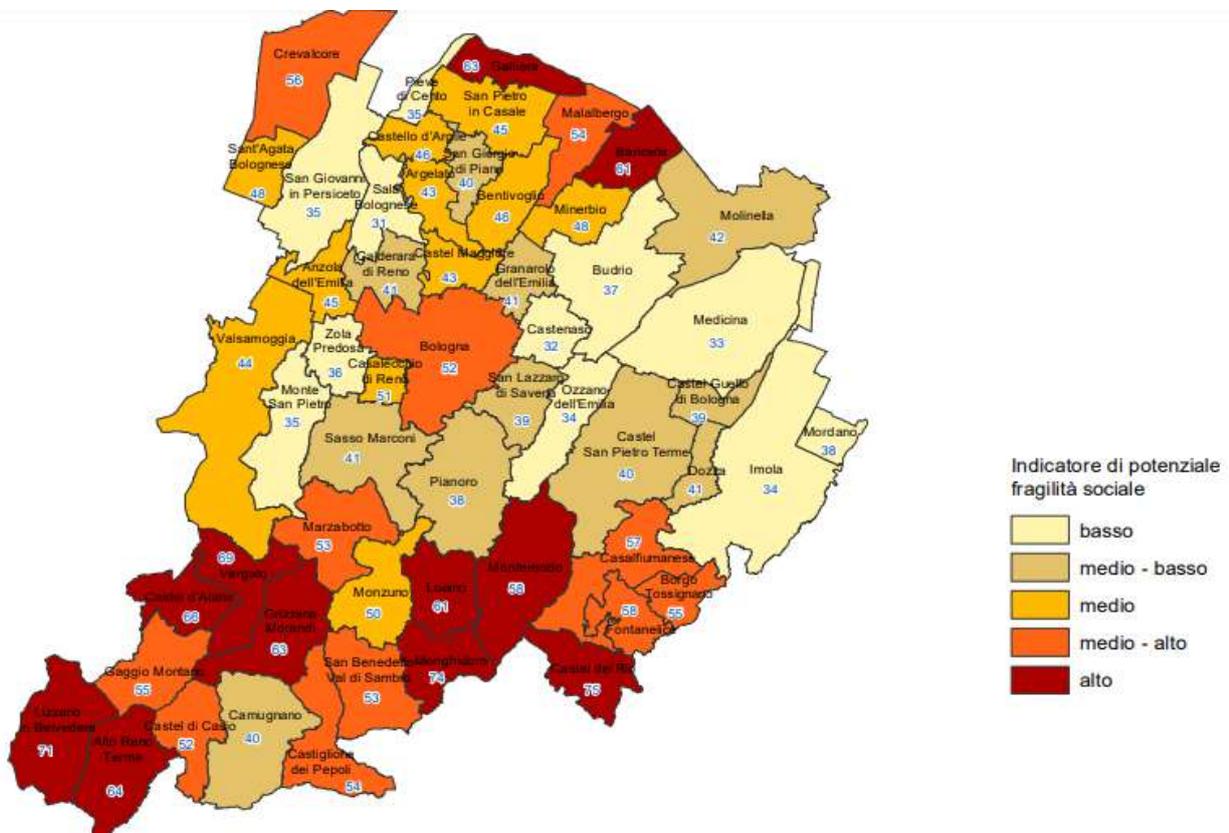


Fig. 3.4 – Indicatore di potenziale fragilità sociale
 Fonte: Servizio studi e statistica per la programmazione strategica della Città metropolitana di Bologna, Ufficio di Statistica del Comune di Bologna (2020)

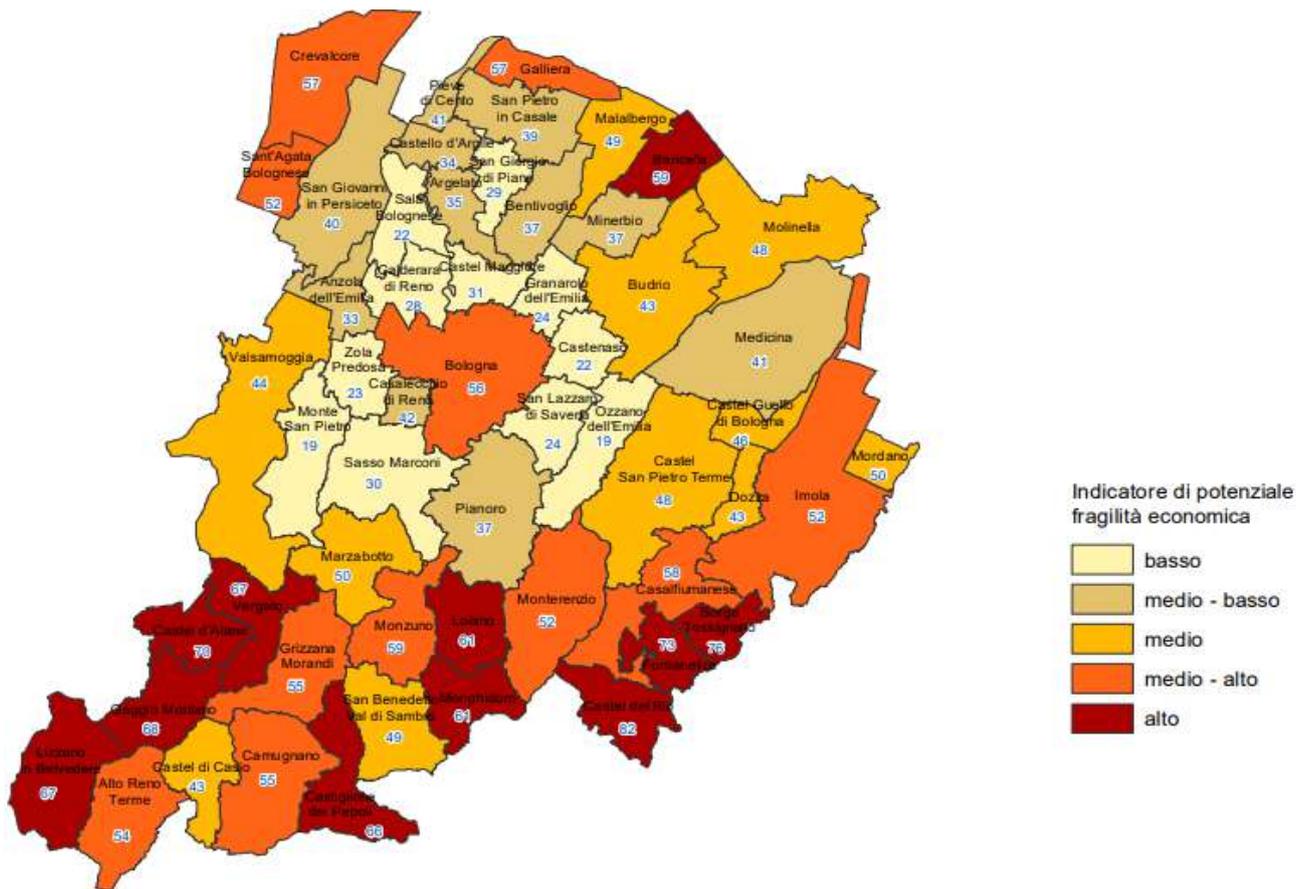


Fig. 3.6 – Indicatore di potenziale fragilità economica

Fonte: Servizio studi e statistica per la programmazione strategica della Città metropolitana di Bologna, Ufficio di Statistica del Comune di Bologna (2020)

In sintesi, gli ambiti caratterizzati da maggiore fragilità a livello metropolitano si collocano ai margini geografici dell'area, ma, nella zona montana, dalla fascia di confine fra le due Città metropolitane di Bologna e Firenze penetra in profondità nelle aree bolognese e imolese fino alla media montagna, il cui livello di fragilità è complessivamente alto e medio-alto. Un livello medio-alto di potenziale fragilità è presente anche nell'estrema pianura settentrionale, dove tuttavia sono assenti i limiti fisici legati all'accessibilità e gli ostacoli logistici della montagna.

Medio-alto è anche il livello di potenziale fragilità del Comune di Bologna e del Comune di Casalecchio, là dove la "periferia" perde i suoi caratteri strettamente geografici per assumere connotati di tipo sociale, legati, fra l'altro, alla maggiore concentrazione di edilizia pubblica (alta percentuale di abitazioni in affitto), legata alle scelte insediative di lungo periodo, all'essere la città un primo recapito per le situazioni di maggiore emergenza (ad es., i flussi migratori), e il centro di erogazione dei servizi rivolti alle situazioni di maggiore disagio, infine, al peso diverso assunto dalle situazioni di marginalità demografica e sociale già evidenziate, che compensano ampiamente il "primato" cittadino in termini di reddito medio, come è evidente nella concentrazione medio-alta delle fasce di reddito inferiori a 10 mila euro annui.

Una bassa fragilità potenziale caratterizza i Comuni della prima Cintura (degradante a medio-bassa emedia nelle fasce via via più esterne), distinti da crescita demografica, insediamento relativamente recente e giovane età della popolazione, elevati titoli di studio e redditi mediamente alti: Comuni che, come è frequente nelle situazioni metropolitane, condividono il privilegio di centralità del capoluogo senza con ciò assumerne anche gli aspetti vulnerabili.

3.2. Caratteristiche descrittive dei rispondenti

All'indagine condotta hanno risposto 382 persone di cui 307 (80,4%) vivono una condizione di fragilità o parziale limitazione personale (figura 3.7), che si concentrano principalmente nel distretto di Bologna (quasi 3 su 10) e Imolese (più di 1 su 6). È su tale quota di rispondenti che si è sviluppata l'analisi le cui evidenze saranno esposte da qui in avanti.

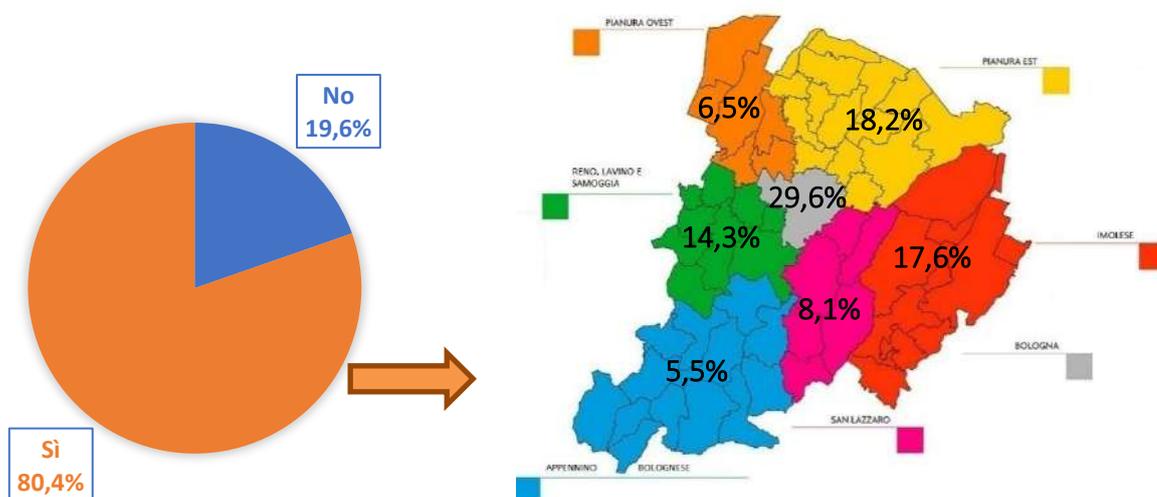


Fig. 3.7 –Rispondenti in condizione di fragilità o parziale limitazione personale e distribuzione geografica (per distretti della Città Metropolitana di Bologna)

Fonte: elaborazione AICCON (2021)

La metà dei rispondenti ha un'età compresa tra gli 81 e i 90 anni, di cui poco meno di 2 su 7 sono persone con un'età compresa tra 81 e 85 anni (figura 3.8). Inoltre, quasi 3 rispondenti su 5 sono donne.

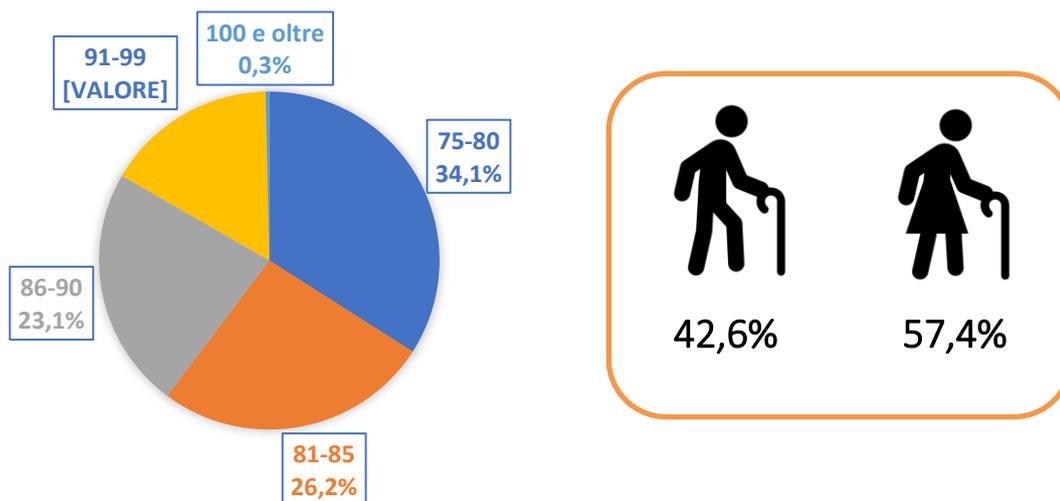


Fig. 3.8 –Rispondenti in condizione di fragilità o parziale limitazione personale per classi di età e genere

Fonte: elaborazione AICCON (2021)

2 rispondenti su 5 vivono in un nucleo monofamiliare (figura 3.9); ciò è vero in particolare per le persone dei distretti di Pianura Ovest e Reno-Lavino-Samoggia, dove la metà dei rispondenti indicano di abitare da soli all'interno della propria abitazione.

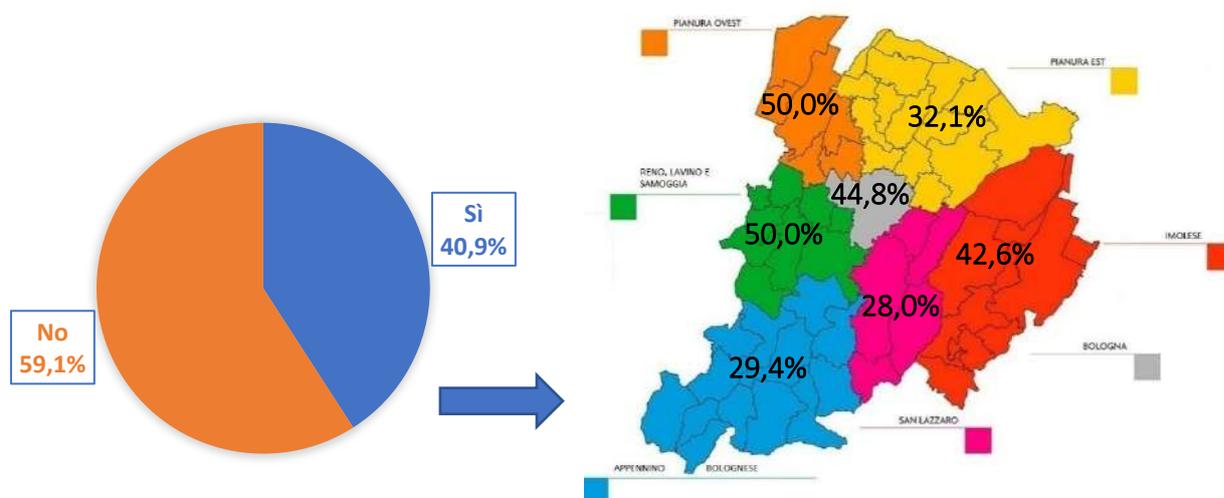


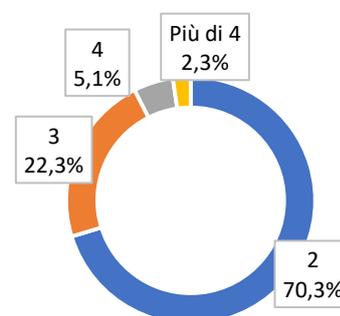
Fig. 3.9 –Nuclei monofamiliari e distribuzione geografica (per distretti della Città Metropolitana di Bologna)

Fonte: elaborazione AICCON (2021)

Tra chi, invece, non vive da solo (quasi 3 su 5), tra le categorie di persone che vivono all'interno della stessa abitazione, la voce principale è quella che si riferisce al coniuge (moglie/marito) seguita da uno o più figli (tabella 3.1). Mediamente, infatti, i componenti del nucleo familiare 7 volte su 10 sono pari a 2 persone (figura 3.10). Quasi 3 rispondenti su 10, inoltre, dichiara la presenza all'interno della propria abitazione di un animale domestico (figura 3.11).

Tab. 3.1 –Composizione del nucleo familiare

	Sì (*)	No
Moglie/marito	77,1%	22,9%
Figlio/a/i	21,8%	78,2%



Persone terze alla famiglia (es. badanti, ...)	8,9%	91,1%
Nipote/i	2,8%	97,2%
Fratello/i e/o sorella/e	2,2%	97,8%

(*) Il totale è maggiore di 100% perché erano possibili più risposte

Fig. 3.10 –Numero di componenti del nucleo familiare Fonte: elaborazione AICCON (2021)

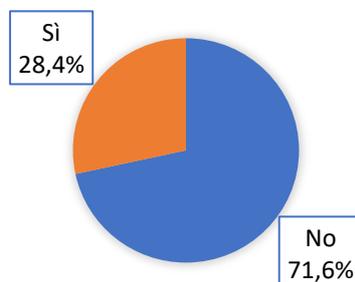


Fig. 3.11 –Presenza di un animale domestico nella propria abitazione

Fonte: elaborazione AICCON (2021)

Con riferimento alla condizione di “non autosufficienza”³, lavarsi è l’attività essenziale in cui maggiormente (quasi la metà dei rispondenti) le persone riscontrano l’esigenza di ricevere un intervento assistenziale permanente e continuativo (tabella 3.2), cui fa seguito l’azione di vestirsi e spogliarsi (quasi 2 persone su 5).

Tab. 3.2 –Attività essenziali per cui è richiesto un intervento assistenziale permanente e continuativo

	Sì	No
Lavarsi	48,5%	51,5%
Vestirsi e spogliarsi	37,6%	62,4%
Utilizzare i servizi	35,6%	64,4%
Muoversi, spostarsi dal letto alla poltrona e viceversa	23,8%	76,2%
Capacità di controllo della continenza	23,1%	76,9%
Alimentarsi	10,9%	89,1%

Fonte: elaborazione AICCON (2021)

Da un punto di vista economico, oltre la metà dei rispondenti indica la fascia di reddito di appartenenza del proprio nucleo familiare compresa tra i 15 mila e i 28 mila euro (figura 3.12); all’interno di tale fascia si riscontrano oltre 3 uomini su 5 e 3 donne su 7. Rilevante anche la percentuale di rispondenti che hanno un reddito complessivo inferiore ai 15 mila euro che corrisponde a 2 persone su 7. In particolare, sono gli abitanti dei distretti Pianura Ovest (75,0%), Reno-Lavino-Samoggia (70,0%), Appennino bolognese (64,7%), Imolese (51,6%) e di Bologna città (48,6%) ad indicare la fascia di reddito tra i 15 mila e i 28 mila euro, mentre tra gli abitanti di Pianura Est la componente principale indica di appartenere alla fascia di reddito inferiore ai 15 mila euro (44,4%) (tabella 3.3). Gli abitanti del distretto di San Lazzaro indicano, invece, in percentuale prevalente di appartenere alla fascia di reddito compresa tra i 28 mila e i 55 mila euro (40,0%).

³ Per “non autosufficiente” si intende una persona con necessità di un intervento assistenziale permanente e continuativo al fine di svolgere attività quali: lavarsi, vestirsi e spogliarsi, utilizzare i servizi, muoversi, spostarsi dal letto alla poltrona e viceversa, alimentarsi, capacità di controllo della continenza.

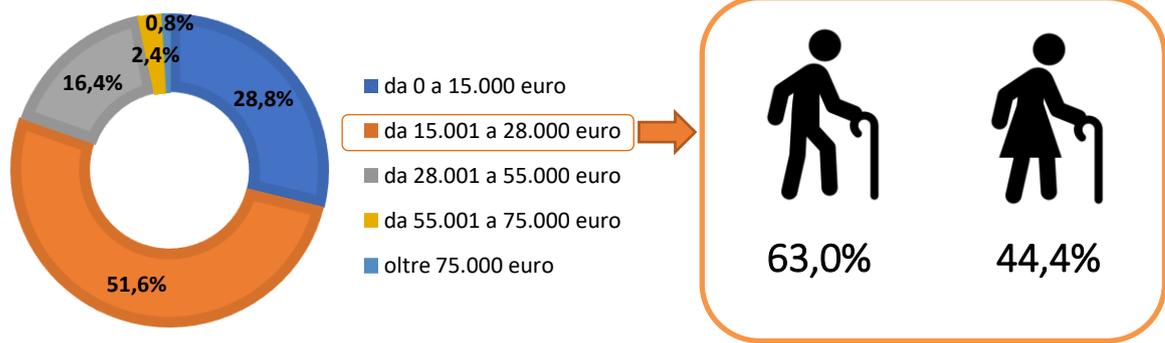


Fig. 3.12 –Fascia di reddito di appartenenza del proprio nucleo familiare e principale fascia di reddito, per genere
Fonte: elaborazione AICCON (2021)

Tab. 3.3 –Fascia di reddito di appartenenza del proprio nucleo familiare per distribuzione geografica (distretti della Città Metropolitana di Bologna)

<i>Fascia di reddito (€)</i>	Appennino bolognese	Bologna Città	Imolese	Pianura Est	Pianura Ovest	Reno-Lavino-Samoggia	S. Lazzaro
<i>0-15.000</i>	17,6%	33,3%	32,3%	44,4%	10,0%	20,0%	20,0%
<i>15.001-28.000</i>	64,7%	48,6%	51,6%	40,0%	75,0%	70,0%	24,0%
<i>28.001-55.000</i>	17,6%	15,3%	16,1%	15,6%	15,0%	5,0%	40,0%
<i>55.001-75.000</i>	0,0%	1,4%	0,0%	0,0%	0,0%	2,5%	16,0%
<i>oltre 75.000</i>	0,0%	1,4%	0,0%	0,0%	0,0%	2,5%	0,0%
Totale	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Fonte: elaborazione AICCON (2021)

3.3.Dimensione prestazionale

L'analisi condotta ha esplorato anzitutto quella che va sotto il nome di dimensione “prestazionale”, ovvero tutto ciò che riguarda la disponibilità e l'eventuale fruizione di servizi dedicati a persone anziane e/o in condizioni di fragilità. Tra gli interventi/servizi di natura pubblica presenti nel proprio territorio, quasi 1 rispondente su 3 usufruisce attualmente o ha usufruito in passato dell'indennità di accompagnamento, mentre 1 su 4 del servizio di assistenza domiciliare (SAD) (tabella 3.4).

Tab. 3.4 –Fruizione di interventi/servizi di natura pubblica territoriali

	Sì, attualmente	Sì, ma in passato	No, mai	Totale
<i>Indennità d'accompagnamento</i>	31,0%	1,3%	67,7%	100,0%
<i>Servizio di Assistenza Domiciliare (SAD)</i>	15,4%	9,4%	75,2%	100,0%
<i>Centro diurno assistenziale⁴</i>	6,1%	2,8%	91,1%	100,0%
<i>Casa protetta e RSA⁵</i>	2,1%	2,9%	95,0%	100,0%
<i>Comunità alloggio⁶</i>	0,8%	1,3%	97,9%	100,0%
<i>Casa di riposo/Casa albergo/Albergo per anziani⁷</i>	1,7%	4,1%	94,2%	100,0%
<i>Residenza protetta⁸</i>	0,8%	0,8%	98,4%	100,0%

Fonte: elaborazione AICCON (2021)

In termini di spesa per prestazioni socio-sanitarie sostenute direttamente a copertura degli aspetti legati alla condizione di non autosufficienza, per l'anno 2020 quasi la metà dei rispondenti dichiara

⁴ Il Centro diurno assistenziale è una struttura socio-sanitaria a carattere diurno destinata ad anziani con diverso grado di non autosufficienza.

⁵ La Casa protetta e la RSA sono strutture socio-sanitarie residenziali destinate ad accogliere, temporaneamente o permanentemente, anziani non autosufficienti di grado medio ed elevato, che non necessitano di specifiche prestazioni ospedaliere. Si differenziano per finalità assistenziali e requisiti di personale diversi.

⁶ La comunità alloggio è una struttura socio-assistenziale residenziale di ridotte dimensioni, di norma destinata ad anziani non autosufficienti di grado lieve che necessitano di una vita comunitaria e di reciproca solidarietà.

⁷ La Casa di riposo/Casa albergo/Albergo per anziani è una struttura socioassistenziale a carattere residenziale destinata ad anziani non autosufficienti di grado lieve.

⁸ Alloggi aggregati in una stessa unità strutturale (edificio), dotata di una zona comune per servizi collettivi, destinata ad anziani in condizioni di autosufficienza o di parziale autosufficienza.

di aver speso fino a 500 euro, mentre 2 su 5 tra i 500 e i 2 mila e 500 euro (figura 3.13). Nel primo gruppo rientrano oltre la metà dei rispondenti aventi età compresa tra gli 81 e gli 85 anni e quasi 1 su 2 di quelli aventi età compresa tra i 75 e gli 80 anni; inoltre, il 49,0% dei rispondenti maschi e il 45,0% dei rispondenti femmina dichiara di avere speso fino a 500 euro, così come il 70,0% dei residenti nel distretto Pianura Ovest e il 56,8% di quelli di Bologna Città (figura 3.14). Residuale la percentuale di chi ha speso oltre 5 mila euro pari all'8,0%, che raggiunge quota 11,9% per la fascia di età 86-90 anni e il 9,3% dei rispondenti tra i 91 e i 99 anni (figura 3.13); il 13,2% dei rispondenti femmina e il 2,0% dei rispondenti maschi dichiara una spesa oltre i 5 mila euro. Rispetto alla distribuzione geografica, sono prevalentemente i residenti di Bologna Città e Reno-Lavino-Samoggia (con percentuali comunque basse, pari entrambe al 13,5%) a dichiarare di aver speso più di 5 mila euro nel 2020 (figura 3.14).

Con riferimento alla previsione di disponibilità di spesa annuale privata per prestazioni socio-sanitarie a copertura degli aspetti legati alla condizione di non autosufficienza, in continuità con quanto effettivamente speso nel 2020, i rispondenti dichiarano prevalentemente (più di 2 su 5) di essere disposti a spendere fino a 500 euro (figura 3.15). Tuttavia, una quota più consistente di rispondenti dichiara di pensare di spendere in futuro oltre 5 mila euro (12,1%; +4,1% rispetto al dato sulla spesa effettiva nel 2020). Rispetto all'età dei rispondenti, il 100,0% della fascia di età 100 anni e oltre e il 45,6% della fascia di età 81-85 anni dichiara di essere disposti a spendere fino a 500 euro, mentre il 20,4% della fascia di età 86-90 anni e il 14,6% della fascia di età 91-99 anni preventiva una spesa oltre i 5 mila euro in futuro. Con riferimento alla distribuzione geografica, il 55,0% dei residenti nel distretto di Pianura Ovest e il 51,9% di quelli di Pianura Est indicano una disponibilità di spesa futura entro i 500 euro (figura 3.16), mentre il 42,4% di quelli di Reno-Lavino-Samoggia e il 13,8% di quelli di Bologna Città fanno registrare le percentuali più alte relative ad una previsione di spesa superiore ai 5 mila euro.

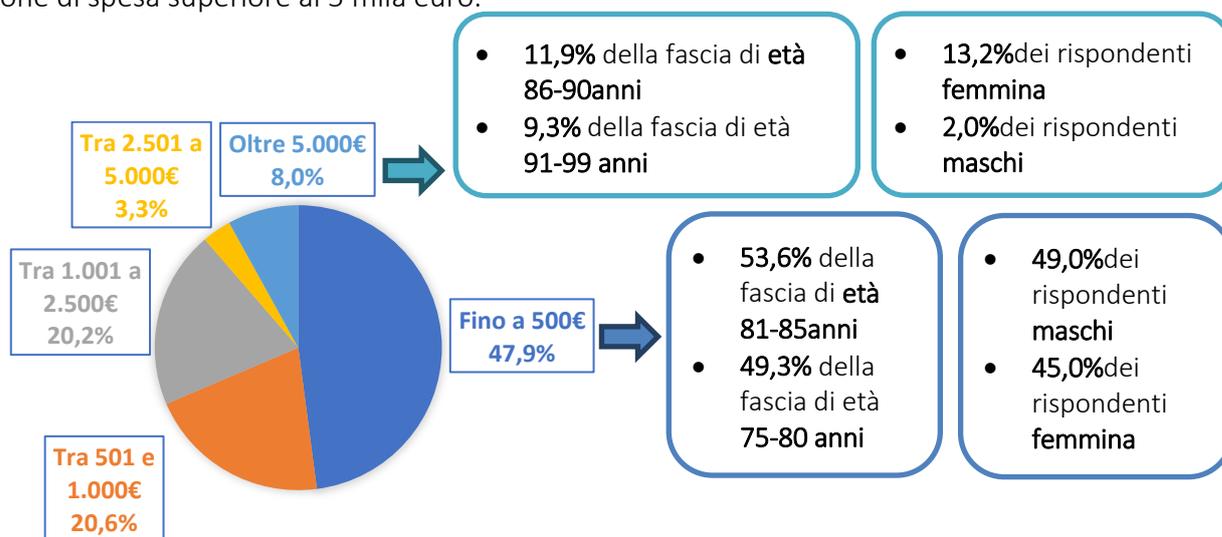
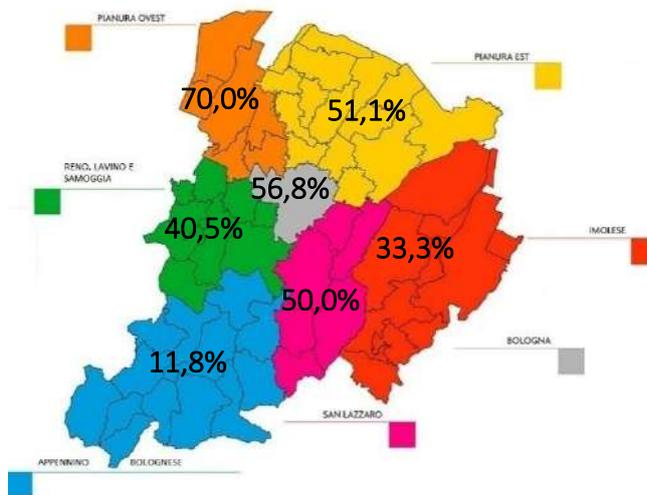


Fig. 3.13 – Ammontare di spesa sostenuta direttamente per le prestazioni socio-sanitarie per non autosufficienza e per fascia di età e genere (2020)

Fonte: elaborazione AICCON (2021)

Fino a 500 euro (47,9%)



Oltre 5.000 euro (8,0%)

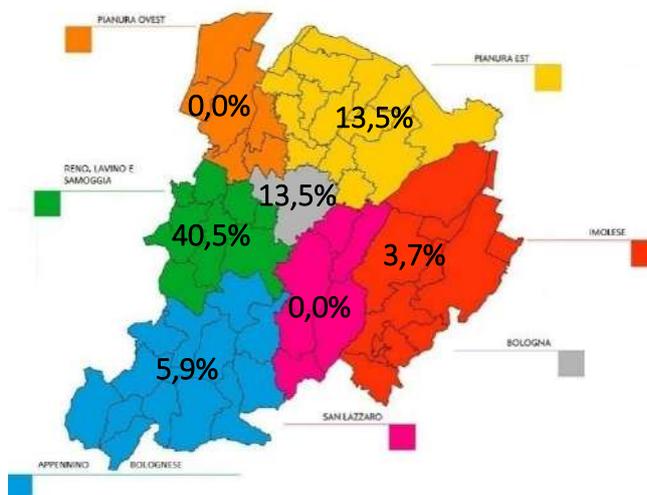


Fig. 3.14 – Ammontare di spesa sostenuta direttamente per le prestazioni socio-sanitarie per non autosufficienza per distribuzione geografica (per distretti della Città Metropolitana di Bologna) (2020)

Fonte: elaborazione AICCON (2021)

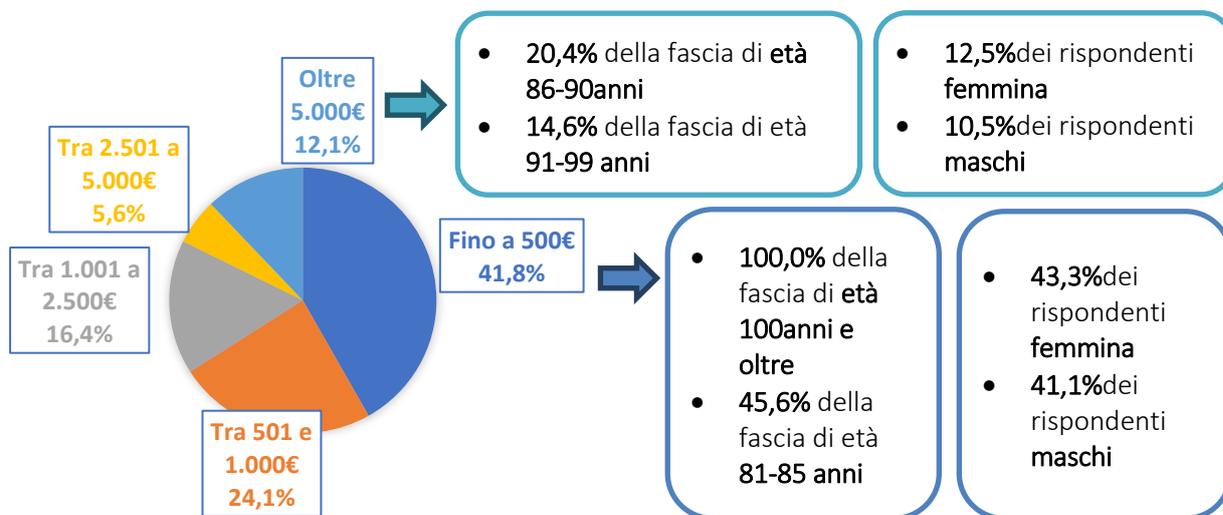


Fig. 3.15 –Previsione di spesa privata futura sostenuta direttamente per le prestazioni socio-sanitarie per non autosufficienza e per fascia di età e genere

Fonte: elaborazione AICCON (2021)

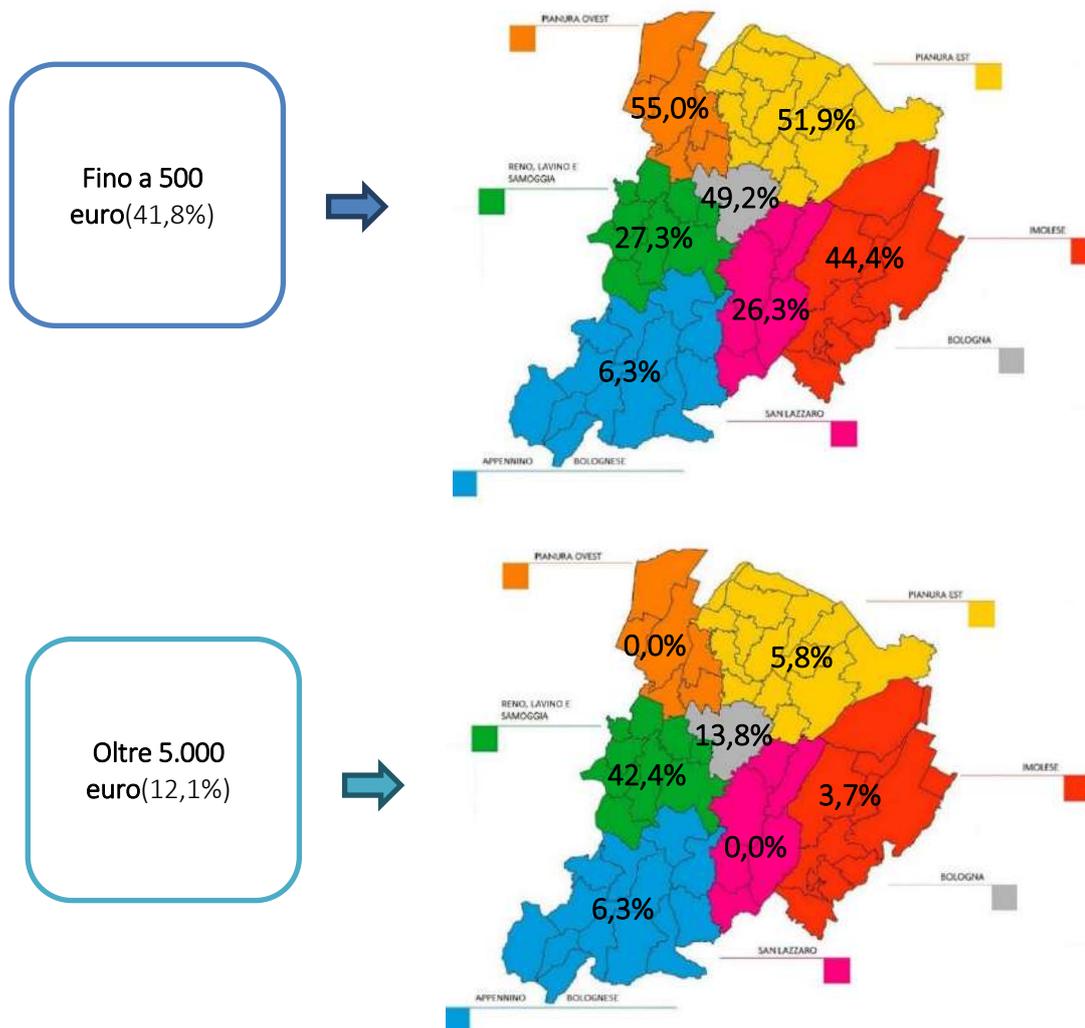


Fig. 3.16 –Previsione di spesa privata futura sostenuta direttamente per le prestazioni socio-sanitarie per non autosufficienza per distribuzione geografica (per distretti della Città Metropolitana di Bologna)

Fonte: elaborazione AICCON (2021)

Basso il numero di rispondenti che ha usufruito in passato o usufruisce attualmente di forme di assicurazione privata a copertura delle spese per la condizione di non autosufficienza (tabella 3.5); la prevalenza riguarda la stipula di polizze assicurative sanitarie (6,5%).

La situazione contingente legata alla pandemia da Covid-19 è andata a pesare soprattutto sulle persone più vulnerabili, spesso aggravando le condizioni pregresse in termini di abilità possedute dalle persone fragili. Con riferimento agli ultimi 12 mesi (periodo compreso tra maggio 2020 e maggio 2021), le evidenze relative alla percezione delle proprie abilità da parte dei rispondenti è per la maggior parte indicata come “mantenuta” (figura 3.17), in particolar modo per ciò che riguarda le “abilità sociali”, ovvero i comportamenti appresi orientati verso un obiettivo e governati da regole che variano in funzione alla situazione e al contesto. Più negativa la percezione rispetto alle altre due forme di abilità considerate, ovvero quelle “motorie” (intense come la capacità di muovere i muscoli e il corpo e l’abilità di manipolare gli oggetti) rispetto alle quali più di 4 su 9 rispondenti

dichiarano un peggioramento, e quelle “cognitive” (intese come insieme di processi attraverso i quali un individuo percepisce, registra, mantiene, recupera, manipola, usa ed esprime informazioni) su cui sempre più di 4 su 9 persone indicano una condizione peggiorata.

Tab. 3.5 – Fruizione di forme di assicurazione privata a copertura delle spese per non autosufficienza

	Sì, attualmente	Sì, ma in passato	No, mai	Totale
<i>Mutua sanitaria integrativa</i> ⁹	1,8%	1,1%	97,1%	100,0%
<i>Fondo di assistenza sanitaria integrativa</i> ¹⁰	1,5%	1,8%	96,7%	100,0%
<i>Polizza assicurativa sanitaria</i> ¹¹	4,7%	1,8%	93,5%	100,0%

Fonte: elaborazione AICCON (2021)

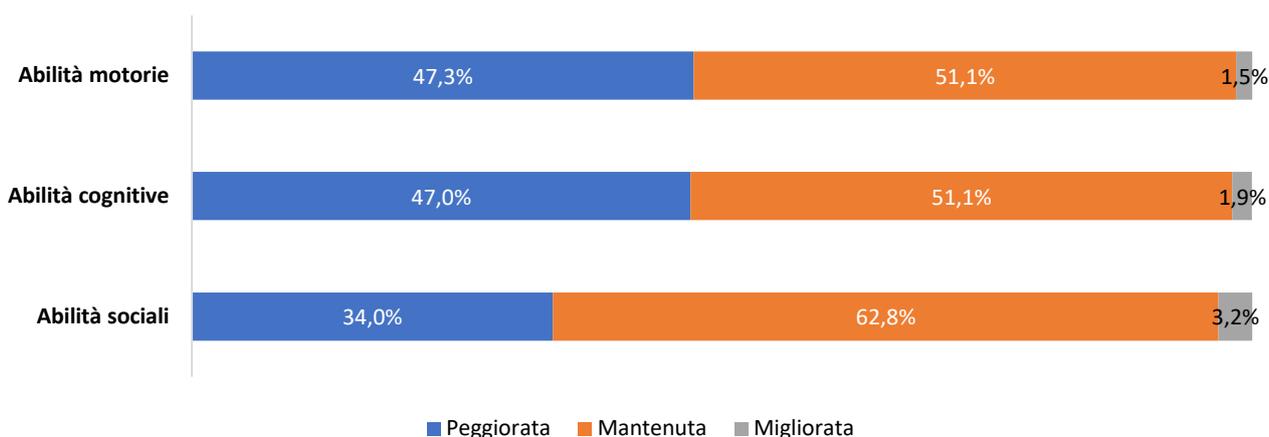


Fig. 3.17 – Percezione dell’andamento delle proprie abilità

Fonte: elaborazione AICCON (2021)

Si sottolinea, inoltre, come, all’interno della categoria “abilità motorie” più della metà dei rispondenti (54,8%) indica come la propria capacità di muoversi all’esterno della propria abitazione sia peggiorata nel corso degli ultimi 12 mesi (tabella 3.6); dato che, se contestualizzato all’interno della situazione contingente (caratterizzata dai ben noti vincoli di natura sociale), incide fortemente sugli aspetti della vita delle persone anziane fragili che rientrano nella dimensione cd. “relazionale” (cfr. par. 3.4). Evidenza, questa, che viene confermata anche dall’esito della riflessione fatta sugli ultimi 12 mesi, con un rimando specifico al periodo del primo *lockdown* (marzo-maggio 2020), rispetto alla principale conseguenza dell’emergenza sanitaria per Covid-19 sulla propria situazione personale, che mostra come più di 3 su 7 rispondenti abbiano avuto effetti dal punto di vista comportamentale legati al persistere del Coronavirus (figura 3.18).

⁹ Per “mutua sanitaria integrativa” si intende un’organizzazione non profit che raccoglie risparmio dei singoli cittadini o di gruppi di cittadini al fine di fornire prestazioni che integrano quelle assicurate dal Servizio Sanitario Nazionale.

¹⁰ Per “fondo di assistenza sanitaria integrativa” si intendono fondi finalizzati a fornire prestazioni aggiuntive rispetto a quelle assicurate dal Servizio Sanitario Nazionale solitamente frutto di contratti e accordi collettivi, anche aziendali o di accordi tra lavoratori autonomi o fra liberi professionisti, promossi dai loro sindacati o associazioni di rilievo almeno provinciale.

¹¹ Per “polizza assicurativa sanitaria” si intende un’assicurazione che copre le spese non sostenute dal Sistema Sanitario Nazionale in caso di malattia o infortunio. È una copertura facoltativa, scelta in tutti quei casi in cui si preferisce avere un’alternativa rispetto alla sanità pubblica.

Tab. 3.6 –Percezione dell’andamento delle proprie abilità, per tipologia

		Peggiorata	Mantenuta	Migliorata	Totale
Abilità sociali	<i>La capacità di manifestare i propri sentimenti, sia positivi che negativi</i>	32,7%	65,0%	2,3%	100,0%
	<i>La capacità di ascoltare e conversare con altre persone</i>	37,5%	59,5%	3,0%	100,0%
	<i>La capacità di fare richieste specifiche nei confronti di una terza persona</i>	31,9%	63,9%	4,2%	100,0%
Abilità cognitive	<i>La capacità di concentrarsi su ciò che stava facendo</i>	47,3%	50,7%	2,0%	100,0%
	<i>La capacità di ricordare informazioni acquisite anche dopo qualche tempo (ad almeno una settimana di distanza)</i>	46,8%	51,5%	1,7%	100,0%
Abilità motorie	<i>La capacità di muoversi all’interno dell’abitazione</i>	39,9%	58,4%	1,7%	100,0%
	<i>La capacità di muoversi all’esterno della propria dell’abitazione</i>	54,8%	43,8%	1,4%	100,0%

Fonte: elaborazione AICCON (2021)

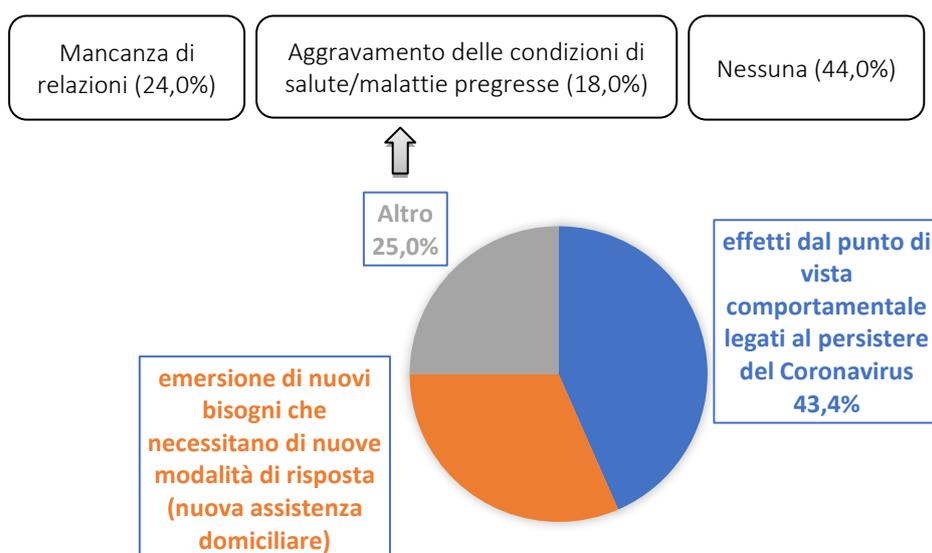


Fig. 3.18 –Principale conseguenza del Covid-19 sulla situazione personale

Fonte: elaborazione AICCON (2021)

3.4. Dimensione relazionale

La seconda dimensione analizzata è quella cd. “relazionale” che restituisce aspetti legati ai rapporti che le persone anziane con fragilità sviluppano all’interno della propria abitazione, in una dimensione più di domiciliarità, e all’esterno della propria abitazione, relativamente ad una dimensione di prossimità.

Con riferimento alla tipologia di abitazione in cui risiedono i rispondenti, oltre 3 su 5 di questi indicano di abitare in un appartamento in condominio, prevalentemente (la metà dei rispondenti) di proprietà (tabella 3.7). Tra questi ultimi, si riscontrano il 55,1% dei rispondenti maschi e il 48,4% dei rispondenti femmine; il 63,6% delle persone con un’età compresa tra i 91 e i 99 anni e il 50,0% di quelle tra i 75 e gli 80 anni; il 66,7% dei rispondenti residenti nel distretto di Bologna città e il 65,7% di quelli del distretto di Reno-Lavino-Samoggia.

Tab. 3.7 – Tipologia di abitazione di residenza

	Di proprietà	In affitto
<i>Casa singola unifamiliare</i>	15,3%	2,1%
<i>Casa singola plurifamiliare</i>	9,6%	1,4%
<i>Casa a schiera</i>	6,8%	0,7%
<i>Appartamento in condominio</i>	50,9%	13,2%

Fonte: elaborazione AICCON (2021)

La situazione residenziale dei rispondenti così delineata si connette al fatto che per quasi 2 su 7 di loro il familiare più prossimo risiede in un appartamento dello stesso stabile adiacente a quello dell’anziano fragile (figura 3.19). Dall’altra parte, per una percentuale pari al 29,3% dei rispondenti, il familiare più prossimo vive in un altro quartiere della stessa città/paese. Solo per quasi 1 su 5 il familiare più prossimo vive in una città/paese diversa da quella dell’anziano fragile.



Fig. 3.19 – Luogo di residenza del familiare più prossimo, generale e per fasce di età

Fonte: elaborazione AICCON (2021)

Sono i residenti dei distretti dell'Appennino Bolognese (3 su 5) e Imolese (più di 2 su 5) a dichiarare che l'abitazione del familiare più prossimo è in un appartamento adiacente al proprio nello stesso stabile (tabella 3.8), mentre tra chi dichiara che il familiare più prossimo viva in un'altra città/paese diverso rilevante è la percentuale relativa agli abitanti di S. Lazzaro e Bologna Città (circa 2 su 5 in entrambi i casi).

Tab. 3.8 –Luogo di residenza del familiare più prossimo, per distribuzione geografica (per distretti della Città Metropolitana di Bologna)

	Appennino bolognese	Bologna Città	Imolese	Pianura Est	Pianura Ovest	Reno, Lavino, Samoggia	S. Lazzaro
<i>Nello stesso stabile, ma in un appartamento adiacente</i>	60,0%	5,1%	42,6%	37,0%	40,0%	40,0%	4,0%
<i>In un'abitazione della/o stessa/o via/quartiere</i>	6,7%	34,6%	12,8%	13,0%	15,0%	22,5%	52,0%
<i>In un altro quartiere della stessa città/paese</i>	13,3%	37,2%	34,0%	27,8%	35,0%	20,0%	20,0%
<i>In una/un città/paese diversa/o</i>	20,0%	23,1%	10,6%	22,2%	10,0%	17,5%	24,0%
Totale	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Fonte: elaborazione AICCON (2021)

Analizzando gli aspetti descrittivi delle abitazioni delle persone anziane con fragilità, emerge come al loro interno vi siano barriere architettoniche in 1 caso su 3 (figura 3.20). Tra chi manifesta tali problemi, oltre la metà indica che la difficoltà in tal senso è legata alla presenza di scale (tabella 3.9). Solo 1 su 10 individua nell'altezza delle mobili una barriera architettonica e in misura ancora inferiore la dimensione delle porte (in particolar modo, quelle del bagno) e quelle delle stanze (ancora una volta relativamente al bagno). Oltre 4 rispondenti su 5 hanno una stanza da bagno dotata di vasca, ma solo la metà può accedervi autonomamente, mentre oltre 3 persone su 5 hanno una doccia cui accedono autonomamente (tabella 3.10).

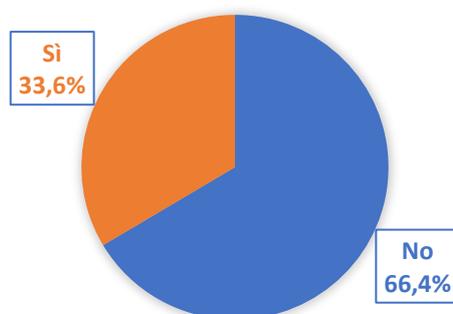


Fig. 3.20 –Presenza di barriere architettoniche nelle abitazioni

Fonte: elaborazione AICCON (2021)

Tab. 3.9 – Presenza di barriere architettoniche nelle abitazioni, per tipologia

	Sì	No
Presenza di scale	57,9%	42,1%
Altezza dei mobili	11,2%	88,8%
Dimensione delle porte	9,9%	90,1%
<i>Bagno</i>	80,0%	20,0%
<i>Camera da letto</i>	26,7%	73,3%
<i>Cucina</i>	33,3%	66,7%
<i>Altro (angolo cottura, piano condominiale)</i>	50,0%	50,0%
Dimensione delle stanze	4,9%	95,1%
<i>Bagno</i>	60,0%	40,0%
<i>Camera da letto</i>	53,3%	46,7%
<i>Cucina</i>	46,7%	53,3%

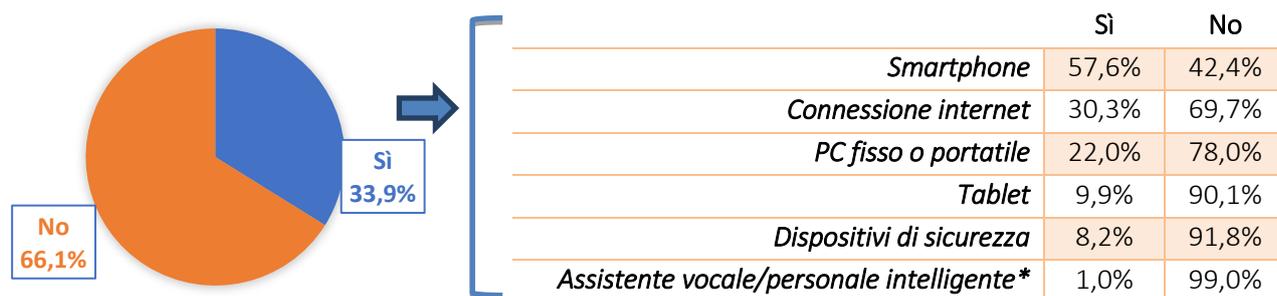
Fonte: elaborazione AICCON (2021)

Tab. 3.10 – Dotazione stanza da bagno

	Vasca da bagno	Doccia
Accessibile in autonomia	43,9%	63,3%
Non accessibile in autonomia	44,5%	30,8%
Non disponibile	11,6%	5,9%
Totale	100,0%	100,0%

Fonte: elaborazione AICCON (2021)

Oltre la metà dei rispondenti ha dichiarato di possedere uno smartphone, quasi 1 su 3 di avere in casa una connessione internet e circa 1 su 5 un pc fisso o portatile (figura 3.21). Tali strumenti vengono utilizzati prevalentemente per comunicare a distanza con familiari/amici (4 rispondenti su 5) e per attività di svago e intrattenimento – come l’ascolto di musica (1 rispondente su 4) (tabella 3.11).



*(es. Amazon Echo Dot, Google Home, ...)

Fig. 3.20 – Disponibilità di risorse tecnologiche nelle abitazioni e loro tipologia

Fonte: elaborazione AICCON (2021)

Tab. 3.11 – Principali utilizzi delle risorse tecnologiche disponibili nelle abitazioni

	Sì	No
Comunicazione a distanza con familiari/amici	81,1%	18,9%
Attività di svago e intrattenimento (es. ascoltare musica)	25,4%	74,6%
Sicurezza personale	19,5%	80,5%
Utilizzo di componenti della casa connesse a tecnologie (es. luci, elettrodomestici.)	0,0%	100,0%

Fonte: elaborazione AICCON (2021)

All'interno della dimensione di cura dell'anziano fragile, esclusi i componenti del nucleo familiare, sono soprattutto i familiari non conviventi a garantire una presenza continuativa (più di 1 su 3) o saltuariamente (poco meno di 1 su 3) (tabella 3.12); rilevante anche l'apporto in termini di cura prestato da altre figure, in larga parte (oltre la metà) nelle vesti di badanti.

Tra chi ha rapporti con i vicini di casa (2 rispondenti su 5), si tratta soprattutto di relazioni di compagnia connesse alla condivisione di tempo e di momenti di conversazione (più di 9 volte su 10) o legate allo scambio di oggetti di uso quotidiano presenti nelle proprie abitazioni (quasi 3 su 4) (tabella 3.13). Con riferimento, invece, a chi ha rapporti con volontari delle organizzazioni non profit (1 su 5), si tratta in particolar modo di supporto rispetto a esigenze di natura sanitaria (quasi 9 volte su 10) nonché nell'ambito di servizi esterni alla propria abitazione, come ad esempio i trasporti (tabella 3.14). Tra chi, invece, non ha sviluppato relazioni con volontari di organizzazioni non profit (17,5% dei rispondenti) la maggior parte ritiene di non averne bisogno, mentre solo una componente residuale (16,7%) imputa alla difficoltà di accesso a informazioni in merito la mancata esistenza di relazioni di questo tipo (figura 3.21). Sempre rispetto al tema del volontariato, oltre 9 persone su 10 dichiarano, infine, di non essere disponibili a praticarlo, prevalentemente per ragioni legate alla propria condizione di salute (figura 3.22).

Tab. 3.12 –Categorie di caregiver esterni al nucleo familiare

	Sì, in maniera continuativa	Sì, ma saltuariamente	No	Totale
<i>Famigliari non conviventi</i>	35,9%	32,2%	31,9%	100,0%
<i>Vicini di casa</i>	5,0%	36,4%	58,6%	100,0%
<i>Volontari di organizzazioni non profit</i>	4,0%	13,5%	82,5%	100,0%
<i>Altro (*)</i>	35,1%	5,6%	59,3%	100,0%

(*) Badante (55,4%)

Fonte: elaborazione AICCON (2021)

Tab. 3.13 –Rapporti con i vicini di casa

	Sì	No
<i>Momenti di conversazione e condivisione del tempo (compagnia)</i>	94,7%	5,3%
<i>Scambio di oggetti di uso quotidiano (es. zucchero, ecc.)</i>	74,1%	25,9%
<i>Utilizzo di spazi/aree comuni</i>	69,1%	30,9%
<i>Supporto ad attività quotidiane (es. cucinare, portare a spasso il cane, ecc.)</i>	36,7%	63,3%

Fonte: elaborazione AICCON (2021)

Tab. 3.14 –Rapporti con i volontari delle organizzazioni non profit

	Sì	No
<i>Supporto rispetto a esigenze di natura sanitaria</i>	88,9%	11,1%
<i>Supporto nell'ambito di servizi esterni alla propria abitazione(es. trasporti)</i>	65,0%	35,0%
<i>Momenti di conversazione e condivisione del tempo (compagnia)</i>	57,9%	42,1%
<i>Supporto ad attività quotidiane(es. cucinare, portare a spasso il cane, accesso ai servizi digitali, ecc.)</i>	33,3%	66,7%

Fonte: elaborazione AICCON (2021)

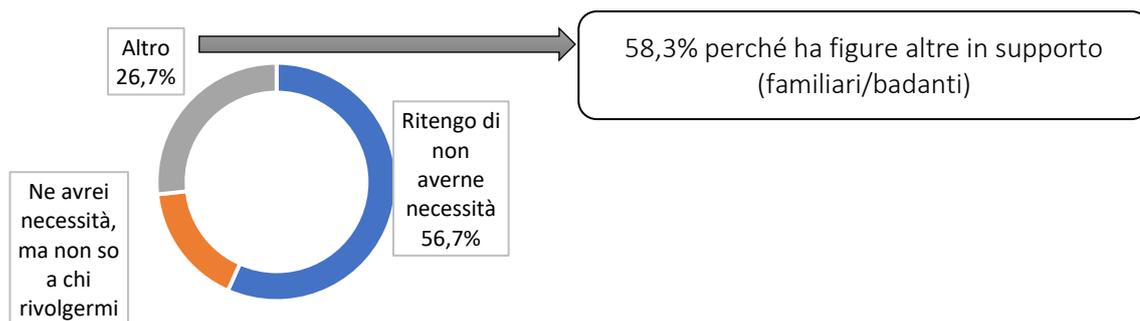


Fig. 3.21 –Motivazioni del mancato sviluppo di relazioni con volontari di ONP *Fonte: elaborazione AICCON (2021)*

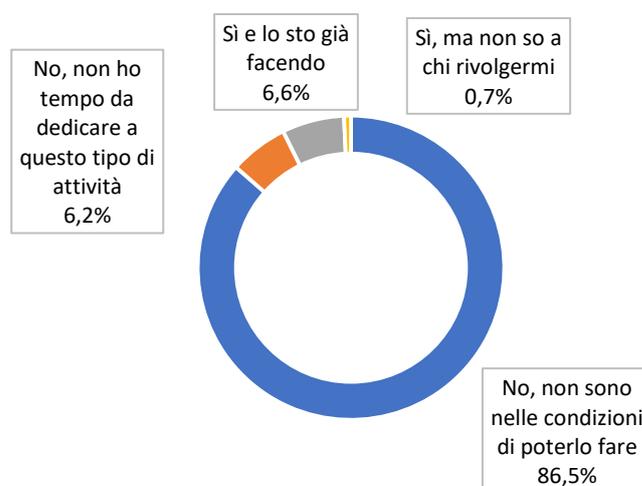


Fig. 3.22 –Attività di volontariato da parte degli anziani fragili *Fonte: elaborazione AICCON (2021)*

Con riferimento all'esistenza sul proprio territorio di riferimento, ovvero in una dimensione di prossimità, di soggetti che si occupano di servizi rivolti agli anziani, oltre 7 su 10 dichiarano di conoscere (e di cui 2 su 5 usufruisce direttamente o attraverso i propri familiari) associazioni sindacali o realtà parrocchiali (frequentate da quasi 1 su 4 direttamente o attraverso i propri familiari) (tabella 3.15). Rispetto alle associazioni sindacali, sono soprattutto gli abitanti dei distretti di Bologna Città – quasi 7 su 10 –, di quello di Pianura Est – 59,3% – e dell'Appennino Bolognese – più di 1 su 2 – a frequentare e partecipare, direttamente o tramite i propri familiari, tali realtà (figura 3.23).

Tab. 3.15 –Conoscenza e fruizione di servizi di prossimità rivolti agli anziani

	Non conosco	Conosco, ma non ne usufruisco	Conosco e ne usufruisco
<i>Associazioni sindacali</i>	24,0%	28,1%	48,0%
<i>Parrocchia</i>	25,9%	50,2%	23,9%
<i>Associazioni di volontariato</i>	51,3%	32,8%	15,9%
<i>Associazioni ricreative</i>	55,5%	31,3%	13,2%
<i>Associazioni culturali</i>	66,1%	23,6%	10,3%
<i>Associazioni sportive</i>	74,3%	19,2%	6,6%

Fonte: elaborazione AICCON (2021)

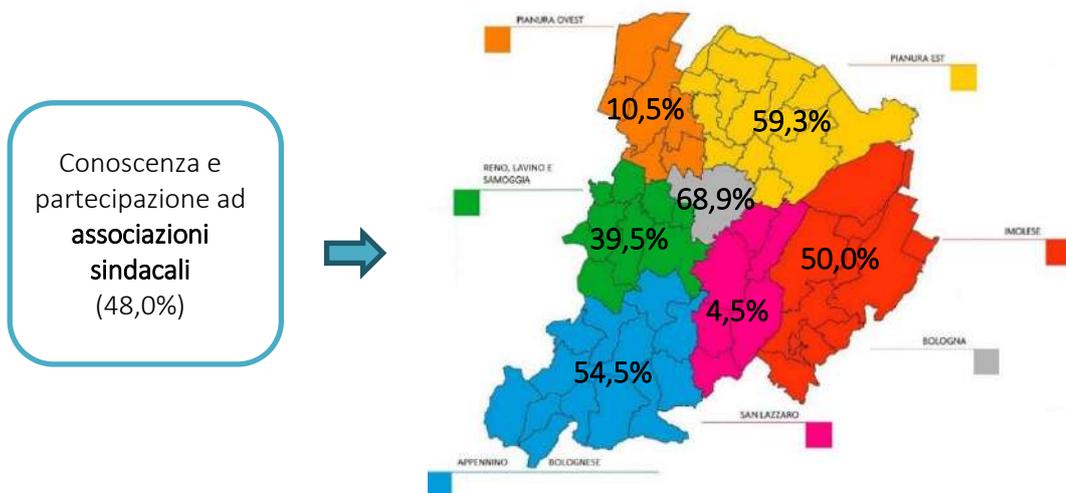


Fig. 3.23 –Conoscenza e partecipazione ad associazioni sindacali, per distribuzione geografica (per distretti della Città Metropolitana di Bologna)
 Fonte: elaborazione AICCON (2021)

Sempre all'interno della dimensione relazionale, l'analisi condotta ha esplorato la condizione di *solitudine* degli anziani fragili, in termini di percezione allo stato attuale e di andamento rispetto agli ultimi 12 mesi (maggio 2020-maggio 2021). Il 40,5% dei rispondenti dichiara sostanzialmente di non patire tale condizione ("per nulla") o di farlo in maniera limitata ("poco"); al contrario, il 31,0% percepisce di vivere in una situazione di totale ("completamente") o profonda ("molto") solitudine; infine, il 28,6% afferma di percepirsi all'interno di una situazione di solitudine parziale ("abbastanza") (figura 3.24). La percezione di tale condizione rispetto a 12 mesi prima si è mantenuta stabile per 3 persone su 5, mentre è peggiorata per più di 1 su 3 dei rispondenti. Rispetto a quest'ultimo dato, si rileva come siano soprattutto gli abitanti del distretto dell'Appennino Bolognese – quasi 7 su 10 –, di quello di Reno-Lavino-Samoggia e di S. Lazzaro – più della metà in entrambi i casi – a dichiarare un aggravamento delle proprie condizioni di solitudine (figura 3.25).

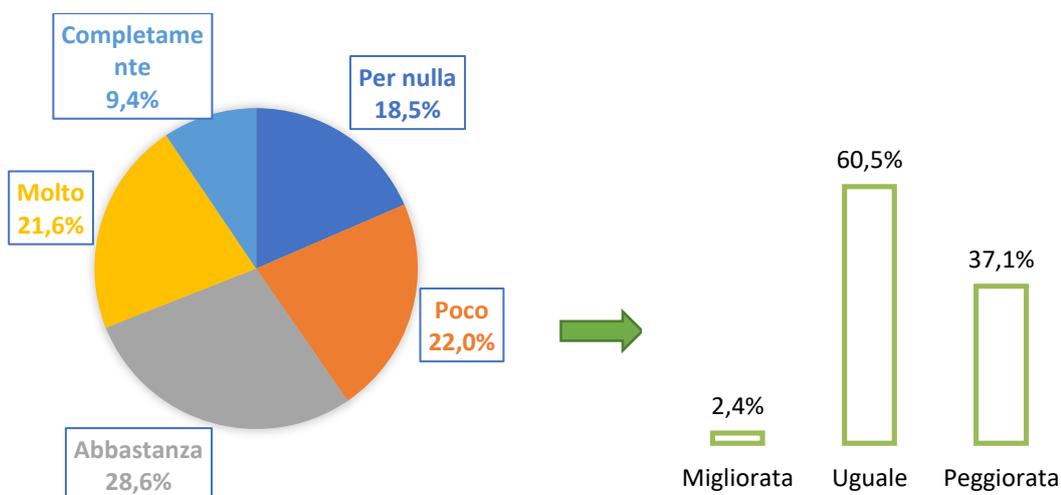


Fig. 3.24 –Percezione della propria condizione di solitudine e andamento negli ultimi 12 mesi
 Fonte: elaborazione AICCON (2021)

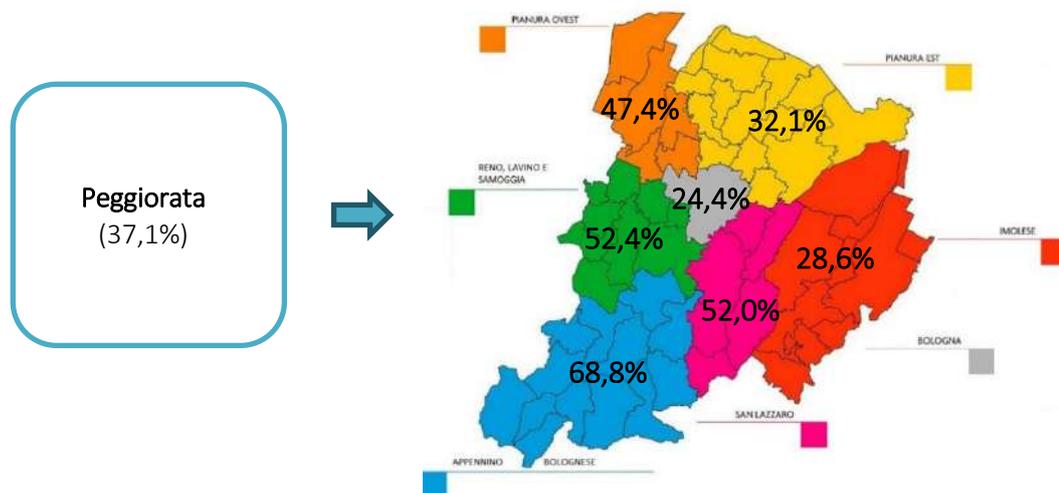


Fig. 3.25 –Peggioramento della percezione della propria condizione di solitudine negli ultimi 12 mesi, per distribuzione geografica (per distretti della Città Metropolitana di Bologna) *Fonte: elaborazione AICCON (2021)*

Gli ultimi aspetti indagati all'interno della dimensione relazionale hanno cercato di delineare i possibili sviluppi futuri dei servizi dedicati agli anziani fragili. In particolar modo, la figura di un infermiere di famiglia e/o di comunità in grado di garantire l'assistenza a casa e/o presso strutture sanitarie di prossimità sul territorio a non autosufficienti, malati cronici, persone bisognose di terapie domiciliari, riabilitative, è ritenuta una buona soluzione da considerare per lo sviluppo futuro di un modello di welfare di comunità da una percentuale di rispondenti pari all'85,3%, di cui in parte (poco più di 1 su 6) afferma che tale opzione potrebbe essere percorribile solo all'interno di un più ampio sistema di offerta territoriale (figura 3.26).

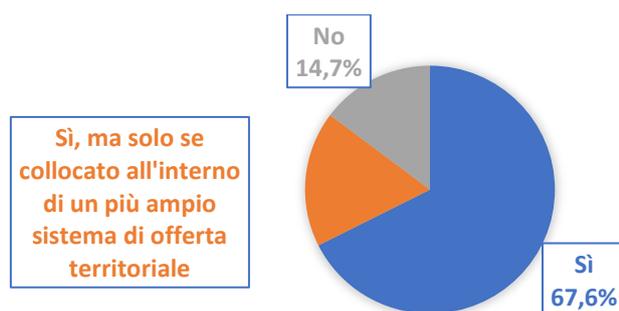


Fig. 3.26 –Opinione in merito all'introduzione della figura di un infermiere di famiglia e/o comunità *Fonte: elaborazione AICCON (2021)*

In riferimento alla possibilità di usufruire di alloggi privati con servizi (es. lavanderia, assistenza, cucina) condivisi tra persone anziane alternativi alle classiche residenze sanitarie esistenti, oltre 2 persone su 5 dichiara di non essere disponibile a considerare tale opportunità, mentre solo 1 su 5 dichiara l'opposto (figura 3.27). Oltre 1 su 3, invece, non ha abbastanza informazioni per potere valutare tale opportunità.

Tra chi si dichiara non disponibile a considerare tale possibilità si trova il 46,0% dei rispondenti femmina e il 40,5% dei maschi, il 68,4% degli abitanti del distretto Pianura Ovest, il 60,5% di quelli del distretto Reno-Lavino-Samoggia e il 55,4% di quelli di Bologna Città.

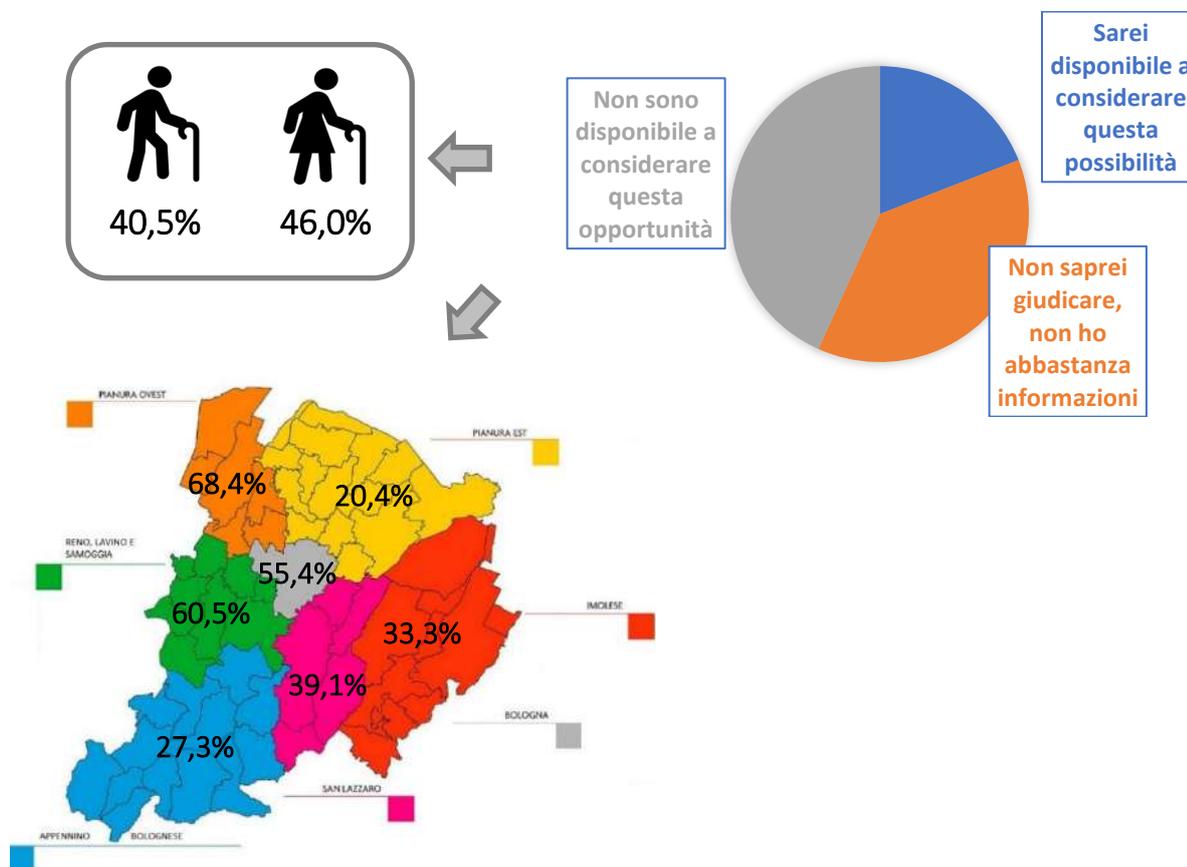


Fig. 3.27 –Opinione in merito alla possibilità di usufruire di alloggi per persone anziane con servizi in condivisione, per genere e distribuzione geografica della risposta più frequente

Fonte: elaborazione AICCON (2021)

3.5. La prospettiva dei familiari caregiver dell'anziano fragile

L'indagine condotta ha permesso di cogliere alcuni aspetti relativi anche al punto di vista dei familiari degli anziani fragili che si prendono cura di loro. In particolare, il primo aspetto indagato è relativo alla fruizione di personale/servizi per l'assistenza del parente anziano fragile. Nello specifico, poco più di 2 rispondenti su 5 hanno dichiarato di averne usufruito (figura 3.28). Tra questi, le principali modalità di ricerca in tal senso sono state il passaparola (poco meno di 1 su 4) e i servizi comunali (1 su 5), mentre, da lato opposto, il canale meno utilizzato è stata l'intermediazione da parte di organizzazioni del Terzo settore (5,4%). Tra chi ha ricercato personale/servizi tramite il passaparola si trovano 2 su 5 degli abitanti del distretto Reno-Lavino-Samoggia, oltre 1 su 3 di quelli del distretto Pianura Ovest e poco meno di 1 su 3 di quelli del distretto di Bologna Città (figura 3.29), mentre tra quelli che hanno utilizzato il canale dei servizi comunali si trova la totalità degli abitanti del distretto di San Lazzaro e 1 su 4 di quelli del distretto di Pianura Ovest.

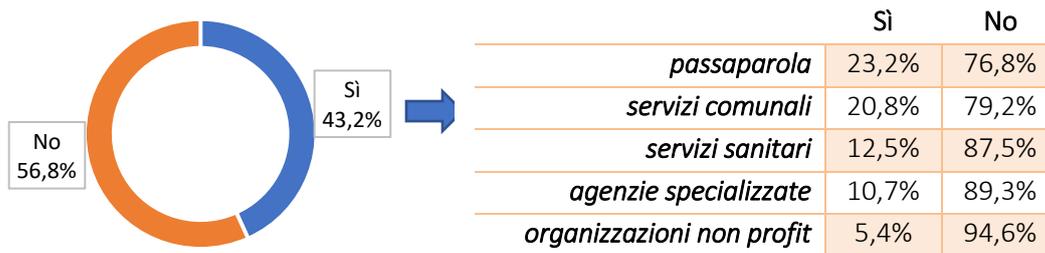


Fig. 3.28 –Fruizione di personale/servizi per l’assistenza del parente anziano fragile e modalità di reperimento
 Fonte: elaborazione AICCON (2021)

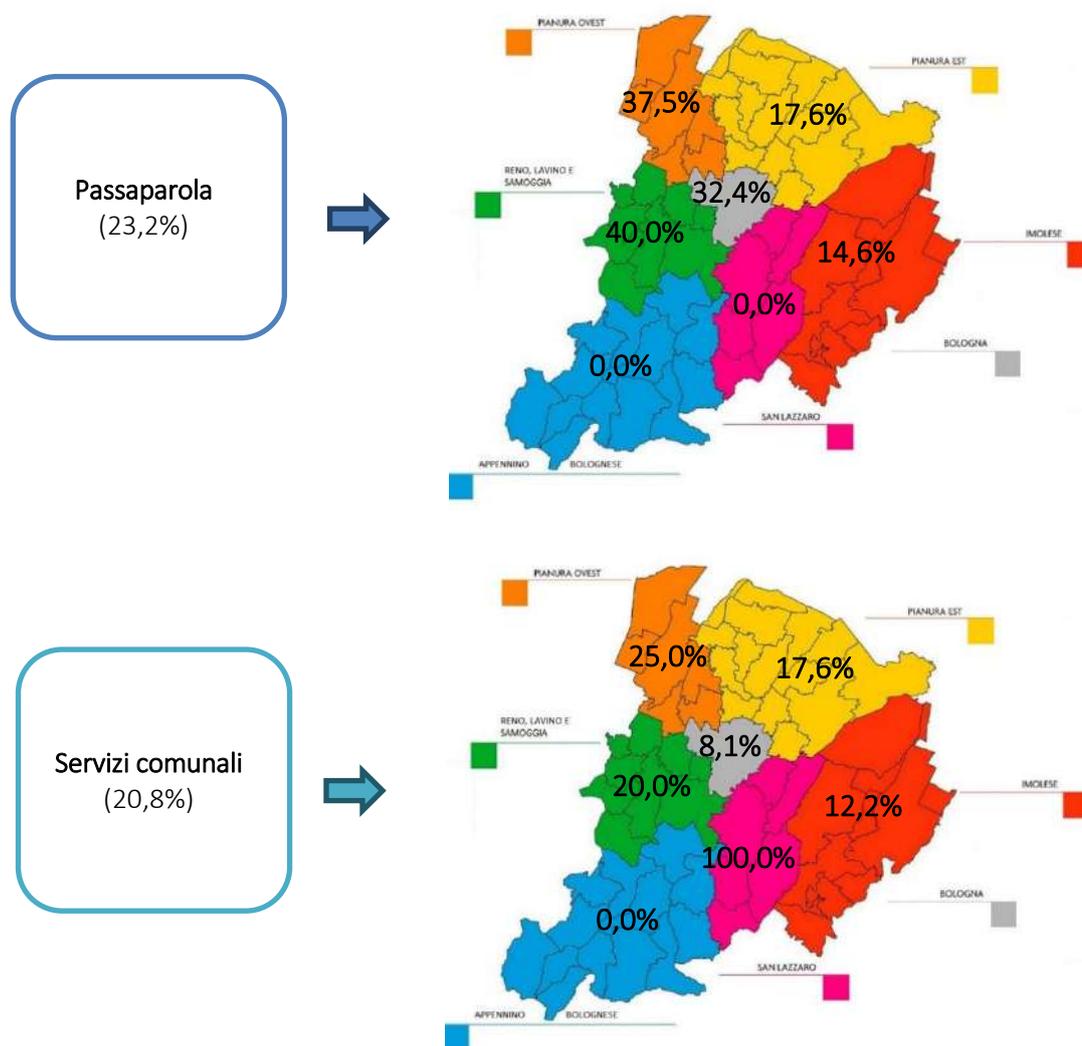


Fig. 3.29 –Principali modalità di reperimento di personale/servizi per l’assistenza del parente anziano fragile, per distribuzione geografica (per distretti della Città Metropolitana di Bologna)
 Fonte: elaborazione AICCON (2021)

Rispetto alla cura/gestione della persona anziana convivente o della quale si occupano anche se non convivente, i *caregiver* familiari indicano quale ambito su cui necessitano maggiormente un supporto quello relativo alla sfera sanitaria/socio-sanitaria dell’anziano fragile – 2 rispondenti su 5 (tabella 3.16). Meno di 1 su 5, invece, indica gli aspetti relazionali e quelli legati allo svolgimento

delle attività quotidiane quali ambiti su cui richiedere un supporto esterno. Tra chi ha indicato quale area di bisogno quella relativa all'ambito sanitario e socio-sanitario si trovano quasi 7 su 10 degli abitanti del distretto dell'Appennino Bolognese, oltre la metà di quelli del distretto di S. Lazzaro e di Pianura Est e più di 2 su 5 di quelli del distretto di Pianura Ovest e di Reno-Lavino-Samoggia (figura 3.30). Con riferimento, invece, alla dimensione di bisogno legata al supporto relazionale, hanno espresso tale necessità 1 su 3 degli abitanti del distretto di S. Lazzaro, 1 su 4 di quelli del distretto dell'Appennino Bolognese e 1 su 5 di quelli dei distretti di Pianura Ovest e Bologna Città.

Tab. 3.16 –Aree di bisogno dei caregiver

	Si	No
<i>supporto sanitario/socio-sanitario</i>	40,9%	59,1%
<i>supporto relazionale</i>	19,3%	80,7%
<i>supporto allo svolgimento di attività quotidiane (es. commissioni, ecc.)</i>	18,6%	81,4%
<i>supporto nel recupero di informazioni utili ad individuare risposte alle esigenze della persona anziana</i>	13,5%	86,5%

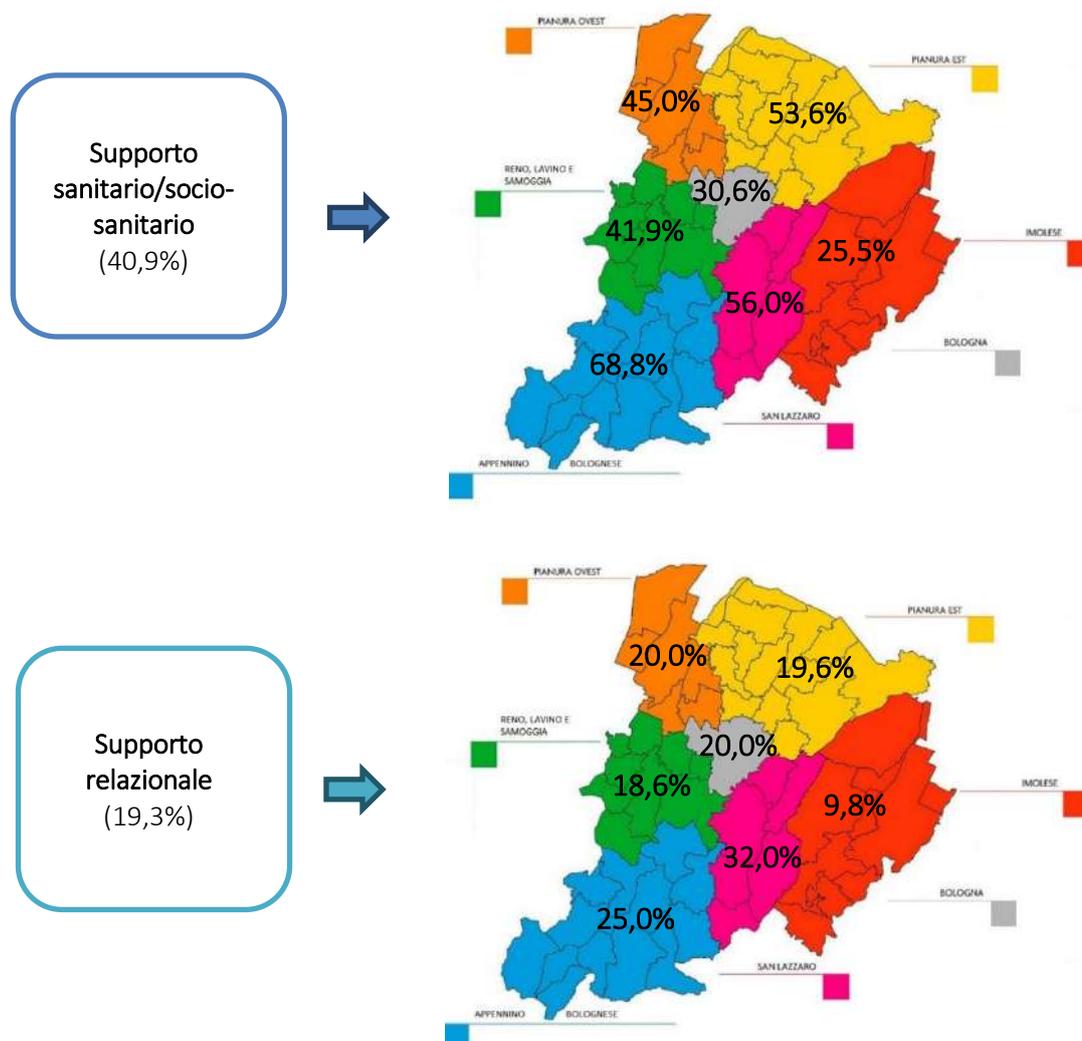


Fig. 3.30 –Principali aree di bisogno dei caregiver, per distribuzione geografica (per distretti della Città Metropolitana di Bologna)

Fonte: elaborazione AICCON (2021)

In termini di carichi di cura, oltre 2 dei *caregiver* rispondenti su 5 hanno dichiarato di avvertire un alto livello di fatica fisica e/o mentale connessa all'impegno di assistenza e cura che presta al familiare fragile (figura 3.31). Con riferimento agli ultimi 12 mesi (maggio 2020-maggio 2021), inoltre, più della metà dei rispondenti dichiara che tale condizione è stabile, ma oltre 2 su 5 ha percepito un aggravarsi dell'affaticamento personale derivante dal carico di cura.

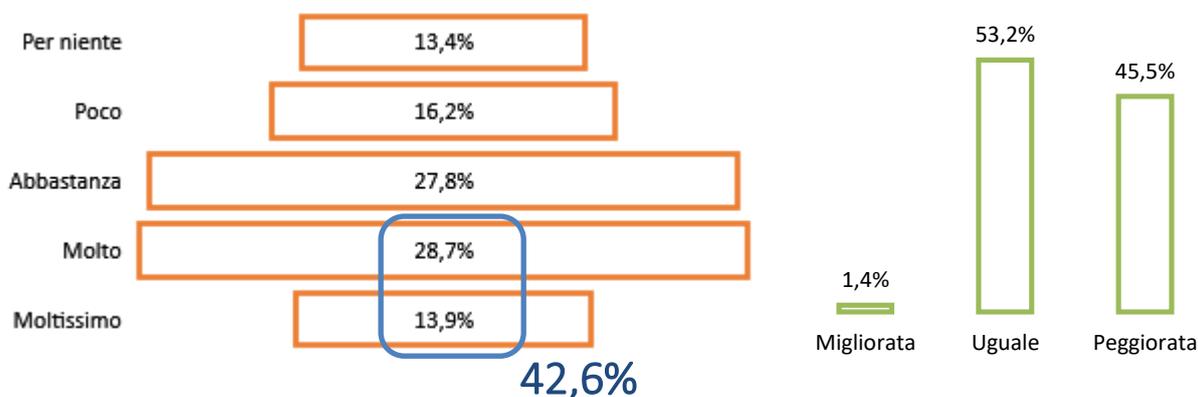


Fig. 3.31 –Percezione dei carichi di cura da parte dei *caregiver* e andamento negli ultimi 12 mesi
Fonte: elaborazione AICCON (2021)

Infine, a conferma della percezione della situazione di difficoltà in cui vertono, più della metà dei *caregiver* hanno dichiarato che, qualora esistenti, fruirebbe di appositi servizi di supporto (psicologico, consulenziale, di aiuto alla gestione di pratiche amministrative, ecc.) ad essi dedicati (figura 3.32).

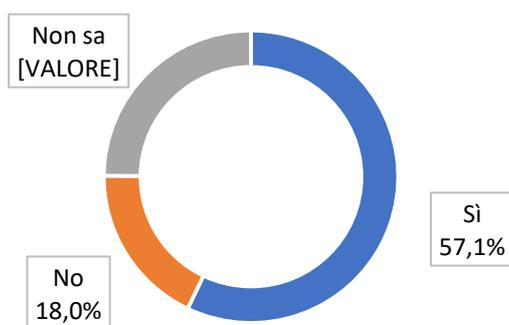


Fig. 3.32 –Potenziale fruizione servizi di supporto per i *caregiver*
Fonte: elaborazione AICCON (2021)

CONCLUSIONI

I dati rilevati all'interno del presente percorso di ricerca mettono in luce una situazione attuale così come una prospettiva futura rispetto agli anziani fragili e alle relative famiglie – intese come loro principali *caregiver* – che evidenzia un urgente bisogno di individuare risposte nuove, efficaci e sistemiche, per far fronte alle loro esigenze di oggi e di domani. Come è emerso dalla rilevazione, infatti, le fasce di popolazione più anziana sono caratterizzate spesso dalla presenza di nuclei monofamiliari, da un aggravamento delle proprie abilità – in particolar modo, motorie e cognitive – e dalla percezione di un imminente aumento della spesa privata per sostenere i costi legati alla condizione di “non autosufficienza” di cui sono colpite a copertura di una mancata o parziale risposta di natura pubblica ai propri bisogni di natura sociale e sanitaria. Non solo: ben oltre la metà di queste persone vivono una condizione di solitudine che, peraltro, è andata peggiorando nel tempo. Condizione, questa, che se letta insieme a quella di difficoltà crescente che caratterizza i familiari degli anziani fragili relativamente alla loro azione di presa in carico in termini di cura del proprio caro, restituisce una fotografia cui è necessario far fronte nell'immediato per poter dare una risposta in grado di garantire un impatto positivo di lungo termine.

Risposta che, senza dubbio, va costruita nel solco di quello che va sotto il nome di principio di *sussidiarietà circolare* che articola in modo paritetico le relazioni tra Stato, Mercato, Comunità (Zamagni, 2018) e supera il concetto di sussidiarietà orizzontale, che invece privilegia il rapporto diretto fra ente pubblico e Terzo settore. La vera sussidiarietà, infatti, è quella che non esclude le imprese nel momento in cui si tratta di decidere le priorità degli interventi, di reperire le risorse necessarie e di individuare i modi efficaci di gestione delle stesse attraverso la costruzione di risposte intersettoriali e integrate, come ad esempio piani condivisi da istituzioni pubbliche e private che prevedano una risposta in termini di sollievo per le famiglie delle persone anziane fragili (vacanze condivise, ricoveri temporanei, ecc.), una riflessione sulla riorganizzazione delle strutture per anziani non autosufficienti, attraverso una loro rimodulazione a garanzia di una risposta più “personalizzata” e accogliente (CTSSM, 2021) oppure strategie di riqualificazione urbana più inclusiva per le persone fragili (non solo anziani) che prevedano lo sviluppo di servizi territoriali di welfare e assistenza integrati a cavallo tra domiciliarità e residenzialità e che facciano dei quartieri la dimensione geografica dove le fragilità possono trovare risposte.

Più in generale, è necessario costruire *alleanze di scopo* (Venturi, 2021) in grado di dar vita a luoghi che mettano insieme risorse e attori (reti) in una logica ecosistemica che superi quella verticale dei singoli “*silos*” (es. abitare, sociale, salute, mobilità) attivando processi trasversali; luoghi di erogazione di prestazioni, ma anche di cura della dimensione relazionale della persona fragile, frutto di una soluzione poliedrica che permetta di vivere la dimensione di prossimità e di riappropriarsi della relazionalità fuori dalle proprie abitazioni in tutta sicurezza. Per fare questo ci vuole, da un lato, un'infrastrutturazione sociale adeguata (ad esempio, in termini di organizzazione di trasporti sociali e altri servizi propedeutici al raggiungimento di questi obiettivi) e, dall'altra parte, ancora prima, un cambio culturale – non facile da realizzare – che aiuti gli anziani fragili ad accettare positivamente le proposte pensate per loro, che prevedono, più o meno continuamente anziché temporaneamente, di uscire dalla propria abitazione, il luogo in cui

maggiormente si sentono al sicuro e protetti, contenitore di ricordi e frutto spesso dei sacrifici di una vita. Gli interventi sulle abitazioni (attraverso l'utilizzo delle tecnologie domotiche), l'abitare sociale e/o solidale e il cohousing per anziani sono ancora purtroppo esperienze di carattere sperimentale che coinvolgono pochi soggetti – e che, come dimostrato anche dai dati rilevati, vedono ancora una certa reticenza da parte dei potenziali beneficiari – e che presentano alcune difficoltà di applicazione a partire dal costo degli interventi di ristrutturazione, dall'individuazione degli spazi e dalla volontà di intraprendere un percorso di convivenza e/o di cambiamento. In un'ottica di prospettiva del processo di invecchiamento della popolazione queste misure rappresentano una risposta importante sia per l'agibilità in ambiente domestico, sia per la razionalizzazione degli spazi, sia per la possibilità di rispondere ai problemi dell'isolamento e della solitudine degli anziani (SPI, FNP, UILP, 2020). Ci sono situazioni in cui la propria casa non è più sufficiente o adeguata; in questi casi è necessario mettere al centro dell'attenzione la *persona*, con i suoi bisogni e i suoi diritti, con le sue diversità e singolarità: la sua biografia, il suo ambiente di vita, le sue relazioni attuali e passate. Per questo, al fine di individuare nuove prospettive abitative ed assistenziali è necessario partire da un'attenta considerazione della persona, della sua storia e delle sue esigenze. La presenza di barriere architettoniche o l'inadeguatezza dei presidi igienici, la mancanza di riscaldamento, la scarsità di spazio devono avere delle soluzioni concrete. In altri termini, è necessario e urgente attivare una "presa in carico" dell'anziano laddove si svolge la sua vita, potenziando anche la rete delle Case della Salute in tutti i distretti socio-sanitari favorendo l'ampliamento delle attività di competenza attraverso l'utilizzo di strumenti e macchinari per esami diagnostici non complessi, l'attività della telemedicina e visite specialistiche su appuntamento e sperimentando forme di "ospedalizzazione a domicilio" in un rapporto stretto tra la medicina del territorio e l'ospedale, prevedendo anche l'utilizzo di prestazioni diagnostiche strumentali presso il domicilio (SPI, FNP, UILP, 2020).

In questo contesto, infine, è altresì fondamentale agire in termini di *prevenzione*, dettagliando un programma sperimentale che possa fungere da riferimento condiviso per l'implementazione di attività quali, ad esempio, quelle di carattere cognitivo e di motricità in grado di mettere al centro gli stili di vita, le buone pratiche sociali per il benessere e la qualità della vita (ad esempio, iniziative di ginnastica dolce, corsi di computer, passeggiate nella natura, attività culturali e di promozione della salute allo scopo di creare occasioni di incontro e rafforzare le relazioni). Garantire un miglioramento in termini di qualità dell'invecchiamento della popolazione insieme a un sempre crescente livello di mantenimento delle condizioni degli anziani fragili è, infatti, l'obiettivo cui tendere nel prossimo futuro attraverso una risposta corale degli attori presenti sui diversi territori.

BIBLIOGRAFIA

- Commissione per la riforma dell'assistenza sanitaria e sociosanitaria per la popolazione anziana, Istat (2021), "Gli anziani e la loro domanda sociale eSanitaria anno – 2019". Disponibile alla pagina: https://www.istat.it/it/files//2021/06/rapporto_commissione_anziani.pdf
- Comune di Bologna, Città Metropolitana di Bologna (a cura di) (2020), *La fragilità demografica, sociale ed economica nei Comuni della Città metropolitana di Bologna*, dicembre. Disponibile alla pagina: http://inumeridibolognametropolitana.it/sites/inumeridibolognametropolitana.it/files/altri_temi/fragilita_dicembre_2019_cm.pdf
- Conferenza Territoriale Sociale e Sanitaria Metropolitana di Bologna, Città Metropolitana di Bologna, Comune di Bologna (a cura di) (2021), *I servizi per la popolazione anziana nell'area metropolitana bolognese. Sfide e prospettive di innovazione per domiciliarità, residenzialità e abitare*, giugno. Disponibile alla pagina: https://www.ctss.bo.it/Engine/RAServeFile.php/f/news/I_servizi_per_la_popolazione_anziana_nell_area_metropolitana_bolognese.pdf
- Fondazione Censis (a cura di) (2020), *54° Rapporto sulla situazione sociale del paese*, Milano, FrancoAngeli.
- Gori, C. (2021), "Gli anziani non autosufficienti si meritano un progetto", Lavoce.info, 5 febbraio. Disponibile alla pagina: <https://www.lavoce.info/archives/72143/gli-anziani-non-autosufficienti-si-meritano-un-progetto/>
- Gubert, E. (2020), *La Cura è di Casa. Una partnership tra pubblico, privato e cittadinanza per l'innovazione del sostegno alla domiciliarità*, Working Paper 2WEL, 1. Disponibile alla pagina: https://secondowelfare.it/edt/file/WP_2WEL_1_2020_Guber_Secondo_Welfare.pdf
- Istat (2020), *Censimento permanente della popolazione e delle abitazioni. Prima diffusione dei dati definitivi 2018 e 2019*.
- Lodi Rizzini, C. (2020a), "Cohousing e sanità, il benessere del nostro futuro passa da qui", *Percorsi di Secondo Welfare*, 11 dicembre. Disponibile alla pagina: <https://www.secondowelfare.it/governi-locali/housing/cohousing-e-sanita-il-benessere-del-nostro-futuro-passa-da-qui.html>
- Lodi Rizzini, C. (2020b), "Invecchiare a casa: cosa sta cambiando con il Covid", *Percorsi di Secondo Welfare*, 8 settembre. Disponibile alla pagina: <https://www.secondowelfare.it/governi-locali/housing/invecchiare-a-casa-cosa-sta-cambiando-con-il-covid.html>
- Maino, F., Ferrera, M. (2019) (a cura di), *Nuove alleanze per un welfare che cambia. Quarto Rapporto sul secondo welfare in Italia 2019*, Torino, Giappichelli. Disponibile alla pagina: https://www.secondowelfare.it/edt/file/Quarto_Rapporto_sul_secondo_welfare.pdf
- Maino, F. (2020), "Più bisogni, quali risorse? Le sfide del secondo welfare di fronte alla pandemia", *Percorsi di Secondo Welfare*, 15 dicembre. Disponibile alla pagina: https://www.secondowelfare.it/edt/file/2W_Maino_15_12_2020_def.pdf

-
- Moulaert, F., Mehmood, A., MacCallum, D., Leubolt B. (2017a), *Social Innovation as a Trigger for Transformations. The Role of Research*, DG Research and Innovation, European Commission, Brussels.
- Moulaert, F., Van derBroeck, P., Manganelli, A. (2017b), "Innovazione sociale e sviluppo territoriale", *Rivista Impresa Sociale*, 10, pp. 61-68.
- Mulgan, G. (2006), "The Process of Social Innovation", *Innovations: Technology, Governance, Globalization*, 1 (2), pp. 145-162.
- Mulgan, G. (2019), *Social Innovation: How Societies Find the Power to Change*, Bristol, Policy Press.
- NNA Network Non Autosufficienza (a cura di) (2021), *L'assistenza agli anziani non autosufficienti in Italia. 7° Rapporto 2020/2021*, Santarcangelo di Romagna, Maggioli Editore.
- Rao, S. (2020), "Emergenza RSA: pensare a nuove politiche per gli anziani dopo l'emergenza Covid", *Percorsi di Secondo Welfare*, 20 ottobre. Disponibile alla pagina: <https://www.secondowelfare.it/innovacare/emergenza-rsa-pensare-a-nuove-politiche-per-gli-anziani-dopo-lemergenza-covid.html>
- Razetti F. (2018), *Long-Term Care e innovazione sociale: quali spunti dall'Europa?*, Working Paper, https://www.secondowelfare.it/edt/file/Razetti_WP_UR1_breve.pdf
- Riva, P. (2020), "Ripensare l'abitare nell'Italia che invecchia", *Percorsi di Secondo Welfare*, 11 dicembre. Disponibile alla pagina: <https://www.secondowelfare.it/housing/ripensare-l-abitare-nell-italia-che-invecchia.html>
- SPI, FNP, UILP (a cura di) (2020), *Proposte di revisione del sistema socio sanitario e assistenziale della Città Metropolitana di Bologna*, novembre.
- Unipol Gruppo, The European House – Ambrosetti (a cura di) (2020), Rapporto 2020 Think Tank "WELFARE, ITALIA", novembre. Disponibile alla pagina: https://welfare-italia.com/static/pdf/forum/approfondimenti/2020/Rapporto_Annuale.pdf
- Venturi, P. (2021), "L'ascesa delle "alleanze di scopo"", *Vita*, 16 marzo. Disponibile alla pagina: <http://www.vita.it/it/article/2021/03/16/lascesa-delle-alleanze-di-scopo/158698/>
- Venturi, P., Zandonai, F. (2020), "Un approccio ecologico al welfare per una nuova condizione di benessere ai tempi di ricostruzione post COVID-19", *CURA. Per i servizi alla persona di oggi e di domani*, 20 dicembre. Disponibile alla pagina: <https://www.rivistacura.it/un-approccio-ecologico-al-welfare/?fbclid=IwAR2lQojhg4GoSwp-RvDMt-vySJKvpTaa1Ldof7mGTVlo1EreXnJyS3vMcPU>
- Zamagni, S. (2015), *L'evoluzione dell'idea di welfare: verso il welfare civile*, AICCON Short Paper, 8. Disponibile alla pagina: <https://mk0wwwaicconitmk98w.kinstacdn.com/wp-content/uploads/2017/01/evoluzione-idea-welfare-civile-zamagni.pdf>
- Zamagni, S. (2018), "Il Terzo settore in transito. L'urgenza della normatività sociale", in P. Venturi e S. Rago (a cura di), *Il Terzo Settore in transito. Normatività sociale ed economie coesive*, Atti de "Le Giornate di Bertinoro per l'Economia Civile XVII edizione – 2017", Forlì, AICCON.

AICCON

Associazione Italiana per la promozione della
Cultura della Cooperazione e del Non Profit
P.le della Vittoria 15
47121 Forlì (FC)

@AICCONnonprofit
www.aiccon.it