



# VERSO UN WELFARE COMUNITARIO NEL TERRITORIO DELLA BRIANZA MONZESE

**GIOVEDÌ 25 OTTOBRE 2018**  
Consorzio Desio Brianza

**Welfare comunitario e anziani fragili**  
**Rosemarie Tidoli, Lombardia Sociale**

Sistema Socio Sanitario



# GLI ANZIANI IN LOMBARDIA

(FONTI: ISTAT, DGR VARIE DI REGIONE LOMBARDIA)

- **> 65enni al 1/1/018: 2.247.703** ( = 22,4% su pop.tot. di 10.036.258).
- Aumento di 25-35.000 unità l'anno.
- Uno su 3 vive solo
- >80enni al 1/1/018: 663.351 (= 30% degli >65enni)
- Indice di vecchiaia 2018 ( rapporto tra >65enni e giovani <14 anni) = 162,2 %
- Accelerazione del processo d'invecchiamento: > 85enni nel 2018 = 3,2% pop. tot., nel 2020=3,5%, nel 2030 = 5,2% ( Istat, stime su dati censimento 2011)
- **Cambiamento delle strutture sociali :**  
% crescenti di anziani/grandi anziani fragili vivono soli .
- Al 1/1/014 ca 335.000 anziani (=15,7% degli >65enni a domicilio) hanno limitazioni funzionali\*
- Sommando i 59.418 anziani NA in RSA, si stimano circa 380.000 anziani fragili e/o non autosufficienti\*
- >65enni con demenze:ca. 200.000 \*\*
- Nel 2030 in Lombardia ci saranno 432.000 anziani con problemi di autosufficienti

\* d.G.r. n. 2655/201)

\* d.G.r. n. 1185/201).

**Quali ricadute sui servizi?**

# Il confronto con l'Europa (UE a 27)

(Fonte: dati Eurostat, anni vari)

- In Italia forte **denatalità + imponente processo di invecchiamento demografico** (>65enni attuali : circa 12 mln, in aumento)
- Contemporanea **crescita e invecchiamento** della pop. anziana
- Maggior aumento tra i “**grandi anziani**”, **gli >80enni** principali destinatari di assistenza sociale, socio-sanitaria e sanitaria.
- Italia **prima in Europa per >80enni**: 5,8% della pop. totale nel 2010 (media UE : 4.1%); 7.4% **nel 2020 (media UE 5%), 8,2% nel 2030 (media UE: 6,5%)** (dati Eurostat, 2011).

L'incidenza di disabilità è in relazione diretta con l'aumento dell'età: con la crescita dei grandi anziani **aumentano i soggetti non autosufficienti.**

# La rete pubblica lombarda per non autosufficienza e fragilità

## Polarizzazione su due estremi:

### **A)servizi domiciliari:SAD e ADI, sempre più marginali**

SAD (in discesa dal 2004): 1,3% >65enni lombardi (anno 2013, Istat 2017)

ADI (lieve aumento di utenza , < intensità assistenziale): 2, 5% >65enni lombardi (anno 2014)- 18 ore medie annuali (anno 2013) (NSIS, 2017, flusso assistenza domiciliare SIAD)

**B) Servizi residenziali: RSA, per casi sempre più gravi, non assistibili a domicilio nemmeno sommando aiuti diversi.**

## **IN MEZZO? SPAZI DI VUOTO E BISOGNI SCOPERTI**

- Tentativi di auto-organizzazione delle famiglie (con badanti e/o “bricolage” assistenziale).
- Solitudine delle famiglie, **case manager di sé stesse.**

# La riforma della presa in carico in Lombardia

- Normativa sulla presa in carico concentrata sui consumi sanitari delle principali patologie croniche.
  - **Modello di PIC parziale**, circoscritto alla gestione clinico-amministrativa -prestazionale del pz. cronico (tenuta dell'agenda, prenotazione e monitoraggio degli accertamenti, ecc. ).
  - ignora le esigenze globali legate alla cronicità, quelle psicologiche, di *care*, dei caregiver....
- MA**

**cronicità e fragilità non sono solo eventi clinici ma esistenziali**

- Riforma della PIC lombarda riguarda i **pazienti cronici di tutte le età**
- RL tende a identificare le politiche per i NA con quelle per i cronici.
- Cronicità e NA possono in parte sovrapporsi , ma i bisogni non sono per forza gli stessi
- Prendere in carico gli anziani cronici **NON EQUIVALE** a prendere in carico gli anziani non autosufficienti e fragili.

**Quale presa in carico per gli anziani fragili e non autosufficienti?**

# Il cambiamento all'orizzonte.....

- Presa di coscienza dei limiti dei servizi tradizionali
- Diffuso consenso sulla necessità di aprire la rete LTC a strategie diverse, oltre la “badantizzazione” del welfare.
- I decisori capiscono che è improrogabile **diversificare e/o ampliare** gli interventi esistenti.

## **Due le strade principali:**

- 1) potenziamento /integrazione /rimodulazione dei servizi in atto
- 2) **sperimentazione di politiche e interventi innovativi ,  
generalmente nell'ambito del welfare di comunità**

# Una nuova cultura della cura e della domiciliarità

- Nuova consapevolezza : né i servizi sociosanitari né le famiglie né le badanti **possono, da soli, affrontare tutte le esigenze e i problemi** connessi all'avanzare della non autosufficienza
- La cura ( e il diritto a restare nella propria casa) dei soggetti fragili non devono essere una preoccupazione solo dei servizi o solo delle famiglie
- Associazioni di promozione sociale ( es.: la Bottega del Possibile) e Fondazioni filantropiche **stanno contribuendo ad ampliare il concetto “culturale” di domiciliarità.**
- Sempre più la **si vede come un sistema a rete**, basato su un insieme di politiche diverse, inclusive e sulla **responsabilità partecipe della comunità locale**
- **La comunità** accoglie l'anziano e accompagna chi lo aiuta.

# Nomi diversi, una stessa cultura

Welfare di comunità, welfare collaborativo, welfare generativo, responsabilità sociale e solidale....

**tutti pensano ai bisogni sociali in modo diverso.**

**La cura deve diventare una responsabilità - e un'opportunità - di tutti.**

## **Progetti innovativi generalmente finanziati da Fondazioni**

- Ottica comunitaria e inclusiva
- **Grande attenzione alla domiciliarità degli anziani fragili**
- Integrazione tra attori vecchi e nuovi
- Nuova governance



# Welfare comunitario e Fondazioni filantropiche

Sperimentazioni di welfare comunitario sostenute da Associazioni di promozione, Fondazioni filantropiche di comunità e/o FOB , oggi attori fondamentali del welfare.

Da alcuni anni in atto una trasformazione del ruolo delle Fondazioni.

***Da erogatori a attivatori di capitale sociale e catalizzatori di innovazione: sempre meno bancomat e sempre più "orchestratori di comunità"***

- Finanziano **progetti di sistema con logica trasformativa**, oltre i confini tradizionali dell'intervento sociale.
- Sperimentano *policies* e approcci innovativi e nuove modalità di finanziamento
- Accompagnano nella realizzazione le sperimentazioni, monitorate e diffuse tramite "comunità di buone pratiche" per individuare **modelli replicabili**.

**Azioni e modalità d'intervento delle Fondazioni stanno tracciando vie nuove per il welfare**

# Quale ruolo per gli Enti Locali nel welfare comunitario?

Chiamati a elaborare risposte nuove ed efficaci, in grado di contare sul sostegno diffuso della comunità locale

**Gli Enti locali devono adottare una nuova forma di governance**

## **Punti cardine**

- forte regia istituzionale (coordinamento, supporto e stimolo all'azione)
- grande “ancoraggio” al territorio
- orientamento verso soluzioni innovative sotto il profilo sociale
- apertura all'apporto di tutti gli stakeholder.
- scelta strategica di progettazione partecipata degli interventi

# I progetti innovativi di welfare comunitario

- Progetti “ambiziosi” e di ampio respiro
- Numerosi e in continuo aumento
- Comunanza di finalità
- Grandi differenze nelle declinazioni territoriali, causa situazioni/risorse locali e eventuali peculiarità regionali

## **Qualche nome (tra i tanti )**

- La Cura è di casa (Piemonte)
- Invecchiando si impara a vivere
- Brescia città del noi...
- .....

# Alcuni aspetti comuni

- **Finalità:** cambiare le reti di welfare con processi di innovazione, valorizzazione delle risorse comunitarie e *governance* locali forti e partecipate
- **Cambiamento di mentalità, di cultura organizzativa e di ruoli.**  
Nuovi ruoli per gli attori territoriali coinvolti, vecchi e nuovi (EE.LL, TS, volontariato, altri soggetti ).
- Promozione di **nuovi legami** tra persone e soggetti del territorio.  
Stimolo a **nuove imprenditività** sociali, sostegno a eventuali microprogettualità presenti.
- **Progettazioni di sistema**, vaste e complesse  
Traduzione dei macro- obiettivi in azioni specifiche affidata a laboratori progettuali divisi per contenuti
- **Valutazioni di esito e di processo**

## E alcune difficoltà comuni....

- Condividere la stessa visione del cambiamento tra una serie di attori molto diversi tra loro
- Difficoltà di concretizzarla nelle azioni quotidiane
- Presenza di linguaggi e riferimenti diversi tra partner
- Abbandonare la logica committente/fornitore nei rapporti tra EE.LL. e soggetti del TS
- Sviluppare leadership forti e condivise in ognuna delle comunità locali coinvolte (per progetti che coprono territori vasti)
- Reperire risorse umane, professionali e non (volontari, ecc.) in numero e con caratteristiche adeguate e coordinarle efficacemente.

Nome del progetto	Soggetto capofila e territorio coinvolto	Note
<p><b>“La cura è di casa</b> (la comunità che cura la propria cittadinanza)”  4^ anno di attuazione  Finanziato da Fondazione Cariplo</p>	<p>Provincia Verbano-Cusio-Ossola. Territorio del VCO (77 comuni) più 7 del novarese</p>	<p>Rivolto a &gt;65enni bisognosi di sostegno o prossimi alla perdita di autonomia. Interventi di monitoraggio e prevenzione per sollevare la famiglia dalla gestione quotidiana.  <b>Da sottolineare:</b> lavorare sulla vulnerabilità degli anziani anziché sulla NA conclamata permette sia di fare prevenzione che d’intercettare precocemente gli eventi acuti.</p>
<p><b>“Invecchiando s’impara (a vivere).</b> Presente e futuro nella filiera della cura”  2^ anno di attuazione  Finanziato da Fondazione Cariplo</p>	<p>AT di Seriate e Grumello del Monte (BG). 19 comuni in totale</p>	<p>Vuole offrire agli anziani la possibilità di vivere il più a lungo possibile nel proprio mondo, mantenendo la propria autonomia. Lavora su due aspetti primari: la sensibilizzazione all’invecchiamento attivo e il momento della cura, uniti al concetto dell’autonomia abitativa.  <b>Da sottolineare:</b> prevista la riprogettazione dei servizi secondo un approccio di comunità, indirizzandoli a soddisfare non più bisogni individuali bensì collettivi</p>

# Esperienze isolate o motori di cambiamento del welfare?

Gli obiettivi dei progetti innovativi sono raggiungibili?

Quali le ricadute concrete su anziani e famiglie?

Quali le conseguenze sulla rete dei servizi?

**“Per ora si ha una visione, non il risultato” (Fondazione Cariplo)**

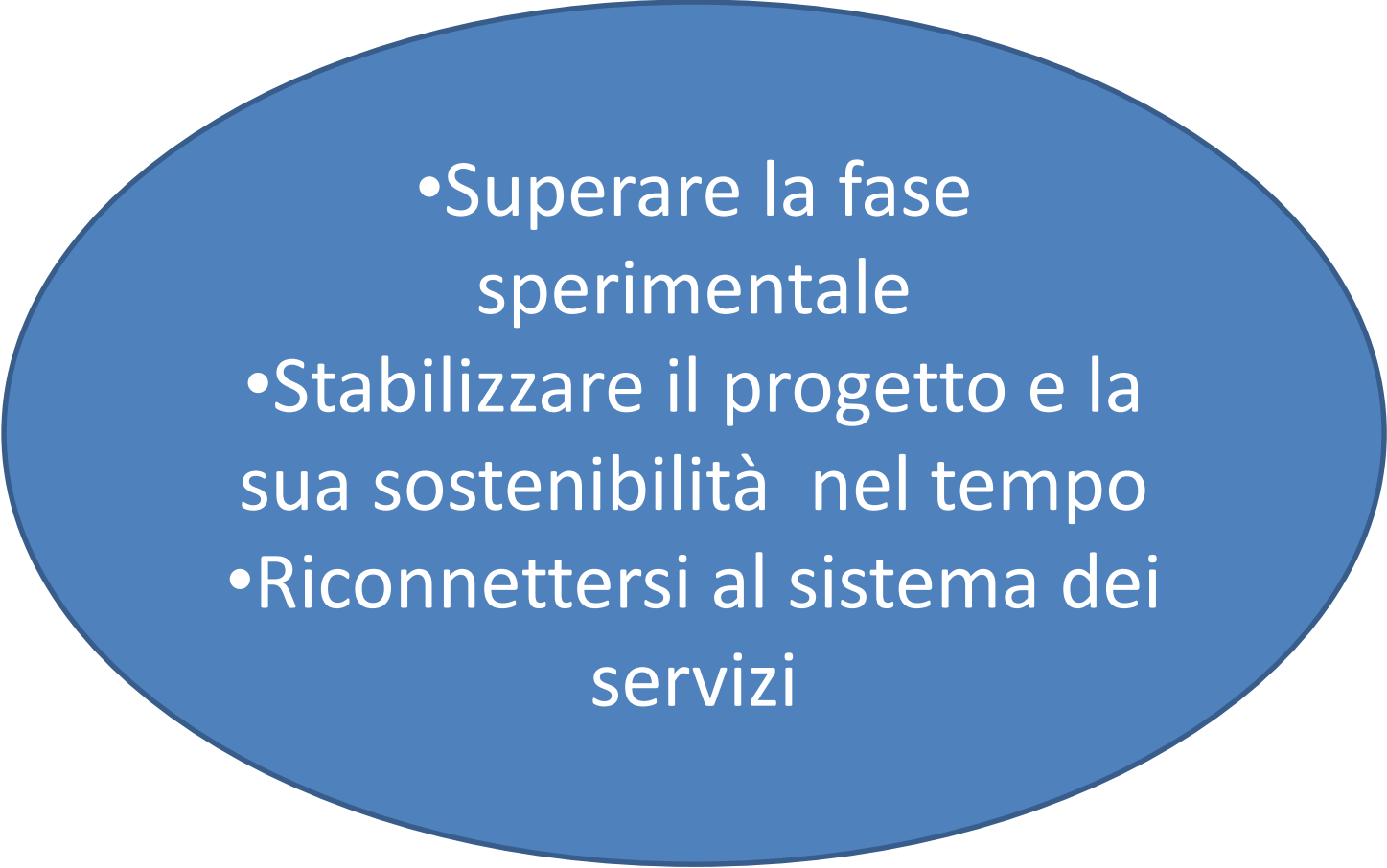
**Elementi chiave per la sopravvivenza dei progetti sperimentali**

**A) livello di replicabilità**

**B) capacità di auto-sostenersi esauriti i finanziamenti**

# E in una fase più matura? ...

Occorre riflettere e attivarsi su come:

- 
- Superare la fase sperimentale
  - Stabilizzare il progetto e la sua sostenibilità nel tempo
  - Riconnettersi al sistema dei servizi



# Innovazione: slogan o realtà salvifica?

**Per evitare che l'innovazione resti uno slogan servono azioni mirate ed efficaci.**

- **Rigoroso monitoraggio e valutazione** delle sperimentazioni
- **Condivisione/diffusione** dei risultati positivi e negativi per renderli patrimonio comune
- **Costruzione di modelli replicabili**
- Verifica continua degli esiti tramite analisi dei dati.
- Scelta dei progetti da portare avanti o da abbandonare in base alle conoscenze acquisite.

**Ovvero.....**

**Imparare dall'esperienza**

# Per saperne di più

6^ Rapporto 2017/2018 “L’assistenza agli anziani non autosufficienti in Italia. Il tempo delle risposte”, a cura del Network Non Autosufficienza (NNA).

Scaricabile da: <http://www.maggioli.it/rna/>

Per approfondimenti sulla situazione lombarda:  
[www.LombardiaSociale.it](http://www.LombardiaSociale.it)

**GRAZIE PER L’ATTENZIONE!**