SINTESI DEI LAVORI

a cura di
Lia Calloni e Guendalina Locatelli,
ATS Milano Città Metropolitana - UOS Prevenzione Specifica
nell'ambito delle attività di supporto regionale alla DG Welfare - UO Prevenzione - Struttura Stili di vita per la prevenzione - Promozione della salute – Screening

Sommario

PRIMA SESSIONE PLENARIA 3
SALUTI ISTITUZIONALI 3
INTRODUZIONE AI LAVORI 4
INVECCHIAMENTO E SISTEMI DI WELFARE – UNO SGUARDO GENERALE 5
Introduzione 5
Introduzione generale su invecchiamento e società 5
Sistemi di welfare una prospettiva europea 7
Supporto pubblico alla non autosufficienza ed equità territoriale 10
CAMBIAMENTO DELLA DOMANDA – IL VENETO E LE ALTRE REGIONI 12
Introduzione 12
Invecchiamento e non autosufficienza in Veneto 12
Gli effetti della pandemia sulle persone anziane 13
L'esperienza della Provincia Autonoma di Trento: sperimentazione del modulo organizzativo Spazio Argento 14
L'esperienza della Regione Friuli Venezia Giulia e del Gruppo di lavoro "Interventi sociali e politiche per la non autosufficienza" 15
SESSIONI PARALLELE 23.11 – RIASSUNTO DEI TEMI EMERSI 19
SECONDA SESSIONE PLENARIA 21
PROSPETTIVE PER L'OFFERTA DI SERVIZI 21
Introduzione 21
Prospettive per il futuro: sostegno alle autonomie possibili e domiciliarità 21
Prospettive per il futuro: opportunità internazionali per le politiche sull'invecchiamento 22
Dibattito e domande 24
INNOVAZIONE NELL'OFFERTA DI SERVIZI 25
Introduzione 25
Il sostegno alla non autosufficienza: la continuità assistenziale parte dal domicilio e arriva alla residenzialità 25
Focus sulle nuove tecnologie per il welfare nell'anziano 27
Il ruolo delle strutture residenziali nel futuro dei servizi socio-sanitari 28
SESSIONI PARALLELE 24.11 – RIASSUNTO DEI TEMI EMERSI 31

23 Novembre 2021

PRIMA SESSIONE PLENARIA

(https://www.youtube.com/watch?v=cQmzkssv1AE&list=PLvxLcH4QI3ROpJXSVhD5R-agNLOtLx1_T)

SALUTI ISTITUZIONALI

1. ***Dott. Gaetano Zilio Grandi – Prorettore Università Ca' Foscari***

Il tema dell'invecchiamento risulta essere fondamentale e deve essere gestito dalle istituzioni. Anche Ca' Foscari ha organizzato eventi e master a dimostrazione del fatto che le istituzioni debbano affrontare questo tema. Quando si arriva al termine della carriera lavorativa inizia il processo dell'invecchiamento, e lì inizia l'intervento degli enti strutturali dello stato da questo punto di vista. Capire in che modo affrontare tale tema apre ad una strada fondamentale, soprattutto in un paese con un basso tasso di natalità. Tutte le istituzioni devono fare la propria parte per aprire ad un futuro migliore.

2. ***Dott.ssa Manuela Lanzarin, Assessore alla Sanità - Servizi sociali - Programmazione socio-sanitaria***

I mesi della pandemia hanno messo in luce la necessità di aprire un dialogo con i diversi stakeholders del territorio, entrando a piano titolo nel processo di presa di decisione. Una delle sfide da intraprendere è legata al tema dell'invecchiamento della popolazione e degli anziani. Una riflessione su tale tema si riscopre necessaria anche rispetto ai dati sulla denatalità, sulle politiche attive per la famiglia e sull'invecchiamento della popolazione che, da una parte, presenta aspettative di vita lunga ma dall'altra implica lo sviluppo di situazioni di cronicità. Questi aspetti evidenziano come sia necessario identificare set assistenziali diversi, che permettano una assistenza e una presa in carico della persona all'interno di un contesto demografico e familiare diverso, caratterizzato da famiglie monoparentali e monogenitoriali, senza la presenza di una filiera di aiuto come quella delle generazioni precedenti. Occorre sviluppare una prospettiva futura che quindi dia attenzione ad un aspetto reso evidente anche dalla pandemia, ovvero alla ricostruzione della parte territoriale, determinando un ri-potenziamento del territorio. Come facciamo ad essere parte del potenziamento? Sicuramente in tal senso la parte legata agli anziani è rilevante. Gli Open day possono essere una importante occasione per mettere insieme esperienze e proiezioni ma anche per lavorare sul presente e per costruire i provvedimenti futuri.

In tal senso, sul settore dell'invecchiamento si è investito poco negli ultimi grandi provvedimenti dal punto di vista normativo. Sono stati sviluppati provvedimenti legati all'ambito sanitario, poco a quello socio-sanitario che ha visto lo sviluppo di provvedimenti singoli che poi si sono resi strutturali. Oggi c'è la necessità di avere una fotografia completa che metta insieme i pezzi e capisca qual è il potenziale da poter mettere in atto ma anche quali siano le esigenze e i bisogni a cui bisogna rispondere in modo puntuale e quali offerte possano essere sviluppate. Le offerte sviluppate fino ad ora risultano essere tante e fanno riferimento ad un modello storico sviluppato nel corso del tempo, caratterizzato da una gamma di servizi che va dalla domiciliarità all'abitare leggero. Tali offerte oggi devono avere filo conduttore al fine di fornire una risposta puntuale alle persone e alle famiglie, prendendo in carico quest'ultime insieme alla comunità di appartenenza. In tal senso la principale sfida è legata al problema del personale, in campo sanitario, sociosanitario e territoriale. Bisogna far sì che alcune professioni oggi diventino appetibili e essenziali e trovare modalità utili affinché i giovani possano essere incentivati a intraprendere un percorso professionale in tal senso. Questa sfida è legata anche al tema delle innovazioni tecnologiche per cui la pandemia è stata uno spartiacque rispetto all'implementazione di soluzioni quali teleassistenza, domotica,

tele monitoraggio, ecc. Adesso bisogna capire come mettere insieme tutti questi aspetti e trovare la strada principale da percorrere.
Dobbiamo chiederci quali servizi vogliamo offrire nelle strutture che si occupano della cura degli anziani. Come pensiamo e ragioniamo di queste strutture inserite in un contesto di medicina di comunità? Come la comunità può prendersi cura delle persone più fragili e fare da anello di coordinamento tra la parte ospedaliera e il territorio? Occorre che le istituzioni e il territorio si prendano cura di questo aspetto e lo orientino. I giorni di open day diventano quindi utili per promuovere un dialogo tra istituzioni ed esperti, oltre che con chi vuole far parte di questa sfida. Molto si è fatto rispetto al campo sanitario che però occorre portare avanti dal punto di vista dell'integrazione sociosanitaria.

3. ***Dott.ssa Mariarosa Pavanello, vicepresidente ANCI Veneto***

L'evoluzione dei servizi deve essere prevista non solo per quanto mostrato e cambiato dall'emergenza covid ma anche per l'evoluzione delle comunità stesse che mostrano la necessità di integrare i diversi ruoli degli stakeholders attraverso le conferenze dei sindaci, i tavoli di lavoro, ADI e servizi territoriali. Spesso emergono episodi di solitudine importanti degli anziani che colpiscono e stupiscono anche il volontariato e le realtà parrocchiali. Occorre pensare all'inserimento di risorse umane dedicate. Queste infatti non mancano dal punto di vista della formazione dei professionisti ma mancano le risorse per assumerle. Altro tema fondamentale è quello di indirizzare le persone al percorso formativo corretto.
In Italia gli over 65 costituiscono il 22,8% della popolazione, nel comune di Venezia la percentuale di popolazione che supera i 50 anni è quasi del 50%. In tal senso è importante riflettere non solo rispetto a come cambiare i servizi ma anche su come cambiare le nostre città. Se abbiamo sempre più popolazione anziana capace di fare una vita attiva come facciamo a farla muovere con facilità nella città? C'è molto lavoro da fare nei centri storici per costruire luoghi dove poter mettere servizi in comune. Sarebbe ad esempio opportuno fare ragionamenti con le case di riposo per ipotizzare interventi di co-housing con persone anziane, così come costruire percorsi sperimentali che coinvolgano comuni, enti del terzo settore e aziende sanitarie.
I comuni ad esempio non avrebbero potuto affrontare l'emergenza covid senza l'aiuto del volontariato, costituito per la maggior parte da persone over65. Questi infatti partecipano a progetti di invecchiamento attivo che sono sempre più fondamentali, è una parte di popolazione che riesce a dare una grossa mano alle comunità, occorre pensare ad altre forme sperimentali da costruire anche tenendo conto delle nuove tecnologie, come ad esempio la fibra.

INTRODUZIONE AI LAVORI

1. ***Dott. Luciano Flor, Direttore generale Area Sanità e Sociale, Regione del Veneto***

Dal punto di vista realistico è opportuno dire che il tema della transizione demografica da molto tempo è affrontato dalla sanità. Questo però non corrisponde solo al tema dell'invecchiamento. La piramide dell'età si è completamente evoluta e oggi è caratterizzata da due variabili: l'aumento degli anziani e la diminuzione dei giovani. Il modello attuale dei servizi è stato costruito in una situazione differente, caratterizzata da una piramide della popolazione con molti più giovani. In tal senso, la legge 20, finanziaria dell'87, prevedeva la dismissione degli ospedali a favore della realizzazione di 140mila posti in strutture per anziani, stanziando per questo numerosi finanziamenti che, però, sono stati in gran parte destinati ad altro e usati per investire negli ospedali, mostrando una forte fatica nel poter ripensare in modo differente i servizi. Occorre essere invece capaci di pensare non solo all'oggi e al domani ma anche al dopodomani: come ci arriviamo? Come intendiamo gestire questa fase? Occorre prima fare diagnosi e poi pensare alla terapia, prevedendo però forme nuove di risposta. Insieme alle innovazioni tecnologiche dobbiamo iniziare a pensare a sviluppi organizzativi e a risposte fino ad ora non contemplate. Dove possiamo agire attraverso l'uso della tecnologia informatica e dove invece serve una tecnologia legata alle persone? Quali persone e quali

bisogni dobbiamo considerare? In quale contesto occorre rispondere con le persone e dove invece lo sviluppo tecnologico può essere più utile?
Il PNRR rappresenta un importante punto di svolta relativamente a tale aspetto: per la prima volta negli ultimi 30 anni è richiesto che si torni ad investire con forza sul territorio ma occorre capire realmente come implementare modelli organizzativi in cui le persone siano coinvolte in processi e progetti. Dobbiamo considerare i servizi, le comunità e la società, il volontariato, gli EELL, la protezione civile.
Durante l'epidemia abbiamo imparato a lavorare insieme con altre istituzioni e altre parte di società senza ragionarci troppo perché avevamo necessità e urgenza. Dobbiamo partire da qui per fare un ragionamento capace di coinvolgere tutti relativamente al tema dell'invecchiamento, che ci permetta di invecchiare bene e trovare le risposte che ci serviranno quando ne avremo la necessità. Non ci sono settori che abbiano una risposta esclusiva: ci siamo dentro tutti. Occorrono modelli diversi perché è bene avere un progetto/programma, sapendo però che se sviluppiamo una certa condizione di risposta per i cittadini occorre anche la presenza di qualcuno che possa rispondere. Non c'è la sicurezza di avere altre risorse ma la necessità di pensare a come possiamo usare quelle che abbiamo. Come stiamo spendendo quelle che abbiamo e come le possiamo usare?
Occorre pensare a forme di previdenza rispetto all'invecchiamento. Il SSN si basa su valori fortissimi quali l'equità e la solidarietà. Anche sull' invecchiamento c'è la necessità di trasferire i valori del servizio sanitario, considerato in Veneto un servizio socio sanitario. Occorre superare in tal senso la distinzione tra socio e sanitario, definendo cosa vada garantito alla popolazione e identificando le risorse senza dover necessariamente distinguere voci e capitoli economici. Occorre definire quale risposta dare ma questa risposta deve esserci.

INVECCHIAMENTO E SISTEMI DI WELFARE – UNO SGUARDO GENERALE

Introduzione

Moderatore: Dott. Claudio Pilerci, Direttore - Direzione Programmazione sanitaria – Regione del Veneto

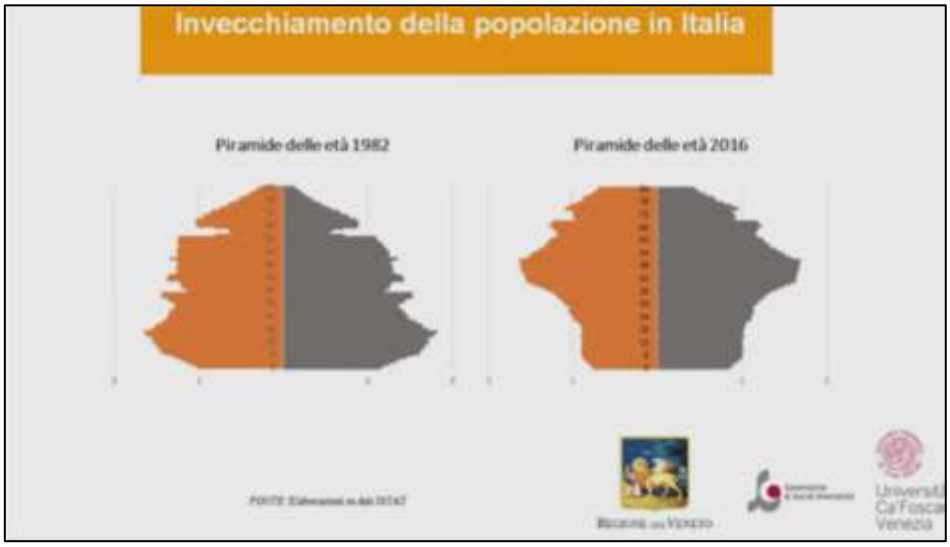
Il momento storico che stiamo vivendo è estremamente importante per chi si occupa di programmazione. Il tema dell'invecchiamento coinvolge diversi fattori che hanno un impatto rilevante sia sui sistemi sanitari che sul territorio. In molte occasioni ci siamo trovati a pensare a riforme del sistema sanitario, oggi però occorre pensare ad una riorganizzazione che sia capace di mantenere una focalizzazione del territorio, tenendo a mente anche l'impatto della stessa sulle aziende ospedaliere. Occorre riorganizzare sia gli aspetti territoriali, che ospedalieri, che preventivi, oltre che effettuare una riflessione sul tema della sostenibilità: ci troviamo di fronte a un momento in cui l'invecchiamento della popolazione determinerà scelte economiche e politiche che dovranno comportare una riflessione sulla sostenibilità. Le risorse dovrebbero arrivare adesso ma occorre pensare ad organizzazioni che si autosostenteranno. Occorre quindi pensare a una riorganizzazione che preveda l'uso delle tecnologie, percorsi formativi, un differente controllo della offerta e della domanda in modo sostenibile. Non possiamo sempre pensare che gli aspetti economici non siano rilevanti.

Introduzione generale su invecchiamento e società

Dott.ssa Agar Brugiavini, Docente di Economia Politica - Università Ca' Foscari Venezia

Quando si parla di invecchiamento è necessario proporre una visione a tutto tondo, che consideri aspetti sociali, di salute e di reddito. Esso infatti è un processo dinamico, in cui il sistema welfare ha un impatto notevole: il processo di invecchiamento della popolazione è in atto, la speranza di vita alla nascita in Italia è cresciuta moltissimo, più per le donne che per gli uomini, comportando una impennata della longevità negli ultimi anni. La pandemia da Covid19 probabilmente comporterà una caduta temporanea di tale fenomeno ma gli aspetti strutturali dello stesso probabilmente rimarranno gli stessi. La prospettiva di vita nel mondo, infatti, è alta nei paesi occidentali, questo vuol dire che ci sarà un aumento anche degli ultra ottantenni,

fascia di particolare attenzione per i temi di cui ci si occupa oggi. Tale aspetto è reso evidente dalla piramide dell'età che si discosta evidentemente da quella ideale, assumendo quasi la forma di un'anfora.



Osservando i dati dobbiamo sempre tenere in mente un principio guida, ovvero che parlare di invecchiamento in buona salute significhi andare oltre il concetto di assenza delle malattie, passando quindi da una concezione più passiva ad una più dinamica, capace di contenere il concetto di "conservazione delle abilità funzionali".

In particolare, lo studio Europeo SHARE (survey of health ageing and retirement in Europe) che copre 28 paesi europei ed Israele, intervistando ogni 2 anni circa 200mila individui e le loro famiglie, evidenzia come il processo dell'invecchiamento cominci presto: nell'anno zero. Questo procede poi gradualmente, presentando alcune impennate in alcune fasi della vita. Tale survey risulta essere estremamente interessante in quanto corrisponde ad un laboratorio che permette di vedere e mettere a confronto i differenti sistemi pensionistici e di long term care, permettendo il confronto tra paesi e regioni con differenti condizioni mediche, sociali ed economiche. Perchè una malattia cresce in alcuni paesi più di altri? É effetto solo di fattori sociali e/o demografici o anche dell'offerta di servizi che il paese offre?

Ad esempio, tali dati mostrano come tra uno stato e l'altro cambi anche la modalità di intendere il tema della fragilità, definendo quest'ultima come uno stato di vulnerabilità che prelude uno stato di malattia,

comportando il possibile sviluppo di una situazione problematica. Lo studio valuta tali cambiamenti nella prospettiva del ciclo di vita, ovvero ipotizzando che tanto migliore è la situazione iniziale, tanto più lentanametne si potrà andare verso una condizione di fragilità, mantenendo la funzionalità. Tale costrutto nello studio può essere correlato con diversi altri dati, come ad esempio l'età di pensionamento che se prima in italia prima era molto precoce, adesso invece si è spostata, determinando conseguenze sullo stato di salute e mostrando come lo sviluppo di fragilità possa dipendere anche dalle politiche del mondo del lavoro.
Lo studio SHARE permette inoltre di correlare la fragilità con altri fattori, definiti limitazioni nelle attività di vita quotidiana che se risultano essere 3/6 (ad esempio la persone non è in grado di lavarsi e vestirsi) riflettono una situazione problmatica. Con il tempo queste crescono ma esiste una area grigia, formata dalle persone pre-fragili, ovvero coloro che portano solo una limitazione e che quindi non richiedono ancora specifiche cure. Tale area grigia è rilevante e soprattutto correla con i livelli di istruzione evidenziando come chi ha un buon livello di istruzione è in grado di curarsi maggiomente. Tali dati sottolineano come sia necessario intervenire già quando le persone sono nell'area dei pre-fragili anche perchè persino chi è in buona salute ha un numeo di fattori di prefragilità molto rilevani.
Come si organizza l'assistenza ai non autosufficienti nei vari paesi? Ci sono requisiti di eleggibilità per la long term care che variano moltissimo tra i diversi paesi e/o regioni. In Italia, in particolare, tale differenza sembra essere presente non solo a livello regionale ma anche tra comuni limitrofi che erogano o meno determinate prestazioni. I dati sono molto differenti a seconda del fatto che venga inclusa o meno la malattia mentale che, però, diventerà il problema del futuro, comportando differenze importanti anche dal punto di vista della spesa sanitaria.
Lo studio, inoltre, pulendo i dati relativamente alla composizione della popolazione per identificare una popolazione standard, europea, valuta in che modo i diversi paesi riescano a coprire e far fronte alle situazioni di fragilità, evidenziando come in tal senso la generosità dei paesi cambi moltissimo. Occorre chiedersi se questo sia dovuto alle politiche o ad altre situazioni particolari. In tal senso è stata fatta una analisi controfattuale per valutare cosa succederebbe e come cambierebbe la copertura LTC se tutti i paesi usassero ad esempio il sistema austriaco. Le persone che non si qualificano per ricevere l'assistenza per la non autosufficienza in Italia si qualificherebbe nel sistema austriaco? I dati mostrano come alcuni paesi abbiano una copertura estremamente maggiore, tra cui anche l'Italia (valutata attraverso il sistema toscano).
Tali dati evidenziano la necessità di rivedere l'integrazione del sistema sanitario, sociale e sociosanitario, nonché di rivedere l'assetto che però non può essere puramente politico e istituzionale. Le questioni sostanziali da chiedersi sono: quando intervenire? Come intervenire? Come collegare tra loro i diversi interventi?
Occorre tenere sotto occhio la sostenibilità ma verificare anche la copertura. Gli studi sul contesto italiano evidenziano una grande frammentazione tra regioni. Un gruppo di advocacy risulta essere già attivo in questo senso.

Sistemi di welfare una prospettiva europea

Dott. Giovanni Bertin, Docente di Sociologia - Università Ca' Foscari Venezia

Possiamo parlare di una prospettiva europea di welfare? La Commissione Europea può essere considerata un player da questo punto di vista?
Rispetto alla prima domanda, esistono elementi in comune tra i differenti stati europei ma anche elementi di grande differenza.
Effettuando una lettura in senso storico, nei singoli paesi europei si sono sviluppati sistemi di welfare nella seconda metà del secolo scorso in risposta a trasformazioni che risalgono all'inizio del secolo ma che hanno trovato una consolidazione nelle forme di risposta nella seconda parte del '900. Tali matrici di omogeneità possono essere riassunti in 3 elementi:

- In tutti i paesi c'è un impegno solidaristico in cui lo stato (o la società) si fa carico di una serie di rischi sociali (salute, disabilità, perdita di lavoro, ecc.).
- Si è sempre cercarto di compenetrare, ovvero di trovare equilibrio, tra competizione economica e coesione sociale vista come un fattore di crescita dello sviluppo.
- In tutti i paesi le riforme sono state costruite con processi di negoziazione con forza politiche e sociali. Sindacati, forme di autorganizzazione dei cittadini sono state cooptati nel dibattito.

Sono quindi sistemi che partono da una matrice condivisa che, inserita all'interno delle differenti strutture culturali, ha portato ai cosiddetti regimi di welfare (Espinada), ovvero pratiche concrete collegate ai due sistemi politici stabili nel tempo:

- Liberistico, nato e caratteristico del Regno Unito
- Social democratico, sviluppatosi nei paesi scandinavi

Tali sistemi risultano essere differenti relativamente alla logica della responsabilità. A chi spetta rispondere ai rischi sociali? Nei sistemi liberali dipende dalla libertà dell'individuo: è lui che sceglie. É demandanda all'individuo l'autoorganizzazione nella risposta. Il modello social democratico considera invece i rischi come problema della comunità e non del singolo: è lo stato che quindi deve farsene carico.
Tra questi due estremi nel secolo scorso si sono costruiti modelli ibridi che bilanciano la dimensione dell'intervento dello stato con quella della libertà del cittadino, portando alla nascita di sistemi di welfare ibridi. Questo significa che oggi è più difficile indentificare una classificazione dei modelli. Dal punto di vista dell'omogeneità abbiamo quindi le basi culturali e un processo di riduzione delle distanze da un punto di vista delle regole di funzionamento complessivo dei sistemi.

Oggi un elemento che spinge nella logica della riduzione delle distanza è che tutti i sistemi si stanno confrontando con un cambiamento dei rischi sociali. Non è una crisi di risorse ma un cambiano dei sistemi e dei tipi di rischi su cui ci dobbiamo confrontare, oltre che alcune linee di tendenza presenti secondo una prospettiva eu:

- Asse dell'integrazione tra le politiche e le forme di risposta al rischio (welfare aziendale deve essere integrato con quello comunale e il volontariato)
- Asse della redistribuzione delle responsabilità e modello del "social investement": servizi non più visti come un costo ma logica che trasforma l'idea che abbiamo.

Di fronte a questi elementi di omogeneità permangono comunque differenze relativamente al grado di rischio sociale, sia fra stati che interne ai singoli stati. Ad esempio l'EHCI che si occupa di misurare la qualità dei sistemi sanitari mostra la presenza di differenze sostanziali: i paesi che stanno ai due estremi della coda sono sempre gli stessi e l'Italia si trova in una posizione centrale. Le posizioni e quindi le situazioni sono ormai strutturate. Dobbiamo tenere in considerazione quindi almeno 7 sistemi di welfare individualizzati.

Quindi, i sistemi di welfare si stanno omogeneizzando pur essendoci coperture dei rischi diverse.

Il ruolo della comunità europea può essere invece analizzato secondo tre prospettive:

- Le politiche di welfare sono un fattore per la costruzione di una identità europea unita?
- Le politiche di welfare sono fattori centrali per la Comunità EU?
- Questa come si pone rispetto a invecchiamento?

L'elemento da cui partire è la definizione che nel 2000 è stata data rispetto al modello sociale EU: alla base di tutte le azioni svolte dalla Comunità (anche nel PNRR).

Definizione che riporta almeno due elementi fondamentali: produrre un alto grado di protezione basata su processi di negoziazione tra gli attori e il riconoscimento dei valori comuni che vanno in questa direzione. Tale tema inoltre risulta essere da declinare rispetto al concetto di cittadinanza in 3 differenti dimensioni (libertà dell'individuo di muoversi, la partecipazione alla vita politica e la solidarietà). Negli stati uniti la costruzione delle politiche va nella logica della prima dimensione. Nella realtà europea invece prevede una integrazione tra le dimensioni, considerandole 3 principi alla base del modello sociale e delle politiche su cui si lavora. Parole chiave: sosteniblità e coesione (economica, coesione sociale e ambientale: 3 elementi su cui bisogna sempre torvare un equilibrio per orientamento scelte politiche).

La Comunità europea quindi lavora fornendo linee guida per indirizzare anche le politiche sul tema dell'invecchiamento lungo 3 aree:

- Rendere le città a misura di anziano per migliorare la qualità di vita di tutti
- Promuovere un invecchiamento attivo (anziano inteso come risorsa per la comunità)
- Sostenere la non autosufficienza

Tali dimensioni si articolano in linee guida specifiche (ad esempio: per la prima dimensione vengono decinate azioni su trasporti; per la seconda la promozione di una flessibile uscita dal mercato del lavoro, l'inserimento dell'anziano come risorsa in processi lavorativi, ecc.; per la terza dimensione personalizzazione degli interventi, da ciclo di vita a life course, ecc.)

La Comunità indirizza strategie e finanzia con progetti EU per fare emergere best practice e ne supporta la promozione, in una logica di sostenibilità dello sviluppo.

La Comunità inoltre costruisce l'active ageing index: indicatore che valuta buone pratiche e segnala performance critiche sulle quali gli stati devono riflettere.

Il cambio radicale nella prospettiva di ruolo della Comunità è stato rappresentato dal cosiddetto Next generation Plan, sia relativamente al metodo che ai processi. Per quanto riguarda il metodo, si passa da un metodo di cambiamento aperto a una logica di meta-governance in cui la comunità definisce una vision, la

esplicita e chiede a singoli stati piani nazionali, verificandone poi la coerenza e garantendone un monitoraggio, entrando quindi nell'indirizzo delle politiche e non solo del coordinamento.
Rispetto all'invecchiamento, guardando il Piano italiano, possiamo indeitificare una serie di mission trasversali con effetti su popolazione anziana che deve essere presa in considerazione nel processo di programmazione, la riforma dei SSN e territoriali, oltre che alcune azioni che hanno come target diretto la popolazione anziana (dirette e potenziali):

Occorre quindi non solo pensare a cosa si possa fare per l'invecchiamento ma avere una propsettiva più ampia: chi si occupa di invecchiamento deve indirizzare tali azioni pr far sì che le azioni indicate possano essere risorse e non vincoli.
La politiche di welfare sono quindi un elemento di identità dell'Europa. La comunità ha fatto sintesi ed ha orientato, facendo oggi un cambio di passo e evidenziando come oggi ci attenda una importante sfida da questo punto di vista.

<u>Supporto pubblico alla non autosufficienza ed equità territoriale</u>

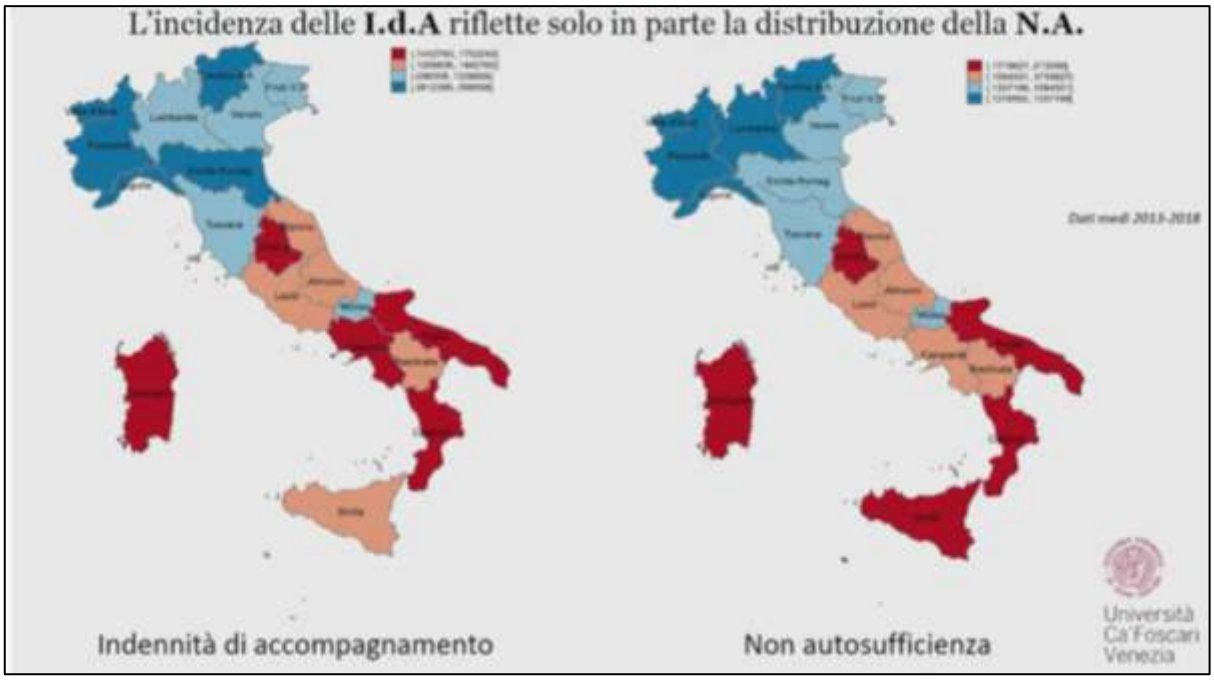
Dott.ssa Francesca Zantomio, Docente di Scienza delle Finanze - Università Ca' Foscari Venezia

Relazione con l'obiettivo di declinare l'aspetto dell'equità nel supporto pubblico alla non autosufficienza, facendo riferimento in particolare al trasferimento monetario che è la fetta più ampia di spesa pubblica in tal senso. Fatta 100 la spesa pubblica sociale per la non autosufficienza, il 45% è usato per il trasferimento monetario con l'idea di supportare i costi aggiuntivi che derivano dalla condizione di disabilità. Tale trasferimento monetario nel nostro Paese viene tramesso grazie al programma "indennità di accompagnamento". L'accesso al programma è condizionato allo stato di non autosufficienza delle persone, senza guardare alle risorse economiche del soggetto. Non è prevista la prova dei mezzi. Alle persone idonee vengono effettuati trasferimenti mensili di circa 500 euro. Tale cifra ad oggi è ricevuta da più di un 1,5 milioni di persone, per una spesa complessiova complessiva che ammonta a circa 10mliardi per la popolazione over 65)
Come si stabilisce rapporto tra l'indennita di accompagnamento e il concetto di equità?
I dati italiani mostrano come il tasso di ricezione dell'accompagnamento presenti una elevata eterogenietà per regioni, mostrando un gradiente nord-sud per tasso di ricezione del programma.
Questa è evidenza di inequità tra territori? Per rispondere a tale domanda occorre prendere in considerazione i dati realtivi all'equità territoriale. Abbiamo in mente una dimensione orizzontale: un programma azionale è equo se tratta nella stessa misura tutti i soggetti che si trovano nelle stesse

condizioni nel territorio nazionale. È importante fare una distinzione rispetto a ciò che determina le differenze:

- Non aver diritto alla prestazione
- Condizioni socio economiche che influenzano la domanda
- Offerta delle prestazioni rispetto alle diverse regioni del territorio nazionale.

Quest'ultimo risulta essere il fattore che presenta e determina condizioni di inequità.
La fornitura di questo programma infatti coinvolge diversi livelli di governo e diversi attori, la normativa in questo caso è nazionale e si prefigge di raggiungere l'equità territoriale e la bontà del targetting: solo e tutti i soggetti aventi diritto. A livello regionale però si assiste a una assegnazione delle misure discrezionale da da parte del modello decentrato. Se si giudica il livello di non autosufficienza del soggetto la valutazione presenta elementi di soggettività che aprono lo spazio per una differenziazione territoriale incentivata dal fatto che il costo della prestazione avviene a livello nazionale. Livelli decentrati possono aumentare e rendere più ampia l'erogazione perché il costo va sul livello nazionale. In più il processo si attiva quando il potenziale beneficiare fa domande: che caratteristiche dei soggetti li rendono più o meno propensi ad attivare il processo?
In tal senso, giocano un ruolo importante la qualità delle istituzioni locali, ovvero come le istituzioni riescono ad attivare la richiesta di soggetti meritevoli. In Italia si assiste a un forte gap in tal senso tra regioni, facendo sì che il nostro Paese sia quello europeo con la maggior percentuale di casi estremi tra quelli Europei.



Confrontando i due dati relativi alla condizione di non autosufficienza e l'erogazione dell'indennità di accompagnamento, si conferma la presenza di un gradiente nord-sud ma non si rileva una corrispondenza tra tassi di non autosufficienza e tassi di ricezione del programma.
Tali differenze possono essere sistematicamente riconducibili ad alcuni fattori:

- Età e condizione di autosufficienza
- Caratteristiche individuali che possono portare i soggetti a fare domanda (inversamente proporzionali: presenza partner, numero di componenti della famiglia; direttamente proporzionali: bisogno economico, buon livello di istruzione; non significativi: abitazione di proprietà)

- Ruolo dell'offerta nel territorio regionale (inversamente proporzionale: presenza degli anziani in RSA, qualità del governo locale, punteggio LEA; direttamente proporzionali: stato di povertà a livello regionale, dissesto finanziario dei comuni).

Ripulendo per i dati di età e non autosufficienza si identifica quindi una inequità rispetto ai trattamenti che vengono erogati a fronte della residenza in specifici territori locali.

CAMBIAMENTO DELLA DOMANDA – IL VENETO E LE ALTRE REGIONI

Introduzione

Moderatore: Dott.ssa Francesca Russo, Direttore - Direzione Prevenzione, sicurezza alimentare, veterinaria – Regione del Veneto

È importante fare un focus sulla prevenzione fin dall'infanzia per poi proseguire nell'età adulta. È importante portare avanti un approccio life course per promuovere stili di vita sani che possano facilitare e migliorare la presa in carico dei soggetti anziani e fragili. Il target degli interventi di prevenzione infatti è l'intera popolazione. Occorre inoltre rendere sostenibili le scelte: è tutta la società che deve intervenire. È necessario quindi favorire un approccio per setting, oltre a chiedersi cosa sia cambiato prima e dopo il Covid19 rispetto al cambiamento della domanda. La pandemia ha peggiorato le condizioni che riducono l'invecchiamento attivo, gli stili di vita attivi, le condizioni alimentari e nutrizionali e le abitudini della popolazione. Le cure probabilmente sono state ridotte e sono aumentate le questioni relative agli aspetti psicologici.

Invecchiamento e non autosufficienza in Veneto

Dott. Michele Zanette, Docente di Scienza delle Finanze - Università Ca' Foscari Venezia

Il Veneto è caratterizzato da uno scenario di puro invecchiamento caratterizzato da una diminuzione delle persone giovani e in fase attiva e un aumento della componente anziana. Crescono in particolare i grandi anziani (+56%). In futuro inoltre si assisterà ad una riduzione dei caregiver.

Quali e quanti sono i non autosufficienti tra gli anziani? Le indicazioni in tal senso sono scarse, l'unica fonte che dà informazioni a livello regionale è l'indagine ISTAT sugli aspetti della vita quotidiana che contiene una domanda sui "global activity limitation indication" che chiede se per problemi di salute la persona ha avuto gravi limitazioni nello svolgimento delle attività quotidiane. Se risponde sì la persona viene considerata non autosufficiente. I dati mostrano grandi differenze per genere e classi di età. Il 16,2% degli anziani in Veneto risulta essere non autosufficiente.

Quali sono quindi le prospettive? Occorre fare alcune considerazioni:

- Prima considerazione: sviluppo della domanda. Oggi abbiamo 180mila non autosufficienti e se tale incidenza rimanesse stabile nel tempo questi raggiungerebbe i 260mila nel 2040. Il problema è che questa proiezione numerica si basa sull'assunto che l'incidenza della non autosufficienza continuerà ad aumentare.
- Seconda considerazione: la domanda di assistenza va misurata anche in termini di fabbisogno come periodo di assistenza, non solo come teste. Tendenzialmente a causa delle migliori cure il periodo di permanenza nello stato di non autosufficienza sta aumentando. Se nei prossimi decenni il periodo dovesse passare da 2 anni a 2 anni e mezzo il fabbisogno aumenterebbe del 20%.

Occorre quindi sviluppare un approccio capace di ridurre l'entrata in una condizione di non autosufficienza, anche dal punto di vista economico. Occorrono politiche e policy capaci di incentivare la prevenzione.

La domanda di assistenza però deve essere misurata anche in termini di fabbisogno finanziario richiesto per tali servizi. Se si sviluppa la domanda calerà la possibilità di supportarla con servizi di carattere informale

(ad esempio la famiglia), comportando lo scaricamento della stessa su servizi formali (badanti o strutture) e, quindi, un onere finanziario che sarà sempre maggiore se teniamo conto che il costo medio dell'assistenza tenderà ad aumentare. Aumenta la complessità delle cure, le regole dell'assistenza, il costo del lavoro. È quindi possibile che il costo dell'intervento sarà crescente sia per il settore pubblico che per le famiglie. Il settore pubblico prevede norme di bilancio e definizione del fabbisogno nazionale standard e dipende da vincoli economici. Se noi osserviamo la realtà dei fatti per quanto riguarda la dinamica delle indennità di accompagnamento erogate notiamo che il numero delle stesse è rimasto costante negli ultimi anni, crescendo poco e con un tasso inferiore rispetto alla domanda. Anche l'importo è rimasto costante e quindi lo sforzo pubblico è stato visivo. A livello regionale se si osservano le impegnative di residenzialità l'importo è rimasto costante. Ed è un problema relativo al confronto con vincoli di bilancio ineludibili.
I principali strumenti di intervento quindi coprono già una parte importante dei potenziali non autosufficienti (80%), il 15/20% degli stessi però non accede ai servizi pubblici.
Anche in presenza dell'intervento pubblico c'è quindi una compartecipazione delle famiglie alla spesa. Il sistema però negli ultimi decenni è riuscito a sopperire alle carenze perché gli anziani avevano un buon reddito, pensioni, ecc. ma in futuro? I giovani di adesso hanno redditi modesti, pensioni scarse, niente risparmi. Tali aspetti, associati con una insostenibilità strutturale del sistema, porterà allo sviluppo di forme di assistenza integrativa basate su assicurazioni obbligatorie perché il problema della non autosufficienza oggi non è percepito.

Gli effetti della pandemia sulle persone anziane

Dott. Michele Marzulli, Ricercatore di Sociologia - Università Ca' Foscari Venezia

Più del 95% dei decessi EU sono di over 60enni. Nella prima ondata abbiamo assistito a un aumento del 50% in più tra 70-79enni, 80-89enni e persone di oltre 90anni.
Una delle conseguenze di questo impatto in molti paesi EU è stata la proposta relativa al fatto che le misure di limitazione riguardassero per la maggior parte le persone più anziane, sviluppando una narrazione in cui gli anziani sono stati visti come la causa di ciò che stava succedendo. Le persone anziane sono state colpite proprio perché anziane e per certi versi colpevolizzati. In Italia tale convinzione ha agito in maniera meno forte ma l'isolamento e la solitudine hanno comportato un aumento della vulnerabilità. La popolazione anziana, infatti, che già prima soffriva di alcune condizioni come la solitudine, è stata maggiormente colpita. Ciò che è successo nel nostro Paese però non è successo dappertutto, in Svezia ad esempio è possibile individuare tassi di sofferenza maggiore sui giovani.
La domanda è: come mai si è verificata questa situazione in Italia? Gli anziani soffrono particolarmente l'isolamento perché sono una parte integrante delle comunità, parte importante nelle famiglie, attori di solidarietà intergenerazionali ma anche di partecipazione sociale ed attiva, nella comunità, nel vicinato, ecc. Tali aspetti hanno sempre generato un benessere biopsicosociale nella popolazione anziana, messo in crisi dalle limitazioni dovute alla pandemia che, inoltre, ha comportato lo sviluppo di una qualità della vita basata sulla dipendenza: gli anziani non potevano più uscire da soli.
Quali strategie in tal senso sono state adottate dal SSR, in particolare da Lombardia, Veneto e Emilia Romagna?
Soprattutto tra la prima e la seconda ondata (2020) si è assistito a:

- Impreparazione per intervenire e modificare catena di contagio
- Ricorso ad ospedalizzazione in caso di contagio
- Pratiche già conosciute pre-pandemia utilizzate anche in una situazione fortemente modificata dal virus
- RSA trasformate in luoghi di diffusione e contagio, situazione aggravata dal fatto che in RSA gli anziani presentano già una particolare condizione di fragilità e dalla presenza di personale che nel corso degli anni ha subito un processo di dequalificazione.

L'analisi ha però evidenziato la presenza di valori differenti in Lombardia e Veneto relativamente alla percentuale di contagi avvenuti nelle RSA, probabilmente a causa dell'adozione di strategie differenti quali un maggior tracciamento effettuato in Veneto, il numero di tamponi effettuati, il rapporto tra popolazione e numero di MMG e MMG in associazione.
Che indicazioni quindi per le policy a partire da tali dati?
Quanto successo sottolinea come se un problema colpisce la comunità non bisogna più pensare solo al paziente secondo il modello della fragilità, schema sul quale sono pensati e progettati ad oggi i servizi sanitari, ma agire individuando le reti sociali e promuovendo l'integrazione tra sociale e sanitario. Tale tema infatti non può più essere trascurabile anche se alcuni segnali indicano che si è compreso che il problema sia garantire una multi-professionalità degli attori (ad es. case di comunità).
Il problema della parcellizzazione degli interventi rimane comunque molto evidente.
Inoltre se vogliamo occuparci degli anziani migliorando la salute e il benessere dobbiamo parlare in termini di salute come processualità e multidimensionalità, ripensare il territorio e costruire una filiera della salute.

La persona deve quindi essere vista come un soggetto che ha relazioni ma anche risorse proprie che può utilizzare. Il sistema sanitario dovrebbe essere integrato dalla dimensione territoriale, caratterizzata da MMG, infermieristica di comunità che diventa risparmio in termini economici per il sistema riducendo il tasso di ospedalizzazione, case della comunità, ADI, USCA, associazionismo di cittadinanza, ecc.
Per quanto riguarda la semi-residenzialità, centri diurno, centri sociali e attività ricreative risultano essere fondamentali per la costruzione di capitale sociale. La residenzialità (RSA, esperienza di co-housing, ospedali di comunità, case protette) può infine essere vista come esito di un percorso in cui si è provveduto prima ad agire.

L'esperienza della Provincia Autonoma di Trento: sperimentazione del modulo organizzativo Spazio Argento

Dott. Giancarlo Ruscitti, Dirigente del Servizio politiche sanitarie e per la non autosufficienza, P.A. di Trento

Il concetto di spazio argento venne introdotto in Trentino con numerose difficoltà: la popolazione infatti non era d'accordo ad un modello orizzontale e chiedeva di far sì che gli anziani potessero rimanere nei propri territori montani ed extraurbani, anche al fine di poter garantire i posti di lavoro per i professionisti sanitari.
In tal senso si è deciso di identificare non unico luogo dove sperimentare il progetto "spazio argento" ma di identificare 3 luoghi di sperimentazione: Trento, valli Giudicarie e territorio del Primiero.
Lo spazio argento permette di integrare diverse politiche della provincia, risultando uno strumento utile per migliorare l'efficacia e l'efficienza delle stesse. L'obiettivo è quello di arrivare a una visione tridimensionale dell'anziano, garantendo la coordinazione tra i diversi interventi disponibili sul territorio e favorendone l'accesso. In Trentino l'aspetto sociale è demandato ai comuni e alle comunità di valle, c'è quindi grossa disparità tra chi risiede in alcuni territori o altri. Lo spazio argento vuole superare tale diversità nel rispetto delle diversità territoriali ottimizzando anche le risorse a disposizione.
Il progetto prevede l'attivazione di tre attori: comuni e comunità di valle, RSA oltre che l'azienda sanitaria. Il regista di tutta l'attività è la Provincia che svolge attività di governance.
L'attività consiste nel garantire una equità di servizi ma anche un rispetto delle disomogeneità territoriali (linguistiche, culturali, ecc.). Le valli rappresentano confini non solo territoriali ma anche di caratteristiche di vita, la parola centrale è quindi flessibilità.
Per il progetto sono stati stanziati circa 600 mila euro per fare degli investimenti che permettano di mettere a fattor comune ciò che oggi viene già realizzato, distribuiti sulle base della popolazione presente.
È stato scelto un supporto per la progettazione e la valutazione degli interventi, attività affidata a una associazione che rappresenta sia gli interessi dei governi che delle associazioni presenti sul territorio.

Mentre è stato identificato un organo deputato alla governance, ovvero un tavolo tecnico provinciale composto da: case di riposo, comunità interessate, EELL, azienda sanitaria, Cooperazione Trentina, sindacati dei pensionati.
Ai territori e ai sindaci è stato inoltre chiesto quali fossero i loro bisogni ed esigenze. Questo ha comportato che i territori sviluppassero tre differenti progetti. Ad esempio le Giudicarie hanno deciso di non inserire azioni di invecchiamento attivo.
Nel 2022 si proseguirà con la sperimentazione, chiedendo ai territori quali azioni ritengono utili tra quelle implementate ad oggi. A gennaio inoltre saranno realizzate due sperimentazioni, a Trento e Pinzolo, che prevedono la realizzazione di nuclei Alzheimer temporanei ad alta gravità per poi procedere con reinserimento degli utenti presso le famiglie.
La più grande scommessa riguarda però la presenza di operatori sanitari: occorre fare crescere professionisti con lauree triennali o master (ad esempio infermieri di comunità) per dare un servizio ulteriore ai cittadini.

L'esperienza della Regione Friuli Venezia Giulia e del Gruppo di lavoro "Interventi sociali e politiche per la non autosufficienza"

Dott.ssa Miriam Totis, Direttore regionale Servizio programmazione e sviluppo dei servizi sociali e dell'integrazione e assistenza sociosanitaria.

La regione FVG lavora al fine di sviluppare azioni come indicato dagli obiettivi dell'agenda sostenibile. Regione da diversi anni lavora su tale tema (a partire dal 1998) e negli ultimi anni si è cercato di dare maggiore supporto ed ascolto agli anziani (26% della popolazione regionale).
La Regione ha dato un'impronta importante sul tema dell'invecchiamento con le seguenti leggi regionali:

In particolare, la L.R. 22 ha previsto un budget di salute e lo sviluppo di progettualità individualizzate, regolarizzando e declinando le spese che deve sostenere il sistema sociale e quelle deputate al sistema sanitario. Lo scorso anno è stata inoltre attivata una nuova sperimentazione volta a far sì che le persone

non autosufficienti che si trovano a domicilio possano avere lo stesso abbattimento della spesa sanitaria che hanno le persone che stanno in RSA. Tale aspetto risulta essere significativo nel processo di promozione della cultura della domiciliarità sottolineando come ci sia la necessità di una ricomposizione dell'offerta, fornita da attori diversi ma che presentino sempre l'obiettivo della presa in cura della persona. Dobbiamo quindi ricominciare a vedere l'assistenza in modo innovativo.
In tal senso, è possibile sviluppare i seguenti esempi di attività di promozione dell'invecchiamento attivo:

ALCUNI ESEMPI : PROMOZIONE DELL'INVECCHIAMENTO ATTIVO

- Campagna di sensibilizzazione sul fare attività fisica in modo regolare (Campagna 10mila passi di salute in collaborazione con Federsanità ANCI);
- Sostegno a forme di abitare inclusivo e di co housing;
- Promozione di progetti intergenerazionali;
- Cura dell'accessibilità al patrimonio culturale (Progetto "Silver Age Tourism in FVG");
- Promozione del volontariato;
- Attenzione alla fragilità anche in termini di prevenzione (Progetto Prisma 7);
- promuovere interventi di informazione e formazione a favore dei caregiver sulla gestione della malattia;

Tali attività possono essere consultate all'interno di un portale dedicato (https://invecchiamento attivo.regione.fvg.it/).
Esempio in tal senso risulta essere il piano di lavoro triennale che vuole prendere in considerazione tutte le aree di intervento e di vita delle persone anziane, anche sulla base di quanto indicato nel PNRR (trasporti, lavoro, socialità, servizi, ecc.).
Fondamentale per la realizzazione di tali azioni risulta essere anche la sperimentazione PRISMA 7, pensata per la popolazione fragile over 75 e avente lo scopo di condurre una sorveglianza attiva capace di individuare situazioni di difficoltà nella popolazione anziana non ancora riconosciuta dal sistema socio assistenziale territoriale. In tale modo, infatti, si potrebbe agire per ridurre o ritardare il rischio di sviluppare una condizione di disabilità, nonchè promuovere una migliore qualità di vita delle persone.
La sperimentazione si compone di 2 differenti fasi:

1- Fase di screening utile per identificare gli anziani non noti ai servizi che si trovano in una condizione di fragilità
2- Fase di programma-intervento per confermare la situazione di fragilità delle persone coinvolte e avviare azioni di sorveglianza attiva con le stesse.

Tale sperimentazione permette di sottolineare come il terzo settore ricopra un ruolo fondamentale: come Regione si sviluppano forme di co-progettazione per gli anziani e di invecchiamento attivo in partnership con il csv. L'invecchiamento diventa quindi opportunità e sviluppo sociale e il welfare Welfare viene concepito in rapporto ad un progetto di società, come un modo di stare in relazione e di vivere la propria comunità di appartenenza.

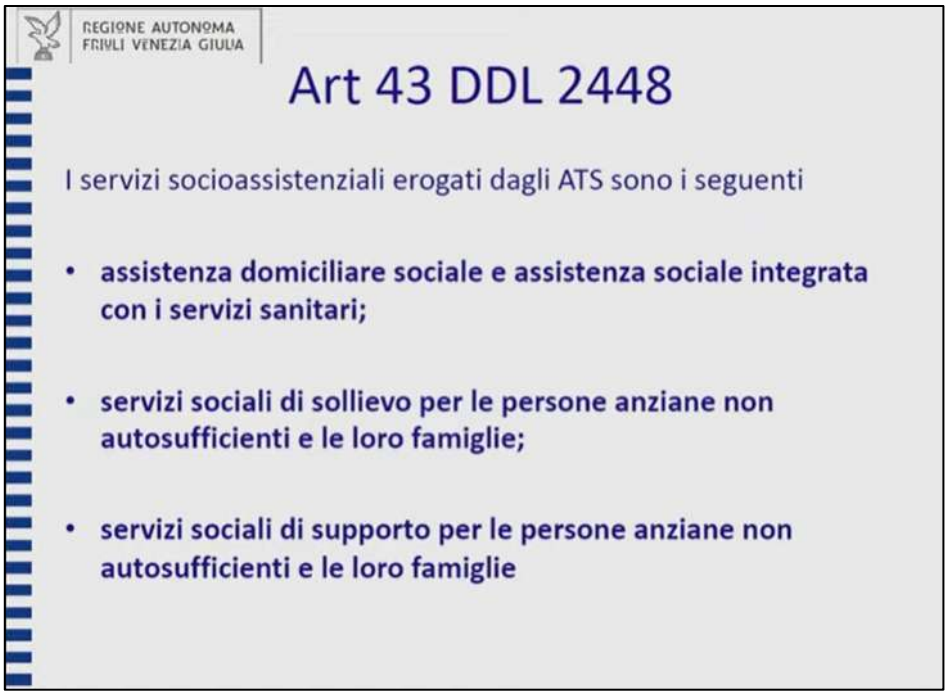
Nella stessa logica il gruppo di lavoro “Interventi sociali e politiche per la non autosufficienza”, presieduto dalla dott.ssa Turco, si compone di 20 persone con professionalità differenti (rappresentanti regionali, terzo settore, docenti universitari, rappresentanti del terzo settore, ecc.) al fine di produrre linee guida per:

- Definire i livelli essenziali delle prestazioni sociali per legge di bilancio
- Definire cosa si intenda per non autosufficienza e una proposta normativa per anziani non autosufficienti

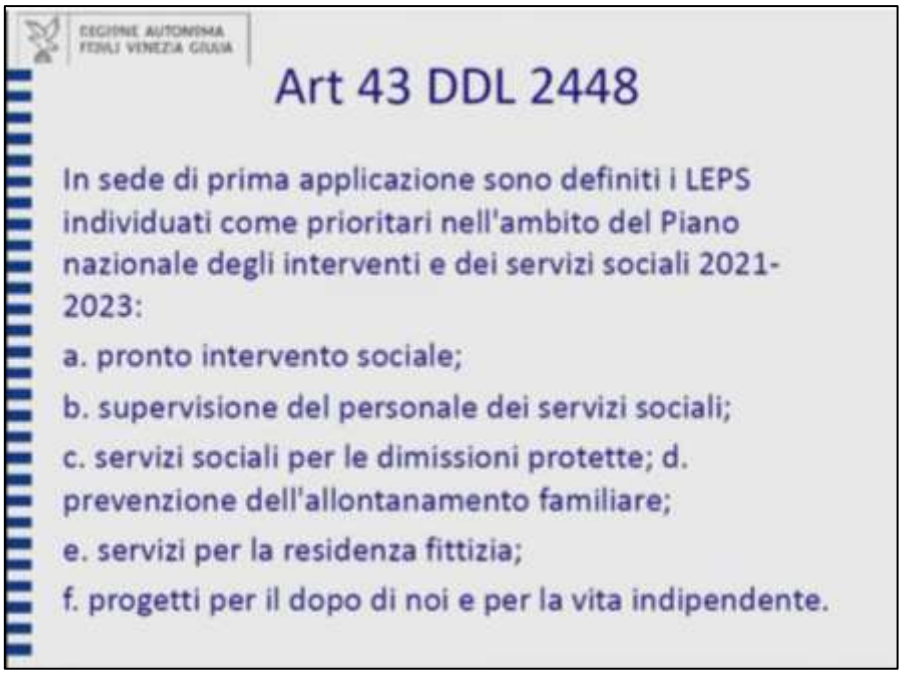
La legge di Bilancio che sarà approvata, Art 43 DDL 2448, prevede alcuni livelli essenziali per le persone non autosufficienti (LEPS), richiamando dal punto di vista organizzativo l’importanza degli ambiti territoriali italiani che hanno il compito di programmare, coordinare, realizzare e gestire gli interventi.

Regioni e EELL, inoltre, hanno il compito di sviluppare e definire linee guida per l’attuazione di interventi e per l’adozione di atti programmatori.

L’articolo 43 definisce inoltre cosa si intende per servizi socio-assistenziali, identificando alcuni titoli poi descritti nel testo dell’articolo, anche includendo servizi innovativi (ad esempio co-housing) e di pronto-intervento sociale per momenti di emergenza.



L'articolo ribadisce in modo deciso l'importanza del punto unico di accesso, delle equipe integrate, della valutazione e dell'implementazione di un progetto assistenziale individualizzato.
L'articolo individua inoltre alcuni LEPS inseriti come prioritari nel Piano nazionale degli interventi e dei servizi sociali 2021-2021 che riguardando tutti i target di utenza:



Fondi:

Il gruppo di lavoro ha quindi sviluppato una proposta per una bozza di legge, avente il seguente indice:

Concludendo, appare fondamentale poter lavorare in una logica intersettoriale. Anche il PRP tende in tal senso a creare nei fatti il sistema salute, agganciandosi a tanti altri documenti programmatori e proponendo un lavoro integrato. Il modello Veneto in salute in particolare prevede l'integrazione delle differenti DG (ambiente, cultura, ARPA, ecc.) dove ognuno può fare la propria parte con l'obiettivo comune di fare salute perché tali modelli unitamente alla stabilizzazione economica permettano di costruire un contenitore per la promozione della salute.

SESSIONI PARALLELE 23.11 – RIASSUNTO DEI TEMI EMERSI

Diventare anziani può essere anche una fase della vita in cui fare cose, cambia la prospettiva anche negli interventi da fare: le persone anziane possono diventare risorse. L'invecchiamento porta con sé la pensione

che cambia il reddito (meno disponibilità, povertà per alcuni), la solitudine, l'insorgere di una patologia, l'allontanamento dei figli, lutti. Come parlare di non autosufficienza (non più in grado di prendersi cura di se stessi)? È necessario accompagnare le persone al processo di invecchiamento che anticipa l'autosufficienza. Anche la società non riesce a capire i rischi dell'invecchiamento.
Le persone sono impreparate e arrivano ai servizi quando la situazione è molto compromessa (stigma dell'aver bisogno). Il saper invecchiare è una competenza che può essere rafforzata. Gli anziani autosufficienti dovrebbero avere il diritto di chiedere per invecchiare meglio. Sarebbe opportuno sviluppare interventi capaci di aiutare ad invecchiare, di prevenzione, capaci di sfruttare le competenze residue e promuovere invecchiamento attivo. L'isolamento è anche isolamento dalla comunità, non più il sentirsi parte, si può lavorare anche su questo. Il sistema deve rispondere al gran numero di grandi anziani.
Occorre anche interrogarsi rispetto al ruolo dei caregiver, distinti in caregiver informali (ad esempio i familiari), formali e professionisti.
Nei prossimi anni infatti assisteremo al problema dell'invecchiamento degli stessi caregiver, unitamente alla difficoltà a trovare figure socio-sanitarie che li possano sostituire (programmazione di percorsi universitari con un numero più largo che soddisfi la richiesta?).
Anche il caregiver deve essere accompagnato nel processo di invecchiamento (lavoro oneroso dal punto di vista fisico ed emotivo), trovandosi lui stesso in una situazione di solitudine e di isolamento.
Questi temi hanno a che fare con tutte le politiche, pensiamo per esempio alla politica urbanistica che può far sentire meno sole le persone e più partecipi, ma anche alle politiche sulla mobilità, ecc. Anche se l'ambito sanitario ha un ruolo fondamentale per porre i problemi, tutti dobbiamo essere coinvolti.

24 Novembre 2021

SECONDA SESSIONE PLENARIA
(https://youtu.be/9Y38GiWI0hc)

PROSPETTIVE PER L'OFFERTA DI SERVIZI

Introduzione
Moderatore: Dott. Mauro Bonin, Direttore - Direzione Risorse strumentali SSR – Regione del Veneto
Bisogna entrare nell'ordine delle idee che anche per invecchiare occorre prepararsi e formarsi. Dal punto di vista dell'offerta dei servizi gli spunti sono tanti. Uno è quello relativo al ruolo dei caregiver connesso a quello delle risorse economiche relative alla figure professionali che possono essere inseriti nel sistema. Sarebbe interessante capire in che modo l'innovazione ci può aiutare su questo tema. Non è possibile affermare che stiano rivando risorse economiche così importanti, avremo delle risorse che però saranno utilizzate per adeguare il sistema di offerta senza riuscire a far funzionare i nostri servizi con quelle risorse. Il nostro sistema continuerà a muoversi con le risorse esistenti: quello che facciamo in più deve essere in meno da qualche altra parte. Avremo più risorse dal punto di vista del sistema sanitario che però saranno anche assorbite dai tassi di inflazione, ci troveremo sempre con le risorse date da prima. E quindi come si fa a fronte di nuovi bisogni? L'innovazione è fondamentale, ci deve accompagnare con idee brillanti ma sostenibili. Questa è la sfida: capacità di tradurre idee e insegnamnti pratici in una realtà che sia effettivamente sostenibile e realizzabile.

Prospettive per il futuro: sostegno alle autonomie possibili e domiciliarità
Dott.ssa Barbara Da Roit, Docente di Sociologia - Università Ca' Foscari Venezia
Dal punto di vista innovativo, occorre avere in mente che l'età a cui arriviamo a chiedere sostegno per una condizione di non autosufficienza sia legata al nostro ciclo di vita: le attività di prevenzione e sostegno all'invecchiamento attivo ci riguardano fin da quando siamo nati e ci accompagnano nel corso della vita. Il modo con cui arriviamo alla soglia dell'età anziana è legato alla cumulazione degli eventi favorevoli e sfavorevoli che viviamo nel corso della vita e in questo le politiche giocano un ruolo fondamentale.
In italia abbiamo una buona prospettiva di vita ma la prospettiva di vita in buona salute non è poi così alta. Un aspetto centrale di cui le politiche dovrebbero occuparsi è quindi pensare a come spostare in avanti la soglia, provando a capire come fanno i paesi che hanno la soglia più alta, ovvero quelli scandinavi che presentano una condizione di promozione e prevenzione sociale molto diversa da quella italiana.
Un ulteriore aspetto fondamentale è quello della condizione di ageing in place, diventato oggi un obiettivo fondamentale delle politiche: ci troviamo in una condizione migliore da anziani, anche non autosufficienti, se riusciamo a stare il maggior tempo possibile nel nostro contesto di vita. Questa idea è nata nei paesi anglosassoni e del nord europa dove esiste un alto livello di istituzionalizzazione della persona anziana. Lì nasce l'idea di de-istituzionalizzare la cura, spostando l'attenzione ai servizi territoriali al fine di permette alle persone di essere seguiti nelle proprie abitazioni e contesti di vita.
In italia l'ageing in place lo abbiamo già: mediamente le persone anziane in struttura sono il 2% della popolazione over65. Il nostro problema è cosa significhi tale concetto ora in Italia e come fare per trasformarlo. Al momento risulta essere un concetto estremamente problematico relativamente ad alcuni aspetti. Ad esempio, essendoci poche strutture, a casa troviamo persone non autosufficienti con altissime necessità di cura (sia socio-sanitarie che di cura e sorveglianza). In italia numerosissime persone con demenza vivono in casa e presentano una gestione domiciliare difficilissima, caratterizzata spesso da una

situazione di isolamento. I posti in struttura in italia sono circa 300.000, i non autosufficienti in Italia sono circa 3 milioni.
Come queste persone vengono gestite? In Italia il sistema di domiciliarità si fonda sulle badanti (circa 1 milione) che costano alle famiglie circa 10 miliardi di euro annui. Tale modello è molto particolare perchè l'Italia è l'unico caso in cui sono così numerose. Da un lato ci mette davanti a un sistema di cura integrato, la badante si occupa della casa, della cura personale, della somministrazione del farmaco, della sfera relazionale. Dall'altro però tale sistema è un modello di cura universale per tutti. Anziani con una bassa non autosufficiente e persone invece in condizioni di estrema gravità hanno allo stesso modo una figura professionale 24h/24. Da una parte quindi c'è una carenza assistenziale e dall'altra un eccesso assistenziale: spreco di risorse private ma anche pubbliche perchè una parte dei 10 miliardi sono risorse pubbliche trasferite con l'indennità di accompagnamento, misura che copre circa la metà degli anziani non autosufficienti e costa 9 miliardi di euro annui. La questione delle badanti è problematica anche perchè è una situazione estremamente incerta: rapporto uno a uno che si può interrompere in qualunque momento. Accanto a questo c'è il sistema dei servizi territoriali domiciliari che interessa il 30% delle persone anziani non autosufficienti e costa circa 5 miliardi di euro all'anno. In realtà tale servizi si occupano di specifici bisogni ad hoc, sono specialistici, coprono solo alcune ore e inoltre costano molto.
A questo si aggiunge inoltre la cura informale in senso stretto, effettuata dai figli e in genere dalle famiglie che svolgono anche un lavoro di coordinamento.
In questo contesto, dunque, l'idea di de-istituzionalizzare forse ha poco senso. Non dobbiamo de-istituzionalizzare ma di strutturare e infrastrutturare il sistema. Esistono parti di sistema che noi non abbiamo proprio, come ad esempio la parte intermedia tra servizi territoriali e residenziali che corrisponde allo sviluppo di politiche integrate di cura e housing. Questo in Italia non c'è: i servizi diurni sono praticamente inesistenti e non ci sono servizi che risolvono il problema della residenza troppo istituzionalizzante e del domicilio che è isolante e comporta uno spreco di risorse. Occorre iniziare a pensare a strutture piccole e diffuse dove sia possibile rendere disponibili servizi che non possono essere portati a casa ma anche senza comportare l'inserimento in struttura. Per fare questo però occorre una infrastruttura che vada pensata e progettata prima. Nel nostro paese se questo non viene fatto prima il problema non si risolve. Occorre pensare a strutture intermedie di vita e di cura.
La Regione Veneto da questo punto di vista ha il vantaggio di avere una buona gestione territoriale dei servizi che si è vista durante il covid. Occorre però fare un ragionamento che vada nella direzione opposta della sanitarizzazione: abbiamo bisogno di prestazioni di cura che vadano al confine dei bisogni socio-assistenziali ma quello che manca è l'infrastruttura di cura perchè quella sanitaria c'è, nonostante probabilmente vada sostenuta. Se noi dovessimo aumentare del doppio le risorse disponibili per l'ADI non risolveremmo neanchè la metà dei problemi che abbiamo. Occorrerebbe dirottare le risorse dell'indennità sulla domiciliarità oppure condizionare le risorse che vengono messe a disposizione. Le risorse aggiuntive dovrebbero essere usate per la costruzione di una infrastruttura e per lo sviluppo della cura di base, semplice, chiara e trasversale. Qui le politiche possono davvero creare lavoro: se i figli delle persone anziani hanno un sistema regolato di cura che funziona meglio probabilmente invecchieranno meglio.
Concludendo, pensando al 2040, la generazione dei 40enni si troverà a varcare la soglia dei 75anni. Come ci arriveremo? Probabilmente avranno una speranza di vita più lunga ma non più in buona salute: la società sarà invecchiata, avrà a disposizione meno caregiver informali, ci saranno più disuguaglianze sociali causate anche da una instabilità delle pensioni. I futuri anziani non saranno in grado di comprarsi i servizi delle badanti. La prospettiva ci obbliga a interrogarci sulle politiche di long term care e sociali.

Prospettive per il futuro: opportunità internazionali per le politiche sull'invecchiamento
Dott.ssa Lisa Leonardini, Coordinatore tecnico ProMIS, Programma Mattone Internazionale Salute

Il Programma Mattone Internazionale Salute vede la collaborazione di tutte le regioni e province autonome italiana e AGENAS, riuscendo quindi a fare sintesi di tutte le iniziative, tema fondamentale anche per la questione dell'invecchiamento attivo.
Cosa si muove in tal senso dal punto di vista europeo? Nella Programmazione 14-20 è stata lanciata la partnership sull'invecchiamento sano e attivo utile per mettere insieme organizzazioni sia pubbliche che private per sviluppare tavoli di lavoro volontari, invitando le organizzazione a partecipare a gruppi di lavoro per la costruzione di piani di azioni. In particolare, sono stati lanciati degli inviti per presentare degli impegni per le organizzazioni, ha fatto sintesi degli stessi e sviluppati gruppi di lavoro tradotti poi in bandi a cui le organizzazioni stesse hanno potuto partecipate. Queste organizzazioni hanno quindi potuto partecipare alla costruzione dei piani, alle procedure per la raccolta dei bisogni finanziari e poi ai bandi stessi. Si è quindi creato un consorzio trans-nazionale che ha permesso loro anche di capire in che modo realizzare poi le azioni di cui si è discusso.
Sono state anche sviluppate chiamate per diventare centri di riferimento relativamente ad alcune tematiche dove gli enti che si candidavano dovevano descrivere come si muovevano in termini di ecosistema sul tema dell'invecchiamento sano e attivo. Anche la commissione EU considera tale tema a partire dai 0 anni, usando un approccio life course.
Oltre a tale iniziativa, è importante anche l'adesione alle cosiddette Reti europee, estremamente vicine alla Commissione EU e quindi utili per accedere alle politiche europee. Questo permette un confronto costante con le altre politiche e intervento europei al fine di integrare le iniziative e contestualizzarle nei nostri territori con studi pilota ad esempio. In tal modo è possibile sviluppare progetti sostenibili a lungo termine.
Ad esempio come ProMIS è stato sviluppato un intervento sull'infermiere di comunità e di famiglia in cui, grazie al confronto con i progetti europei, è stato adocchiato un nuovo strumento, ovvero un questionario di pre assessment della fragilità, costruito e validato in ambito di un progetto EU. Tale strumento risulta essere molto semplice, utilizzabile da diverse figure professionali e mette insieme più dimensioni, perché va ad analizzare diverse dimensioni: reti sociali, capacità economiche, uso dei farmaci, ecc che identificano alcuni alert che permettono di fare approfondimenti specifici con figure professionali che devono entrare in campo (medico, as, ecc.). Tramite un progetto europeo quindi è stato validato uno strumento che mette insieme soggetti e dimensioni diverse e che, oltre a essere utile (permette di sviluppare interventi personalizzati), costringe il sistema ad organizzarsi in un altro modo, ovvero adeguandosi alla presa in carico a 360 e globale della persona.
Per quanto riguarda invece la nuova programmazione, oggi ci si trova a dover gestire le risorse che giungono dal PNNR, fondi indiretti della Commissione europea più fondi diretti (finanziata da Commissione EU). Il tema è che la trasversalità della salute è un elemento imprescindibile, assunto alla base della programmazione sanitaria: la salute deve essere vista in modo virtuoso, occorre sviluppare un cambio di paradigma. L'80% del bilancio regionale è la salute: la trasversalità deve essere vista come qualosa che impatta nelle altre politiche ma che deve essere difesa e può contribuire a portare economia.
Ad esempio: tema del turismo sanitario inteso come turismo dove l'industria salute e tursimo si mettono insieme per vendere servizi sanitari e far sì che la salute diventi elemento economico importante. La Commissione EU è focalizzata in questo momento sul turismo degli anziani che, da una parte, non lavorando più, possono muoversi fuori stagione ma dall'altra hanno bsognodi di servizi di assistenza ma anche di iniziative di promozione del benessere nei posti che vanno a visitare (ad es: assunzione di una corretta alimentazione e possibilità di svolgere attività fisica). Occorre quindi mettere la prospettiva della salute al centro e renderla motore di altre soluzioni.
Un altro aspetto importante nella programmazione Europea è il tema dell'integrazione di più figure professionali rispetto al modello delle badanti. Come gli stati membri della commisisone europa stanno affrontando il tema della mancanza del personale? Si fa fatica a trovare personale e, contemporaneamente, c'è la necessità di cambiare il paradigma. La commissione evidenza come ci sia la necessità di lavorare sul mondo accademico per sviluppare percorsi che facilitino le competenze ma anche percorsi con figure mix

skills, caratterizzati da processi di integrazione delle competenze nel corso della preparazione scolastica, professionale e accademica (lo dice la commissione eu).
Che rapporto questo può avere con il tema dell'innovazione tecnologica? Bisognerebbe introdurre tale aspetto nei processi formativi accompagnandolo però con una innovazione anche dal punto di vista organizzativo. Ad esempio occorrerebbe formare il personale sanitario sull'utilizo di tali tecnologie, nonchè i cittadini e gli anziani stessi. Oltre che formare figure che abbiano l'idea di inserire la tecnologia nelle loro istituzioni.
ProMIS sta partecipando in modo attivo ad una partnernship della programmzione 2020-2027 dal titolo "partnership per la straformazione dei programmi finanziari", finanziata dal programma quadro della ricerca Horizon e coordinato dall'Italia (Ministero della salute e Ministero della Ricerca). ProMIS sta cercando anche di far entrare qualche regione mediante i finanziamenti strutturali (ex POR). Questo sginficherà che si lavorerà con l'Europa per 7 anni per strasferire i risultati della ricerca implemetativa e organizzativa nella pratica al fine di realizzare iniziative e call dedicate ai territori dove si spingerà tantissimo sulla costruzione di ecosistemi dove le politiche possano fare sinergia e dove la salute non venga vista come un costo o un peso ma come un elemento virtuoso che possa modificare a cascata anche l altre politiche.
Invecchiamento attivo e salute possono entrare nella programmazione dei fondi regionali e del fondo FS PLUS (Fondo Sociale Europeo) perchè il tema della salute è stato inserito dalla Commissione nella programmazione. Ci saranno quindi finanziamenti per la formazione del personale sanitario e per interventi infrastrutturali. Occorre quindi partecipare ai lavori di co-programmazione per l'utilizzo di tali fondi, garantendo collaborazioni tra la Direzione Salute e Autorità di gestione.

Dibattito e domande
Dott. Bonin: in Regione ci si occupa di programmazione che però è schiacciata sul breve termine. Novità importantisima in realtà è la possibilità di fare modifiche giorno per giorno facendo sì che il sistema possa evolversi continuamente ma essendo molto schiacciati sul brevissimo termine. Occorre prestare attenzione a non far deviare risorse organizzative e mentali. Come coniugare l'attenzione al domani con l'attenzione al 2040? Chi si occupa di programmazione delle risorse ha bisogno di tempo per adeguare i sistemi. I processi di investimento e integrazione dello svilupo tecnologico sono molto lenti e i modelli organizzativi lenti da organizzare, ad es: modello sulle case della salute. Per la programmazione ci vuole tempo. Si fa anche programmazione retroattiva. Come facciamo a combinare queste logiche del breve e lungo termine? E questi modelli li sappiamo pensare, prevedere e definire a un livello centrale? Oppure occorre sviluppare modelli bottom up, senza standard organizzativi ma che sorgano dal basso premiando le esperienze?

Dott.ssa Da Roit: Negli ultimi 20anni si è sviluppata l'idea che tutto debba nascere dal basso, su questo non c'è dubbio. Se questa idea la applichiamo in alcuni paesi europei forse va benissimo, perchè avrebbero bisogno di essere de-strutturati. Questo però è un approcci molto costoso, che coinvolge molti soggetti e qui dovrebbero essere sviluppati in un contesto più debole dal punto di vista dell'infrastruttura sociale. Il ruolo delle regioni dovrebbe essere quello di proporre dei modelli, raccogliendo dati e valutando e poi cambiando se non va bene, utilizzando quindi un sistema top down intelligente.

Dott. Bonin: Nell'ambito delle partnership con l'Europa, inoltre, lasciando da parte le questioni economiche, è possibile realizzare soluzioni di bench marking intelligente che prevedano che si identifichino alcune performance strategiche?

Dott.ssa Leonardini: Sì, sono strumenti che esitono da molto tempo e la loro efficacia dipende da come li si usa e dal contesto. La commissione EU lavora per facilitare scambi, dando anche finanziamenti attraverso reti (es Euriga) e continua a fare gruppi di confronto su molti temi ma poi dipende da quanto queste discussioni vengono condivisi tra gli attori, il sistema ed il sistema più ampio. Ad esempio, il fasicolo sanitario elettronico: tutte le regioni sono state invitate a dotarsi ma non sono state capaci di usarne uno

unico. Facciamo fatica internamente tra regioni a torvare la quadra però ci sono 3 o 4 modelli che possono essere valutati e quindi poi realizzati contestualizzandoli nei territori ma ci deve essere una regia. Adesso si sta implementando una collaborazione con il Ministero della Salute per la preprarazione di un PON nell'ambito dei fondi di politiche inclusione dal titolo "equità nella salute". Per la salute è la prima volta che la Commissione apre e le beneficiare del programma operativo nazionali saranno le 7 regioni del mezzogiorno su temi di salute mentale, cancro e medicina di comunità e povertà sanitaria. Il Gruppo di lavoro ha evidenziato come nelle diverse regioni ci sia una estrema differenza di azioni! Occorre sviluppare un lavoro che riesca ad ottimizzare le risorse, trovando un modello che funzioni senza però perdere le specificità territoriali. Il tema centrale è la comunicazione interna tra sistemi e organizzazioni. La Direzione generale della direzione europea che segue temi salute lancia inoltre call for best pratice attraverso i punti di contatto. Il Ministero della salute lancia quindi queste call e tutte le regioni possono partecipare.
Chiedere a tutte le regioni cosa si sta costruendo su determinati temi genera già competizione, occorrerebbe invece adottare quei sistemi che funzionano, usarli come modelli e poi presentarli a livello europeo.

Dott.ssa Da Roit: Il concetto del lavorare per progetti è stato introdotto dalla Commissione europa in diversi ambiti, anche rispetto alle call, e trasferito a livello nazionale, regionale e territoriale. Anche in qesto caso impatto del lavorare per progetti è differente a seconda del contesto socio istituzionale in cui ci si trova. Se il contesto è meno stutturato si rischia di perdere opportunità e sprecare risorse. Questo si vede nel confronto tra nord e sud e nella differenza tra nord Europa e nord Italia. Andrebbe ripensato almeno da noi il valore e il senso del progetto perché nelle politiche sociali soprattutto, dove c'è meno infrastruttura, i progetti che vengono dalla Regione, o nazionali, o dall'Unione Europea sono sovrapposti e non si integrano con il lavoro normale, sviluppando un lavoro aggiuntivo che non produce però risultati.

INNOVAZIONE NELL'OFFERTA DI SERVIZI

Introduzione

Moderatore: Dott.ssa Giovanna Scroccaro, Direttore Direzione Farmaceutico, protesica, dispositivi medici – Regione del Veneto

É importante considerare il contesto valutando i numeri che abbiamo, in questo caso quelli prodotti da Istat per il 2019 che danno i tassi percentuali per le persone over 65. Il 43% degli over 65 presenta gravi malattie croniche, almeno 3 il 52%, il 14,7% uno stato ansioso/depressivo. Il 28,4% ha gravi limitazioni corporee sensorali e cognitive, dato che arriva al 63% tra gli over 85, 31,5% gravi limitazioni della mobilità (67% su over 85). Il 10% ha difficoltà nelle attività di cura della persona, il 65,8% ha bisogno di ausili e assistenza. Tali dati mostrano perché le nuove tecnologie siano importanti (robotica, intelligenza articificale, app, ecc.). é importante raccogliere le esperienze che ci sono ma anche capire come la Regione può raccogliere le istanze di innovazione tecnologica, che processo utilizzare per fare una valutazione di tale tecnologie e comprendere che obiettivi tali tecnologie si diano per migliorare lo stato di salute ma anche l'organizzazione stessa. Andrà quindi attivato un processo di raccolta ma anche un sistema di valutazione, selezione e verifica degli esiti. Il settore delle nuove tecnologie è diverso dal farmaco ma il metodo non cambia: alcuni possono modificare la situazione di salute ma poi il reale impatto non è detto che sia quello. Occorre quindi anche in questo caso fare attenzione a tale aspetto.

Il sostegno alla non autosufficienza: la continuità assistenziale parte dal domicilio e arriva alla residenzialità

Dott. Cristiano Gori, Docente di Politica Sociale – Università di Trento

Perchè adesso un convegno così ampio e ambizioso? Possiamo identificare un buon motivo generale: stiamo entrando in una fase di nuove opportunità da cogliere e valorizzare, è il momento giusto per fare il punto e guardare tali nuove possibilità.
Perchè parliamo di nuove opportunità? Riprendendo quanto emerso e realizzato a livello storico nel nostro paese, all'inizio del secondolo abbiamo avuto la fase di sviluppo maggiore nel settore dell'assistenza agli anziani, in quel periodo stavamo crescendo ma è arrivata la crisi nel 2008 generando la contrazione delle risorse e il blocco dello sviluppo. Negli ultimi anni periodo di stabilizzazione in cui non si capiva bene la direzione da prendere. Dopo la pandemia sta iniziando una fase di nuove opportunità. Ma cosa vuol dire?
3 livelli con 3 parole chiave:

- Consapevolezza: negli ultimi anni la politica nazionale ha incrementato l'attenzione agli anziani non autosufficienti, ha incrementato la consapevolezza rispetto al fatto che questo è e sarà un settore chiave dello stato sociale italiano.
- Riforma: nel PNRR presentato dal governo Conte a gennaio non c'era una riforma rispetto al tema degli anziani non autosufficienti. Con le realtà del patto è stata elaborata una proposta affinchè la riforma entrasse e il governo italiano ha deciso di introdurre la riforma. Nel 2023/2024 ci sarà la riforma nazionale dell'assistenza agli anziani non autosufficienti. La riforma però è ancora tutta da scrivere: è una opportunità, si tratta di coglierla. Se ne parla dal 1990 ed è stata fatta già nei principali paesi europei. Occorre fare una nota sulla possibilità di coglierla: storicamente per quanto riguarda l'assistenza agli anzioni lo sguardo era posato su comuni e regioni, oggi c'è uno sguardo a livello centrale. Questo comporta una sfida. Risorsa nazionale però non significa accentramento ma costruzione di infrastrutture a livello territoriale.
- Risorse economiche: sicuramente se la riforma funzionerà, questa dovrebbe portare nuovi fondi dal bilancio sociale. Intanto ci sono investimenti ulteriori e straordinari del PNRR che si concentrano al momento sull'ADI. Sicuramente quindi a partira dal prossimo anno ci sarà un incremento di risorse sulla domiciliarità, bisogna però capire come. Purtroppo invece il PNRR non prevede risorse straordinarie per la residenzialità che in questo periodo è stata danneggiata da una campagna di criminalizzazione delle risorse fatta nel periodo covid19.

Cosa fare quindi? Cosa può avere un senso?
Il PNRR definisce oggi obiettivi strategici della riforma ampi e condivisi: non si inventa niente ma occorre implementare le cose tecniche che sappiamo essere importanti da fare. In tal senso la Regione Veneto potrebbe verificarsi rispetto ai grandi obiettivi della riforma e capire che passi avanti possano essere fatti in quel senso. La sfida consiste nell'andare verso l'innovazione territoriale, per costruire la strada.
Identifichiamo quindi i 3 obiettivi strategici:

1- Costruire un sistema unitario dal punto di vista della governance (le filiere sanitarie e sociali saranno considerate separatamente). Che passi si possono fare in tal senso? 3 esempi: semplicifazione e unitarietà dei percorsi di accesso; unitarietà nella progettazione delle risposte mettendo insieme le risorse di pubblico e privato; collaborazione tra tutti gli stakeholders per ragionare insieme su come costruire le risposte.
2- Costruire modelli di intervento appropriati: in Italia molto spesso i servizi per gli anziani non sono disegnati avendo in mente le risposte opportune e i modelli di intervento appropriati per gli anziani, ovvero un modello di cura interdisciplinare, che tenga conto di tutte le dimensioni di vita dell'anziano. 2 esempi: a) tema della demenza, una sfida è adattare meglio il sistema delle risposte alla disabilità cognitiva e non fisica; b) tema della domiciliarità, in Italia i modelli prevalenti non sono pensati per gli anziani non autosufficienti. Nell'ADI persiste un modello con singole prestazioni erogate secondo una logica clinica prestazionale, non su tutta la vita e i bisogni degli anziani. Tale aspetto si traduce poi nella brevità della presa in carico. Se seguiamo la definizione della Commissione Europea relativamente alla presa in carico degli anziani non autosufficienti, l'ADI non risponde ai criteri individuati. Il SAD invece utilizza la logica del disagio, per riceverlo devi avere

poche risorse economiche o assenza di famiglia. Sono entrambi sistemi molto utili che però non fanno assistenza agli anziani non autosufficienti. Occorre quindi sviluppare servizi con una logica di intervento di care multidimensionale. In che misura stiamo andando in questa direzione? Possiamo fare dei passi utili in tal senso?

3- Sviluppare l'offerta dei servizi: è possibile svilupparne altri oltre a quelli già esistenti? Occorre specificare però due punti: occorre rinforzare l'intera filiera dei servizi, sviluppando tutta la residenzialità intermedia ma anche tutte le strutture residenziali, rinforzandole. Da un punto di vista tecnico, occorre essere consapevoli che c'è bisogno di sviluppare la residenzialità perchè i dati sull'offerta degli altri paesi sono molto maggiori e perchè occorre garantire una qualità maggiore ad alcune specifiche fasce della popolazione (es: demenze). C'è la necessità di più solide politiche pubbliche per sviluppare la quantità e la qualità dei servizi residenziali.

Dibattito

Dott.ssa Scroccaro: Si sono tracciate le linee di una riforma che punta molto sull'integrazione, che preveda un sistema unitario tra i bisogni sanitari ed assistenziali. Puntando invece il PNRR sulla'assistenza domiciliare integrata che è invece per sua natura sanitaria, potrebbe generare una incongruenza con la futura riforma?

Dott. Gori: al di là degli aspetti di temporalità, questo è un punto fondamentale. Si era chiesto un investimento anche sulla domiciliarità sociale. I finanziamenti solo sulla domiciliarità dipendono da un aspetto temporale. Agli investimenti degli ADI però dovrebbero essere affiancati altri investimenti che oggi si sta cercando di recuperare. Occorrerebbe incrementare il SAD per muoversi coerentemente con quelli ADI e andare quindi verso la riforma. Nel disegno del PNRR però sono molto più importante le riforme che non gli investimenti: quelli possono essere implementati e sviluppati. Occorre quindi scrivere al meglio le riforme perchè siano efficaci.

Dott.ssa Corti (Direttore Servizi Sociali USL 6): se dobbiamo parlare di cosa ci manca per il futuro occorre interrogarsi su cosa manca nei servizi intermedi tra domiciliarità e residenzialità. Questi infatti possono restituire alle persone al loro domicilio servizi intermedi che dovrebbero essere integrati per definizione. Occorre lavorare con equipe miste associate a soluzioni di vita, occorre mettere insieme la vita con l'assistenza. L'ADI e la SAD, soprattutto per le persone con demenza, non danno quello che serve che quindi occorre erogare in maniera diversa. Tale punto va considerato come agenda del futuro.

<u>Focus sulle nuove tecnologie per il welfare nell'anziano</u>

Dott. Stefano Campostrini, Direttore Centro Governance & Social Innovation – Università Ca' Foscari

É possibile fare una riflessione a valle di un lavoro sulle tecnologie. Come responsabile scientifico di un progetto sulle smart cities vinto nel 2013, gran parte del progetto deve ancora essere finanziato nonostante il progetto sia chiuso. Rispetto ai contenuti, il progetto mirava ad offrire nuove tecnologie che venivano dalla telemedicina e dalla domotica e sviluppare sistemi informativi perchè l'aspetto sociale potesse integrarsi con quello sanitario. Se dal punto di vista tecnologico il progetto è stato sviluppato con innovazioni interessanti, ad esempio implementando interventi di domotica nelle strutture residenziali per aiutare il lavoro (ad esempio strumento con sensori nel materasso per verificare che gli anziani si girassero a sufficienza da soli per evitare piaghe da decubito e quindi alleggerire il lavoro degli operatori) e forme di telemedicina, dal punto di vista dell'impatto sul sistema questo è stato quasi irrilevante: il sistema non era pronto! Occorre cogliere stimoli per capire che sistema potrebbe essere presente nella nostra organizzazione a breve termine. Parlando di PNRR, certamente la spinta di tale Piano potrebbe rendere possibile l'utilizzo delle tecnologie ma il gioco è quello di avere innovazioni organzzative che rendano possibile l'utilizzo delle tecnologie. Queste possono servire se però i professionisti possiedono delle

competenze in tal senso. Riusciamo a fare questo salto? Occorre una decisione politica e tenica da parte della regione: le tecnologie ci sono ma abbiamo voglia di usarle?

Dibattito

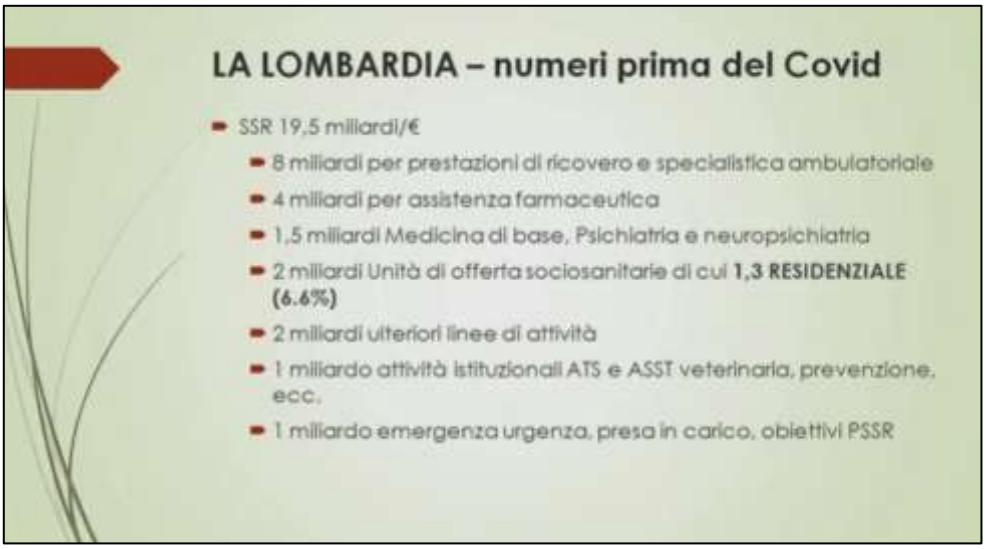
Si sono formati gruppi di informatici, clinici, igienisti e statistici che stanno lavorando, insieme ad AGENAS, per costruire uno strumento regionale attivo per tutti (telesoccorso, telecontrollo, ecc.). Non siamo indietro e finalmente l'uso degli strumenti tecnologici è un tema fortemente voluto a livello nazionale. La prossima primavera saranno effettuate delle gare per realizzare piattaforme uniformi grazie ad AGENAS, dando quindi finanziamenti alle regioni.

Quando si parla di innovazione organizzativa bisognerebbe però lasciare il campo a chi se ne occupa, invece si tende a delegare su questo i responsabili verticali. Anche l'organizzazione è una disciplina, dovremmo portare evidenze su questo punto di vista. Nelle aziende esistono funzioni di livello orgaizzativo ma questo non viene realizzato a livello più centralizzato. Regione veneto non ha normato le collaborazioni per l'accesso ai dati. Non sempre è possibile elbaorarli in maniera intelligente con le forza interne. In alcuni casi con progetti su chiari obiettivi potrebbero essere attivate collaborazioni con l'accademia per gestire tali dati. Ad esempio anni fa Regione Lombardia ha emanato una DGR in cui veniva normato l'accesso al database in cui si dava delle regole in tal senso. Questo è uno degli aspetti da tenere presenti per poter utilizzare i dati.

<u>Il ruolo delle strutture residenziali nel futuro dei servizi socio-sanitari</u>

Dott. Ivan Mazzoleni, Direttore Socio Sanitario – ASST Sette Laghi

É importante fornire alcune informazioni sul contesto: Regione Lombardia. Il sistema sanitario regionale risulta essere pari a 19,20 miliardi di euro, così distributi:



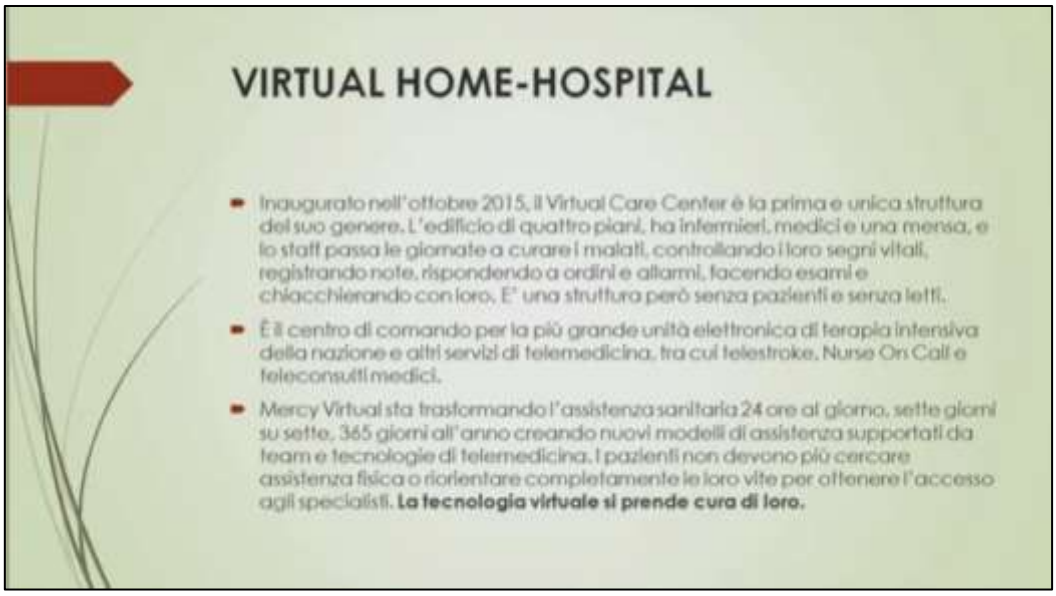
La parte prevista per le RSA da un certo punto di vista è molto ridotta. In particolare in Lombardia si contano 709 RSA, 8% pubbliche e 92% private. L'8% delle stesse inoltre si sono trasformate in aziende di servizi alla persona. In totale parliamo di circa 65000 posti letto abilitati, di cui 62000 accreditati che garantiscono standard gestionali più elevati e 57500 cotrattualizzati. Le famiglie spendono 1,6 milairdi di euro di rette perché il sistema non finanzia il 50% ma calcola il costo medio in giornata e eroga tramite 8 classi SOSIA (circa 43€ al giorno a fronte di una spesa complessiva che supera i 100€ al giorno, differenza a carico delle famiglie).

Intervento che si sviluppa quindi sul contesto di RL basandosi su 3 assi fondamentali: risorse e capacità produttiva, risposta ai bisogni e strumenti, osservazioni sul PNRR.

La Pandemia ha mostrato il fallimento del modello residenziale? Questo è quello che viene messo in mostra ma così non è. Nello specifico, rispetto a:

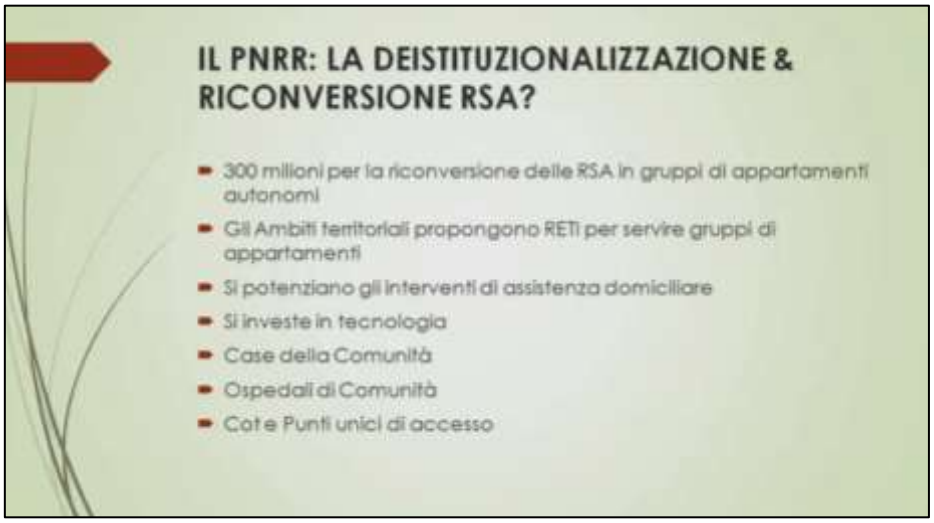
- RISORSE E CAPACITÀ PRODUTTIVA: il sistema Italia ha sempre attivato una logica di trasferimento monetaria alle famiglie in luogo di distrubuzione di servizi, non di erogazione. Primo tema che dobbiamo affrontare se vogliamo parlare delle residenze sanitarie anche perché è connesso al tema della sostenibilità. Negli ultimi anni tra l'altro il sistema ha spostato l'asse dei servizi su quelli socio-sanitari a scapito di quelli sociali e socio-assistenziali. L'offerta domiciliare oggi inoltre non è una risposta, l'ADI in Lombardia è un sistema di transitional care e sviluppa prestazioni di contenuto sanitario e non socio-assistenziale, gestito inoltre secondo un sistema di accreditamento di privati, non direttamente da ASST. In assenza di una filiera di presa in carico istituzionale, quindi, le famiglie si arrangiano da sole, spendendo almeno 7 miliardi e usando risorse monetarie per pagare un sistema di assistenza domiciliare.
- RISPONDERE AI BISOGNI E CON QUALI STRUMENTI: per rispondere alla domanda relativa a quali strumenti è possibile utilizzare per rispondere ai bisogni occorre focalizzarsi su quest'ultimi e avere un elemento che ci guida, ovvero l'approccio life course. La risposta non può arrivare all'ultimo minuto, quando una persona che fino a quel momento era fuori dal radar del sistema inizia ad aver bisogno di un posto in RSA. Cosa quindi è possibile fare?
  1- Occorre segmentare i destinatari. Non siamo tutti uguali, c'è la nescessità di effettuare diagnosi che permettano di personalizzare i percorsi che proponiamo. Sarebbe opportuno usare logiche di health population management applicato ai servizi residenziali, non possiamo offrire tutto a tutti. Dobbiamo segmentare.
  Bisogna quindi sviluppare un modello integrato di cura del paziente, ad esempio di quello con demenza, per garantire un ecosistema dei percorsi, così come delinato dal seguente modello:

  2- Bisogna passare dalle reti di assistenza a logiche di community building per coinvolgere la comunità nelle logiche che la riguardano e sperimentando forme di partecipazione attiva.
  3- Intendere le RSA come luoghi di vita
  4- Considerare il tema del virtual home-hospital: sarebbe auspicabile che ci fosse un centro sul territorio che supporta gli operatori che stanno nelle strutture, stessa cosa può essere fatta a sostegno delle strutture e a casa. La logica Virtual home integra le competenze delle strutture.



5- Considerare il tema del personal budget: se usiamo una logica in cui il sistema trasferisce soldi rimaniamo nella situazione in cui oggi ci troviamo. Possiamo però lavorare su due differenti prospettive: integrare le risorse che le famiglie mettono con le risorse pubbliche e definire strumenti e capacità per monitorarle. Esso quindi diventerebbe un percorso verso un budget di salute, la soluzione non può essere tot euro per tot giornata di degenza ma istituire un budget per la salute della persona che la struttura prende in carico, verificabile con indicatori di esiti e performance di salute.

- PNRR: la missione 5 riguarda i temi dei servizi per anziani che però prevedono che le RSA vengano deistituzionalizzazione e riconvertite in appartamenti autonomi. Questa non è una prospettiva percorribile. Gli ambiti territoriali dovrebbero proporre reti per servire gruppi di appartamenti. RL
  Si potenziano interventi di cura e transizione e quindi non per le persone non autosuccienti. Si investe in tecnologia ma occorrerebbero degli esperti di settore per fare questo. Si inserisce poi il tema delle case e degli ospedali di comunità che ricevono 1/2 milioni e mezzo di finanziamento. Prima o poi diranno quali saranno gli interventi, non sarebbe però opportuno costruire muri senza sapere quali contenuti poi inserirvi dentro.



SESSIONI PARALLELE 24.11 – RIASSUNTO DEI TEMI EMERSI

Che servizi e sostegni si potrebbero progettare per le persone attive utilizzando una logica di prevenzione e promozione della salute?
Sembrerebbe possibile considerare 4 direttrici:

1. Anziano come risorsa per se stesso e la comunità:
   - Necessità di comprendere i reali bisogni degli anziani
   - Anziani nei processi di co-progettazione e co-design dei servizi
   - Anziani come protagonisti delle azioni
   - Campagne di informazione/prevenzione
   - Proposte che vanno rivolte alla comunità e che devono prevedere l'inclusione degli anziani, non specifiche e dedicate per loro
   - Integrare prestazioni sociosanitarie con prevenzione
   - Individuare luoghi utili per gli anziani: scuole come luogo di integrazione
2. Elementi di rischio
3. Cultura dell'invecchiamento
   - Sviluppare indicatori che possano intercettare prima possibili patologie
   - Investire in cultura, promuovere hobby che stimolano la creatività/curiosità
   - Ridurre lo stigma degli anziani
4. Necessità di rivedere l'approccio metodologico, facendo sì che questo presenti le sguenti caratetristiche:
   - Anziani come soggetti attivit
   - Lavoro di comunità che possa ridurre lo stigma
   - Lavoro di rete
   - Servizi devono essere proattivi
   - Individuazione di buone pratiche con messa a sistema e valutazione

Occorre inoltre lavorare al fine di diminuire lo stigma e sviluppare campagne di informazione e formazione. Attezione inoltre al tema della rigenerazione urbana per creare luoghi in cui le persone si identificano e creano comunità. Occorre inoltre promuovere vicinanza tra bambini e anziani e azioni di integrazione tra prevenzione e prestazione socio-sanitaria.