



Il progetto “INCL Invecchiare bene”: un laboratorio per l’innovazione dei servizi agli anziani

di Chiara Agostini, Ester Bonomi, Chiara Lodi Rizzini, Alessandra Motta

Ricerca promossa da:



Il progetto “INCL Invecchiare bene”: un laboratorio per l’innovazione dei servizi agli anziani

di Chiara Agostini, Ester Bonomi, Chiara Lodi Rizzini, Alessandra Motta

Ricerca promossa da:



© Percorsi di secondo welfare 2023

ISBN: 9791280161277

Studi 2W

www.secondowelfare.it • info@secondowelfare.it

Milano, febbraio 2023

Le autrici

Chiara Agostini, dal 2014, è ricercatrice del Laboratorio Percorsi di Secondo welfare. Nel 2007, ha conseguito il titolo di dottore di ricerca in Sistemi Sociali, Organizzazioni e Analisi delle Politiche Pubbliche. Ha lavorato per cinque anni come assegnista di ricerca per l'Università di Roma La Sapienza, L'Università di Bologna e L'Università degli Studi di Milano e come ricercatrice presso l'*European Social Observatory* di Bruxelles. È stata *Visiting Scholar* presso l'*Institute of Governmental Studies*, Università della California – Berkeley. Negli anni si è sempre occupata di politiche di welfare. Il suo percorso di ricerca è iniziato (con il dottorato) guardando alle trasformazioni promosse dalla Legge 328/2000 e al rapporto fra decentramento e welfare locale. Il filo conduttore di tutto il suo lavoro è l'attenzione ai sistemi di governance (sia multilivello che multistakeholder) e all'innovazione del welfare.

Ester Bonomi è ricercatrice junior per Percorsi di secondo welfare da settembre 2021. Dopo essersi laureata nel 2018 in Management Pubblico all'Università degli Studi di Milano, di cui è anche stata tutor, nel 2021 ha conseguito la laurea magistrale in Amministrazioni e Politiche Pubbliche presso il medesimo ateneo, con una tesi di ricerca sulle narrative inerenti alle politiche di work-life balance comparando Italia, Spagna e Regno Unito. I suoi interessi di ricerca riguardano l'innovazione sociale in tre principali ambiti: le politiche di conciliazione vita-lavoro, le politiche educative per il contrasto alle diseguaglianze e le politiche giovanili. Attualmente è PhD fellow all'Università degli Studi di Milano all'interno del dottorato Intersectoral Innovation.

Chiara Lodi Rizzini è ricercatrice presso il Laboratorio di Percorsi di Secondo welfare dal 2012. Ha conseguito nel 2022 il titolo di dottore di ricerca in Sociologia, Organizzazioni e Culture presso l'Università Cattolica di Milano, dove, nell'ambito del percorso su "Neo-mutualismo tra welfare, lavoro e pratiche di collaborazione", ha realizzato la tesi sulle trasformazioni dell'housing, focalizzandosi sull'abitare collaborativo. Si è laureata in Amministrazioni e Politiche Pubbliche presso l'Università degli Studi di Milano con una tesi sul reddito di base e sulle politiche di contrasto alla povertà. Si occupa principalmente di housing, povertà e innovazione del welfare locale, con particolare attenzione alle nuove forme di coinvolgimento di comunità e cittadini.

Alessandra Motta è ricercatrice junior del Laboratorio Percorsi di secondo welfare. Dopo aver conseguito la laurea triennale in Scienze Sociali per la Globalizzazione a Milano nel 2019, prosegue gli studi in Politiche e Servizi Sociali presso l'Università degli Studi di Torino, concludendo il percorso con una tesi dal titolo "Esistenze precarie. Come la precarietà lavorativa definisce la distanza tra realizzazioni e rappresentazioni dei giovani d'oggi", con l'intento di illustrare i modi in cui la precarietà lavorativa diventa anche precarietà esistenziale. Da giugno 2022, per Secondo Welfare, si occupa di progetti concernenti i temi dell'innovazione sociale nei sistemi di welfare locale. I suoi interessi di ricerca riguardano i metodi creativi di ricerca sociale, le politiche abitative e alimentari, le trasformazioni in atto delle famiglie e gli interventi di contrasto alla povertà e alle disuguaglianze sociali.

Indice

Executive Summary	5
Introduzione	11
1. Gli obiettivi del progetto e il modello di intervento individuato	14
2. Dimensioni di analisi e metodologia della ricerca valutativa	16
2.1. Impatti diretti	16
2.2. Impatti indiretti	18
3. La valutazione degli impatti diretti	20
3.1. L'analisi delle schede di monitoraggio	20
3.2. L'analisi dei questionari	32
3.3. Le best practice	40
3.4. Quale impatto sugli anziani? Riflessioni di sintesi	46
4. Gli esiti della valutazione degli impatti indiretti	50
4.1. Nuovi servizi per un nuovo target di intervento	50
4.2. Il modello GIPIC e l'impatto di INCL sugli operatori	55
4.3. Il miglioramento dei servizi agli anziani	54
4.4. L'impatto sul territorio	56
4.5. Quale impatto sugli operatori, sui servizi e sul territorio? Riflessioni di sintesi	60
5. Conclusioni	62
Riferimenti bibliografici	65
Elenco acronimi utilizzati	67

Executive Summary

Obiettivi del rapporto

- Il presente rapporto è l'esito della **valutazione del modello di intervento sperimentato** (tra giugno 2021 e settembre 2022) con il **progetto "INCL - Invecchiare bene"**, nel territorio della **Comunità Montana Valli del Monviso**.
- La valutazione ha permesso di collocare il progetto nel quadro dell'**innovazione del welfare locale** e ha riguardato sia gli **impatti diretti**, cioè sugli anziani, sia quelli **indiretti**, ovvero sugli operatori e sui loro enti, sui servizi e sul territorio. Per analizzare tali impatti sono stati utilizzati metodi qualitativi (analisi documentale, interviste e focus group) e quantitativi (questionario e analisi di dati secondari).

Il progetto INCL - Invecchiare bene

- Il progetto (finanziato dal **Fondo Europeo di Sviluppo Regionale - FESR**, Programma Interreg Alcotra 2014-2020, facente parte dal Piano Integrato Territoriale PITER Terres Monviso) si è rivolto ad **anziani residenti in territorio montano** la cui permanenza al domicilio, e conseguentemente la possibilità di invecchiare bene, è particolarmente **a rischio a causa di patologie croniche e condizioni di isolamento e solitudine**.
- INCL ha perseguito tre **obiettivi** principali: 1) **implementare una modalità innovativa di presa in carico** delle persone anziane con fragilità non conclamata e un quadro clinico non grave; 2) **sperimentare**, per un numero ridotto rispetto al target precedente, **tale presa in carico anche per alcuni anziani con un quadro clinico più grave** già seguiti dai servizi sociali o sanitari; 3) **coinvolgere la comunità** nell'individuazione dei bisogni e nella predisposizione delle possibili risposte.
- Punto cardine nell'implementazione del progetto è stata la creazione delle **équipe GIPIC** (Gruppi Integrati di Presa In Carico). I GIPIC si compongono di diverse figure professionali: assistenti sociali, infermieri, operatori socio-sanitari ed educatori professionali che hanno collaborato in maniera sinergica. **I GIPIC si sono occupati di realizzare una presa in carico integrata** articolata in due fasi. Nel corso della prima sono stati valutati i bisogni dell'anziano ed è stato definito il progetto individuale. Durante la seconda sono invece stati implementati i servizi. Le attività realizzate con INCL si possono dividere in due principali categorie: quelle socio-sanitarie, che hanno riguardato specificamente i beneficiari presi in carico, e quelle educative, che non si sono rivolte solo agli anziani in carico, ma alla collettività, da un lato, per contrastare la condizione di solitudine in cui molti anziani versano, e dall'altro, per attivare una potenziale rete territoriale che si prende cura dei più fragili, in un'ottica di **community building**.

La valutazione degli impatti diretti

- La valutazione degli impatti diretti ha indagato l'attuazione del progetto INCL e il suo impatto sugli anziani beneficiari con l'obiettivo di 1) descrivere **chi sono i partecipanti** al progetto; 2) presentare le **caratteristiche dei progetti** avviati; 3) raccogliere le esperienze degli anziani e degli operatori per indagare quanto il progetto è stato efficace rispetto agli **obiettivi preposti e il gradimento da parte dei beneficiari**; 4) individuare **fattori facilitanti e ostacolanti** il suo successo.
- I dati per la valutazione degli impatti diretti sono stati raccolti attraverso: a) **le schede di monitoraggio** compilate trimestralmente dagli operatori per ciascuno dei 61 anziani coinvolti nella progettualità; b) **un questionario online** finalizzato a raccogliere dati sulle dimensioni di analisi e somministrato agli operatori che hanno seguito i singoli progetti; c) **6 interviste in profondità** ai casi di "best practice", volte ad approfondire i fattori che hanno facilitato il successo dell'intervento.
- **Il quadro clinico infermieristico riflette i target di progetto:** persone in condizioni di fragilità non conclamata e un quadro clinico non grave. I beneficiari del progetto INCL non presentano problemi economici, ma problemi di solitudine e bisogni legati alla parziale perdita della propria autonomia.
- **L'obiettivo più frequentemente individuato è stato il mantenimento dell'autonomia**, indicato per 49 beneficiari, seguito dal monitoraggio della salute, 39 beneficiari; il contrasto alla solitudine, 35; il mantenimento dell'igiene della persona e della sua abitazione, 28; i servizi di trasporto per visite, 15; l'aiuto per la spesa, 14 beneficiari.
- **Per 55 beneficiari su 61 sono stati previsti interventi con il coinvolgimento dell'ASL.** La quasi totalità, 54, prevede il monitoraggio delle condizioni cliniche; segue il servizio prelievo, 44, e la somministrazione di terapie, 22. **Gli interventi che hanno riguardato il servizio sociale sono stati previsti per 49 anziani.** Le attività più diffuse sono state aiuto nella spesa (24 casi), igiene della persona e dell'abitazione (24), servizi di trasporto (22), supporto *caregiver* (18). **Gli interventi con il coinvolgimento della comunità locale sono stati previsti per 33 anziani**, poco più della metà. Il coinvolgimento della comunità locale è avvenuto perlopiù nelle attività di socializzazione, 29 casi, e nel servizio domiciliare, 14 casi.
- **Confrontando le 3 aree, emerge che gli interventi più diffusi sono stati quelli che hanno coinvolto l'ASL (55), seguiti da Servizi sociali (49) e comunità locale (33). Tuttavia, sociale e comunitario sono gli ambiti in cui sono state investite più ore per beneficiario.** Infatti, per il 45% dei progetti che hanno previsto il coinvolgimento dell'ASL è stata indicata meno di un'ora al mese - a cui si somma un 11% di interventi al bisogno. Al contrario, le attività che hanno coinvolto servizio sociale e comunità locale hanno previsto nel 67% dei casi più di un'ora al mese.

- Per quanto riguarda la **salute e il benessere personale**, il progetto ha raggiunto complessivamente **risultati molto buoni**, in particolare rispetto all'obiettivo di "favorire un utilizzo corretto di procedure terapeutiche" (es. assunzione farmaci). Le attività e i servizi che riguardano la sfera della salute sono stati i più apprezzati dagli anziani. Questo è confermato anche dalle interviste, da cui è emerso come soprattutto l'aiuto nella preparazione dei farmaci abbia fatto sentire gli anziani "più sicuri".
- La **sfera delle capacità relazionali e della socialità** è invece controversa, **rappresentando al tempo stesso l'opportunità e la criticità principale del progetto** – per quanto l'esperienza sia complessivamente positiva. Guardando alle condizioni personali, sembra che i giudizi più critici siano stati espressi dalle persone con buona o completa autonomia. Tra le criticità è emersa, in 26 casi (la metà), la riluttanza a partecipare alle attività aggregative/di socializzazione e a uscire di casa (20 casi). Le interviste hanno poi evidenziato la volontà degli anziani di tutelare la propria indipendenza. Nel complesso queste attività e servizi sono comunque stati apprezzati e ritenuti utili. Alla domanda "quale servizi/attività andrebbero potenziati?" oltre la metà degli anziani ha infatti risposto indicando le attività aggregative e di socializzazione.
- Per quanto riguarda l'**abitazione**, l'obiettivo di creare un ambiente domestico più confortevole e sicuro non è stato raggiunto, o è stato poco raggiunto, nel 38% dei casi, mentre quello di promuovere un'igiene adeguata dell'abitazione non è stato raggiunto, o è stato poco raggiunto, nel 46%; le attività/servizi di igiene dell'abitazione sono stati poco apprezzati dal 48% dei rispondenti, quasi la metà. Questo si può spiegare tenendo conto: 1) della **difficoltà degli anziani a farsi supportare da estranei** nella cura personale e dell'abitazione; 2) del fatto che, a causa del basso numero di operatori disponibili, il servizio di pulizia è fornito solo quando il beneficiario non dispone di altre soluzioni; 3) dell'**obsolescenza delle abitazioni** per cui rendere l'ambiente più confortevole e sicuro richiederebbe anche interventi strutturali.
- Nella sfera "**Vita quotidiana**", il progetto ha ottenuto ottimi risultati rispetto all'obiettivo di facilitare il disbrigo di pratiche/commissioni/spesa e piuttosto buoni con riferimento alla facilitazione degli spostamenti fuori casa. Molto apprezzato è stato anche il servizio di spesa/fornitura pasti.
- Sebbene il dato possa essere condizionato dal fatto che gli operatori hanno effettuato la valutazione, **con riferimento alla sfera dei rapporti con i Servizi Territoriali**, il progetto ha **raggiunto ottimi risultati** sia nel miglioramento della fiducia da parte degli anziani verso gli operatori sia nell'orientamento dell'anziano rispetto ai servizi disponibili sul territorio.
- Il progetto ha adottato **una prospettiva multisettoriale e volta a promuovere l'integrazione sociosanitaria**, sia in relazione agli obiettivi degli interventi che ai professionisti coinvolti. La maggior parte dei progetti ha previsto inoltre l'integrazione di servizi sociali, sanitari e di comunità

o almeno di due di essi. In misura molto minore, sono stati previsti interventi solo sanitari o solo sociali. La complessità che deriva dalla multisettorialità è stata gestita adeguatamente: difficoltà nel coordinamento tra gli operatori coinvolti sono infatti state segnalate in un solo caso.

- **Due necessità** sono emerse: **potenziare le risorse umane**, incrementando il numero di operatori e volontari coinvolti (relativamente a questi ultimi si segnala anche la necessità di rafforzarne le competenze); **migliorare il coinvolgimento delle comunità**, così da realizzare un welfare di prossimità che consenta di allargare la rete di “chi si prende cura” dei più fragili.

La valutazione degli impatti indiretti

- La **valutazione degli impatti indiretti** ha indagato in che modo il progetto INCL abbia promosso l'**innovazione dei servizi rivolti agli anziani**. L'analisi si è concentrata sui seguenti aspetti: 1) le **caratteristiche dei servizi** che il modello INCL mirava a realizzare a fronte di un target sostanzialmente nuovo, ossia gli anziani in condizioni di fragilità ma con un quadro clinico non grave; 2) il **modello di intervento** previsto per la realizzazione di questi servizi e se e come la sua adozione ha impattato **sulle modalità di lavoro degli operatori**; 3) il **miglioramento dei servizi** generato da INCL; 4) le **sue ricadute sul territorio di intervento**.
- La valutazione è stata realizzata a partire dallo **studio della documentazione di progetto** (fornita dal committente) e ricorrendo a tecniche di ricerca qualitativa quali **interviste in profondità** e **focus group**. Le interviste hanno visto il coinvolgimento dei membri del comitato tecnico di progetto, mentre i focus group si sono rivolti alle sei équipes GIPIC afferenti alle valli in cui è stato sperimentato il progetto.
- INCL ha promosso un'**innovazione rispetto al target di utenza**, che ha riguardato **anziani con fragilità non conclamate e un quadro clinico non grave**, associando una **presa in carico integrata sui fronti sociale, sanitario e di comunità**.
- Nel territorio di intervento l'integrazione sociosanitaria era già implementata (soprattutto nel caso degli anziani non autosufficienti). Grazie alla realizzazione delle **attività di animazione territoriale e domiciliare** promossa da INCL, l'integrazione ha riguardato anche la comunità. Tali attività sono state realizzate attraverso il coinvolgimento degli **educatori professionali nelle équipes** e, in alcuni casi, alla disponibilità di **volontari**.
- Gli educatori hanno lavorato in stretta collaborazione con gli operatori socio-sanitari, elaborando proposte che hanno consentito di **rispondere non solo ai bisogni manifesti, ma anche a quelli latenti**, svolgendo un'**importante azione preventiva**. In una prospettiva di **community building**, queste azioni **hanno coinvolto spesso anche gli anziani del territorio (non in carico a INCL)**, disponibili e desiderosi di organizzare e condurre attività all'insegna della socialità, con il supporto del personale competente.

- Questa stessa innovazione non sarebbe stata possibile senza **la costituzione dei GIPIC**. Il lavoro in équipe ha rappresentato un'esperienza di grande valore per molteplici ragioni: in primo luogo, lo scambio con professionisti provenienti da altri contesti ha promosso una **riflessione critica sulle proprie modalità operative**, in un'ottica di apprendimento. In secondo luogo, la sinergia tra operatori e operatrici ha consentito di avere una **sguardo olistico sulla condizione degli anziani, facendo emergere bisogni sommersi e rendendo meno onerosa emotivamente la presa in carico** (sia per gli anziani che per gli operatori).
- Nonostante la modalità di lavoro attraverso i GIPIC abbia avuto numerose ricadute positive, l'analisi ha evidenziato anche due elementi di debolezza. Il primo riguarda **l'onere "burocratico"** connesso al lavoro di équipe e relativo alla compilazione di schede di valutazione sulla condizione (sociale e sanitaria) dell'anziano, che è stato percepito come gravoso e inefficace rispetto alla necessità di individuare eventuali miglioramenti. Il secondo fa riferimento all'**assenza dei volontari nei GIPIC**, che è stata descritta come problematica, non solo in termini di supporto alle attività di animazione, ma anche in prospettiva di sostenibilità del progetto.
- Il lavoro in équipe ha determinato un **miglioramento della qualità dei servizi erogati** sul territorio non solo perché, come detto, ha permesso di adottare un approccio olistico al benessere della persona e di agire in ottica preventiva, ma anche perché ha consentito di **ridurre le tempistiche di intervento sulle persone**. Infatti, le visite domiciliari organizzate con la presenza simultanea di più professionisti hanno consentito di rispondere in maniera repentina alle domande di assistenza degli anziani e di alleggerire l'attività di monitoraggio sulle condizioni sociali e di salute, con la conseguenza positiva di offrire all'anziano anche un momento aggiuntivo di socialità.
- L'analisi ha permesso di evidenziare alcune **criticità rispetto all'implementazione dei servizi**, come la **mancata previsione**, nel budget di progetto, **di una quota destinata alle attività di servizio trasporti degli anziani**, che di fatto ha impegnato gli operatori e le operatrici per un quantitativo di ore superiore a quelle previste. Inoltre, **il budget del progetto non ha previsto la copertura dei costi in capo agli anziani per la partecipazione alle attività di animazione**, generando una disparità tra chi aveva la possibilità di sostenere quella spesa e chi no.
- **INCL ha avuto un impatto anche sulla rete territoriale, consolidandola dove era presente e contribuendo a costruirla dove non lo era**. Ciò è stato possibile in virtù della collaborazione con gli enti pubblici e privati del territorio e la società civile, grazie alla quale **gli operatori del progetto sono diventati un punto di riferimento per la collettività**. La presenza di queste sinergie, oltre a fungere da **stimolo per lo sviluppo di future iniziative** di collaborazione territoriale, **ha permesso agli anziani di percepire la presenza di una rete di supporto intorno a sé** che si prende cura dei suoi bisogni.
- Il progetto ha permesso di **raccontare all'esterno, e di rendere visibile alla collettività nel**

complesso, come operano concretamente i servizi territoriali. Gli operatori e le operatrici di INCL sono così diventati un riferimento non solo per chi manifesta dei bisogni, ma anche per chi intende progettare e implementare interventi rivolti alla promozione del benessere della comunità.

- **L'efficacia dell'impatto sulla rete territoriale,** tuttavia, è stata **fortemente condizionata dalle peculiarità sociali e morfologiche di ciascuna valle** e, in particolare, dall'esistenza di un pregresso lavoro di rete. In particolare, nei territori in cui la rete era già presente, l'implementazione è stata agevole. Al contrario, nei territori in cui prima di INCL non era stato avviato un lavoro di *networking*, i risultati sono stati differenti. In particolare, **in alcuni casi si è registrata una risposta positiva, mentre in altri le istituzioni e le realtà locali sono state reticenti a supportare il progetto e gli operatori dei GIPIC.**

Riflessioni conclusive

- **Il progetto INCL si inserisce in una famiglia di nuove iniziative centrate sulla promozione della domiciliarità e sull'adozione di un approccio multidimensionale e di prossimità.** Queste iniziative affrontano l'invecchiamento considerandolo non solo dal punto di vista di una migliore gestione di bisogni già conclamati, ma anche della prevenzione del rischio grazie a una tempestiva identificazione e presa in carico dei soggetti fragili.
- Nel quadro di INCL, i servizi proposti sono intervenuti sulla promozione della salute e dell'autonomia in casa e fuori casa, sulla creazione di un ambiente domestico il più possibile "*elderly friendly*" e sul contrasto alla solitudine, tramite un supporto sanitario "leggero". In sintesi, **l'ottica è stata quella di cercare un approccio preventivo che consenta di invecchiare bene a casa propria,** nella direzione non solo di posticipare il più possibile l'ingresso in una struttura dedicata, ma facendo sì che la permanenza in abitazione costituisca un fattore che consente di mantenere una vita indipendente e di qualità.
- **La modalità innovativa di presa in carico è stata resa possibile da due fattori.** Il primo è dato dalla costituzione **delle équipes GIPIC,** che non hanno integrato solo la dimensione sociale e sanitaria, ma anche quella di comunità. Il lavoro in équipes ha costituito un'esperienza di grande valore per gli operatori perché il confronto, come detto, oltre a favorire un approccio olistico, ha consentito di apprendere e migliorare il proprio lavoro. Il secondo consiste nel **passaggio da un welfare tradizionale e di "attesa" (rispetto alle richieste degli utenti) a un welfare di iniziativa:** anche grazie alle attività aggregative che hanno coinvolto la comunità (in una logica di *community building*). Questo passaggio è stato sostenuto dal fatto che, in buona parte dei territori, INCL ha saputo individuare il proprio target di riferimento, studiarne i bisogni e le necessità e, in base a essi, delineare i servizi da mettere in campo.

Introduzione

Il presente rapporto di ricerca si pone l'obiettivo di analizzare e valutare il modello di intervento sperimentato nell'ambito del progetto "INCL – Invecchiare bene", attuato tra giugno 2021 e settembre 2022 grazie a un partenariato guidato dal Consorzio Monviso Solidale (CMS) in collaborazione con l'ASL CN 1 e il Consorzio Socio-Assistenziale del Cuneese. Il progetto "INCL - Bien Vieillir / Invecchiare Bene" fa parte del Piano Integrato Territoriale PITER Terres Monviso ed è finanziato dal Fondo Europeo di Sviluppo Regionale (FESR), Programma Interreg Alcotra 2014-2020. Coinvolge un territorio che comprende (in Italia) la Comunità Montana Valli del Monviso (Varaita, Po-Bronda e Infernotto) insieme alle tre Unioni Montane di Valle Grana, Valle Maira e Valle Stura, e in Francia le Comunità dei Comuni del Guillestrois - Queyras, Serre - Ponçon e Ubaye - Serre - Ponçon.

Il progetto si è rivolto a persone, in particolare anziani, residenti in territorio montano la cui permanenza al domicilio e conseguentemente la possibilità di invecchiare bene è particolarmente a rischio a causa di problemi di salute (patologie croniche) e condizioni di isolamento e solitudine. Se i processi di deterioramento fisico e cognitivo unitamente al sentimento di solitudine sono tipici dell'invecchiamento, la situazione è qui aggravata dal particolare contesto in cui questi anziani abitano: paesi poco popolosi, lontano da grandi centri e ad essi mal o per nulla collegati, con la conseguente difficoltà ad accedere ai servizi (sanitari e commerciali *in primis*).

L'obiettivo principale del progetto è stato quello di favorire la permanenza e il mantenimento dell'autonomia degli anziani fragili lavorando soprattutto su due aspetti. Il primo ha riguardato la predisposizione di interventi specificamente tarati sul target prioritario del progetto, che è appunto quello degli anziani fragili, ossia anziani "autonomi" nell'ambiente domestico ma non fuori casa, e che necessitano quindi di essere supportati per favorirne socialità e mobilità (Maino e De Tommaso 2021). Il secondo è consistito nell'innovazione del modello di presa in carico territoriale attraverso la messa in campo di interventi intersettoriali (che coinvolgono quindi più settori di policy) e multidimensionali (che mirano a intervenire contemporaneamente su i diversi bisogni di cui gli anziani sono portatori) e il coinvolgimento delle comunità locali, nell'ottica del *community building* (Zazzera 2021).

Rispetto all'attuale dibattito sui servizi agli anziani e all'invecchiamento, il progetto presenta almeno due punti di interesse. Il primo è quello del target e della relativa specificità di bisogni e servizi. Il dibattito attuale vede infatti una crescente consapevolezza di come la popolazione anziana sia profondamente diversificata al suo interno e di come le necessità degli anziani varino al crescere dell'età e al verificarsi di complicanze fisiche, cognitive e psichiche. Non tutti gli anziani si trovano infatti in condizioni di non autosufficienza e sono destinatari passivi dei servizi: alcuni di essi partecipano attivamente alla vita sociale e rappresentano una risorsa per l'intera comunità.

Il passaggio dalla vita attiva alla non autosufficienza attraversa fasi diverse caratterizzate da una crescente fragilità, in larga parte connessa anche alla condizione di solitudine a cui sono sempre più esposti gli anziani (Maino e De Tommaso 2021). Il ruolo del welfare locale diventa dunque quello di accompagnare gli anziani dalla vita attiva alla condizione di non autosufficienza. Si tratta quindi di affiancare agli interventi riparativi (che mirano a offrire risposta a bisogni manifesti) non solo interventi preventivi (che mirano a posporre il più possibile la fase di non autosufficienza), ma anche interventi “di prossimità” basati su servizi “leggeri” che vanno oltre la prevenzione e guardano al benessere degli anziani nel loro complesso. Questo terzo tipo di azioni si pone in linea con le più recenti trasformazioni del welfare locale, che sempre più spesso vedono la promozione di un modello variamente definito come “di prossimità”, “di comunità”, “generativo”, “capacitante”. Ciò che accomuna queste definizioni è la centralità della comunità e l’idea che i territori siano dei sistemi in cui gli attori di “primo welfare” (gli enti pubblici) concorrono con quelli di “secondo welfare” (terzo settore, enti profit e non profit, ma anche semplici cittadini) alla produzione di interventi volti non solo a rispondere e a prevenire bisogni, ma anche a promuovere il benessere in senso più ampio. In altre parole, pensando agli anziani, è necessario affiancare alla cura e all’assistenza interventi preventivi e attività che possano favorire la mobilità e la socialità, l’autonomia dentro e fuori casa, con l’obiettivo di ritardare il più possibile il decadimento fisico e cognitivo. Il raggiungimento di questo obiettivo richiede di individuare chiaramente la molteplicità dei bisogni dei singoli anziani e di mettere in campo interventi specifici e necessariamente multidimensionali.

Il secondo elemento di interesse è quello del *community building*, orientamento per il quale i soggetti facenti parte di una comunità si impegnano a operare congiuntamente nel processo di evoluzione della comunità stessa (Walter e Hyde 2012). Orientamento fondamentale per applicare la logica di interventi sopra descritti. La logica propria del *community building* si propone infatti di sperimentare forme di partecipazione attiva di attori di natura diversa (enti pubblici, privati, singoli cittadini) con l’obiettivo di innovare le politiche pubbliche e favorire processi collettivi, attraverso forme innovative di partecipazione delle comunità locali. Questo permette la costituzione di percorsi “strutturati” di *empowerment* di comunità, che mirano a rifondare legami di fiducia, di condivisione, di assunzione di un’ottica di comunità che va oltre l’interesse individuale; producono un rafforzamento della capacità dei residenti, delle associazioni e delle organizzazioni (private e pubbliche) di promuovere un cambiamento positivo tramite la creazione di legami sociali tra le persone; fanno leva su meccanismi spontanei di aggregazione e mutuo riconoscimento (vicinato, utenti di uno stesso servizio, frequentatori abituali di uno stesso luogo, partecipazione ad associazioni, ecc.), e si basano sull’adozione di comportamenti collettivi ispirati alla reciproca responsabilità (Berloto e Longo 2021; Longo e Maino 2021) .

In questo quadro il rapporto mira non solo a valutare gli impatti del progetto ma anche a collocare la

progettualità INCL nel quadro dell'innovazione del welfare locale. Il rapporto è articolato in cinque sezioni. La prima presenta brevemente contenuti e articolazione del progetto. La seconda illustra gli obiettivi, le dimensioni di analisi e la metodologia della ricerca. La terza si concentra sull'analisi degli "impatti diretti", ovvero che riguardano la condizione degli anziani. La quarta sugli "impatti indiretti" che interessano gli operatori e i loro enti, i servizi e il territorio. Il rapporto si chiude con delle riflessioni conclusive. Alla fine del testo è disponibile un elenco degli acronimi utilizzati.

1. Gli obiettivi del progetto e il modello di intervento individuato

Il progetto INCL, avviato a giugno 2021, si è rivolto ad anziani, residenti in territorio montano la cui permanenza al domicilio e conseguentemente la possibilità di invecchiare bene era particolarmente a rischio a causa di problemi di salute e condizioni di isolamento territoriale e relazionale. Il progetto ha perseguito principalmente tre obiettivi: 1) implementare una modalità innovativa di presa in carico delle persone anziane con fragilità non conclamata e un quadro clinico non grave; 2) sperimentare, pur se per un numero ridotto rispetto al target precedente, tale presa in carico anche per alcuni anziani con un quadro clinico più grave già seguiti dai servizi sociali o sanitari; 3) coinvolgere la comunità nell'individuazione dei bisogni e nella predisposizione delle possibili risposte. Per l'individuazione del modello idoneo al raggiungimento di tali obiettivi, l'implementazione del progetto è stata preceduta dalla realizzazione di un percorso di accompagnamento (durato circa sei mesi e condotto con il supporto di un consulente esterno¹) che ha portato a individuare nei Gruppi Integrati di Presa In Carico (équipe GIPIC) lo strumento più idoneo per realizzare la presa in carico degli anziani. I GIPIC si compongono di diverse figure professionali: assistenti sociali, infermieri, operatori socio-sanitari, educatori professionali. INCL ha previsto la costituzione di un GIPIC per ciascun territorio interessato dal progetto, per un numero complessivo di sei équipe, di cui tre attive sul territorio del cuneese e tre sul territorio del saluzzese. Ogni GIPIC si è incontrato mediamente ogni tre settimane per lo svolgimento delle sue attività. Inoltre, sono stati realizzati degli incontri tra GIPIC (i cosiddetti incontri intervallivi) per promuovere il confronto fra gli operatori sulle buone pratiche e per seguire specifiche attività formative dedicate, ad esempio, alla gestione delle problematiche sanitarie, alle competenze necessarie per lavorare in équipe multidisciplinari; all'umorismo come strategia per facilitare il dialogo con la persona anziana.

La presa in carico da parte delle équipe si è articolata in due fasi. La prima, realizzata nel periodo compreso fra luglio e settembre 2021, ha riguardato la definizione dei "progetti individuali" e ha previsto una serie di attività riguardanti:

- a)** la valutazione dei bisogni dell'anziano e la ricognizione dei servizi/attività di cui già usufruiva nel territorio. Questa attività è stata realizzata con l'ausilio di una scheda iniziale di valutazione che l'équipe doveva compilare in maniera collaborativa in ragione della presenza di quesiti di natura sociale e sanitaria (nello specifico il quadro infermieristico e clinico; valutazione di presa in carico infermieristica; quadro sociale; valutazione di presa in carico sociale);

1. Il percorso è stato realizzato dall'impresa Chitana s.r.l. che opera nell'ambito della pianificazione locale, accompagnando lo sviluppo delle iniziative progettuali.

- b)** l'individuazione delle figure professionali coinvolgibili nel progetto individuale, ossia un coordinatore per gli interventi integrati, gli incontri di équipe e di monitoraggio periodico; un *case manager* che gestisse il progetto individuale e individuato come professionista di riferimento per la persona assistita;
- c)** l'individuazione degli obiettivi dei progetti individuali, che hanno riguardato: 1) la promozione della salute e del benessere personale; 2) la promozione delle capacità relazionali e della socialità; 3) la creazione di un ambiente domestico pulito e sicuro; 4) la facilitazione dell'autonomia nella vita quotidiana; 5) il miglioramento del rapporto coi Servizi Territoriali;
- d)** la definizione dei servizi e della attività da realizzare, che dovevano contemplare la partecipazione dei tre ambiti (sanitario, sociale, comunità locale), e i relativi tempi di realizzazione (massimo 9-12 mesi). In questa fase si è proceduto anche a mappare le risorse, i servizi e i luoghi in cui sviluppare il progetto, così da mettere a fuoco le opportunità disponibili. Nell'individuazione dei progetti in alcuni casi si è data continuità a interventi pregressi, che avevano già promosso la costruzione di una rete territoriale. In altri, invece, si è partiti da zero;
- e)** l'individuazione degli indicatori utili a verificare il soddisfacimento degli obiettivi dichiarati (selezionato entro un *setting* predeterminato e condiviso).

La seconda fase, realizzata tra settembre 2021 e settembre 2022, ha invece riguardato l'implementazione del progetto e la realizzazione dei servizi e delle attività previste dai progetti individuali. Tali attività e servizi (dettagliatamente analizzati nella sezione 3) hanno riguardato, ad esempio, il mantenimento della mobilità; il monitoraggio dello stato di salute; il sostegno alla corretta assunzione dei farmaci e il corretto utilizzo di apparecchi medicali, l'igiene personale e dell'abitazione, la spesa e la fornitura dei pasti, i trasporti e l'orientamento ai servizi disponibili nel territorio. Inoltre, il progetto INCL ha previsto una serie di attività aggregative e di socializzazione realizzate grazie all'intervento degli educatori professionali. Tali attività non si sono rivolte solo agli anziani in carico, ma alla collettività: da un lato, per contrastare la condizione di solitudine in cui molti anziani versano, dall'altro, per attivare una potenziale rete territoriale in grado di prendersi cura dei più fragili, in questo caso gli anziani. Nel concreto queste attività hanno riguardato, ad esempio, pranzi comunitari, merende, serate musicali con balli, gite fuori porta, laboratori artistici e fotografici, lettura a domicilio, attività laboratoriali educative. L'animazione territoriale (e, in misura minore, domiciliare) ha richiesto una significativa opera di cooperazione con i consorzi, le amministrazioni, le associazioni di volontariato, il Terzo Settore e i singoli cittadini. Anche l'ASL ha chiesto di partecipare agli incontri di programmazione delle attività di animazione territoriale, così da associare alle attività aggregative anche dei momenti di prevenzione sanitaria, come le "Pillole di educazione alla salute", occasioni di educazione alla salute gestite dall'ASL e basate su una modalità ludica di apprendimento.

2. Dimensioni di analisi e metodologia della ricerca valutativa

Il rapporto (si veda l'Introduzione) si pone l'obiettivo di valutare l'impatto del modello di intervento sperimentato nell'ambito del progetto "INCL – Invecchiare bene". L'analisi ha riguardato sia gli "impatti diretti" ovvero quelli che hanno interessato gli anziani, sia gli "impatti indiretti" che hanno riguardato i servizi e gli operatori coinvolti nella loro implementazione.

2.1. Impatti diretti

La valutazione degli impatti diretti mira a indagare gli esiti del progetto INCL sugli anziani beneficiari. Gli obiettivi di questa parte dell'analisi sono: 1) descrivere chi sono i partecipanti al progetto; 2) descrivere le caratteristiche dei progetti avviati; 3) raccogliere le esperienze degli anziani e degli operatori per indagare quanto il progetto è stato efficace in relazione agli obiettivi preposti e al gradimento da parte dei beneficiari; 4) individuare fattori facilitanti e ostacolanti il buon successo del progetto, così da poterlo migliorare.

L'analisi ha approfondito le seguenti dimensioni:

Dimensione 1. Le caratteristiche degli anziani beneficiari del progetto, al fine di comprendere chi sono gli anziani partecipanti e quali bisogni manifestano. Nello specifico, sono state prese in considerazione le caratteristiche socio-anagrafiche, il quadro infermieristico, clinico e sociale presente al momento dell'avvio del progetto e la conseguente valutazione di bisogno di presa in carico infermieristica e sociale.

Dimensione 2. I progetti individuali, per approfondire gli obiettivi degli interventi, le azioni previste e la composizione delle équipes di progetto.

Dimensione 3. L'efficacia del progetto, indagando in particolare il raggiungimento degli obiettivi prefissati e il gradimento da parte degli anziani (approfondendo, nello specifico, gli effetti sul mantenimento della salute dell'anziano; sulla qualità della sua vita; sull'*empowerment* personale e familiare; sui servizi ricevuti e sulla relazione instaurata con gli operatori e le operatrici).

Dimensione 4. Le difficoltà emerse e le attività e i servizi da potenziare. I dati sono stati raccolti attraverso: a) le schede di monitoraggio compilate trimestralmente dagli operatori per ciascuno dei 61 anziani coinvolti nella progettualità; b) un questionario online finalizzato a raccogliere dati sulle dimensioni di analisi e somministrato agli operatori che hanno seguito i singoli progetti; c) 6 interviste in profondità con casi di "*best practice*", volte ad approfondire i fattori che hanno facilitato il successo dell'intervento.

L'analisi delle schede di monitoraggio. Questa parte di analisi ha riguardato le schede di monitoraggio che i GIPIC hanno compilato per ogni beneficiario del progetto. Il monitoraggio prevedeva la compilazione trimestrale delle suddette schede; tuttavia, ogni Valle si è organizzata in modo autonomo (ad esempio in alcune Valli la compilazione è stata fatta ogni 6 mesi) e la maggior parte di esse ha monitorato, nel tempo, l'evoluzione delle sole scale di valutazione. Poiché però dai confronti avuti con alcuni responsabili è emerso che tali scale non avrebbero consentito di valutare adeguatamente gli effetti – soprattutto quelli sociali – si è deciso di limitarsi ad analizzare i dati al Tempo 0, per indagare le caratteristiche e i bisogni degli anziani beneficiari e come sono stati organizzati i progetti, e valutare invece il progetto attraverso la somministrazione di un questionario (cfr sotto).

Il questionario. La somministrazione del questionario ha interessato tutti i beneficiari i cui progetti erano ancora attivi al 7 settembre 2022. A differenza dell'analisi delle schede di monitoraggio, in questo caso non sono stati inclusi gli anziani che sono deceduti e quanti hanno chiuso il progetto anticipatamente. In totale sono stati compilati quindi 52 questionari. Sebbene l'oggetto del questionario sia il beneficiario, la valutazione (e relativa compilazione) è stata effettuata dagli operatori. Tale scelta mirava, da un lato, a compensare le difficoltà che avrebbero avuto gli anziani nell'auto-compilazione e, dall'altro, a valorizzare, la visione complessiva degli effetti del progetto che poteva essere offerta dagli operatori coinvolti nelle attività. Agli operatori è stato chiesto di esprimere un giudizio sugli effetti del progetto indipendentemente dalle condizioni psico-fisiche dell'anziana/o (ad esempio, potremmo avere casi in cui le condizioni sono peggiorate nel complesso per un decadimento psico-fisico ma per cui il progetto ha avuto comunque un effetto positivo). Per ogni beneficiario è stata compilata una sola scheda di valutazione, questo significa che per lo stesso anziano non era possibile inviare una scheda compilata (ad esempio) dall'operatore sociale e una compilata dall'infermiere, ma si doveva appunto inviare una scheda unica, ove necessario, coinvolgendo i diversi membri del GIPIC. Le risposte sono state registrate in forma anonima nel pieno rispetto della normativa sulla privacy. La somministrazione è stata realizzata nel periodo compreso fra il 7 e il 21 settembre 2022.

Le interviste. Per approfondire i fattori che hanno facilitato il successo dell'intervento e indagare quindi la capacità del progetto di incidere sulle dimensioni sopra indicate, la valutazione ha infine previsto la realizzazione di sei interviste in profondità (“*best practices*”). Le interviste hanno coinvolto sei donne e uomini anziani presi in carico dal progetto “INCL - Invecchiare bene”, segnalati dalle équipe GIPIC per il buon livello di partecipazione alle attività del progetto e perché in grado di raccontare la propria esperienza in maniera chiara ed esaustiva. Si è trattato di interviste semistrutturate la cui traccia ha seguito le dimensioni sopra indicate. Le interviste sono state realizzate in presenza il 5, 6

e 7 ottobre 2022, in un caso presso la sede fisica del Consorzio Monviso Solidale, in un altro presso l'ASL di Demonte, e nei casi restanti presso le abitazioni private delle persone intervistate.

2.2. Impatti indiretti

La valutazione degli impatti indiretti ha mirato a indagare in che modo il progetto INCL abbia promosso l'innovazione dei servizi rivolti agli anziani. L'innovazione è definita come nuove idee (che possono riguardare prodotti, servizi e modelli) che rispondono a esigenze sociali (in modo più efficace rispetto alle alternative disponibili) e allo stesso tempo creano nuove relazioni sociali e collaborazioni (Hubert 2010; Maino 2013, 2017). In linea con questa definizione di innovazione sociale l'analisi si è concentrata: 1) sulle caratteristiche dei servizi che il modello INCL mirava a mettere in campo a fronte di un target di utenza sostanzialmente nuovo (gli anziani fragili con un quadro clinico non grave); 2) il modello di intervento previsto per la realizzazione di questi servizi e le sue ricadute sugli operatori; 3) il miglioramento dei servizi generato da INCL; 4) l'impatto del progetto nel territorio di intervento. Di seguito si presentano sinteticamente queste quattro dimensioni di analisi.

Dimensione 1. Nuovi servizi per un nuovo target di intervento. Come detto (sezione 1), il progetto INCL mirava a predisporre servizi e interventi rivolti a persone in condizioni di fragilità non conclamata ma in condizione di isolamento territoriale (in ragione delle caratteristiche del territorio) e relazionale. In questo quadro, parte dell'analisi si è concentrata sul tipo di servizi messi in campo, tenendo conto che l'innovazione promossa da INCL è data dalla realizzazione di interventi multidimensionali che vanno oltre l'integrazione socio-sanitaria prevedendo anche l'integrazione con la comunità locale in un'ottica di *community building* (Walter e Hyde 2012; Zazzera 2021).

Dimensione 2. Le modalità operative: il modello GIPIC e le sue ricadute sugli operatori. Per realizzare interventi in grado di rispondere contemporaneamente ai diversi bisogni dell'anziano (sanitari, sociali e relazionali), il progetto INCL, come detto (sezione 1), ha previsto la costituzione di équipe multiprofessionali. L'analisi, oltre a concentrarsi sulle modalità di funzionamento di queste équipe, si è posta l'obiettivo di indagare in che modo tale modalità operativa abbia consentito agli operatori coinvolti di rafforzare le proprie competenze, non solo rispetto alla gestione dei casi ma anche con riferimento alla loro capacità di lavorare in rete.

Dimensione 3. Il miglioramento dei servizi agli anziani, partendo dal presupposto che la principale innovazione dei servizi promossa da INCL riguarda la messa in campo di interventi socio-educativi che affiancano quelli sanitari e sociali. L'obiettivo di questa parte dell'analisi è stato quello di indagare se e come le modalità di lavoro sperimentate attraverso il GIPIC abbiano contribuito a migliorare i servizi.

Dimensione 4. Il community building e le reti territoriali. La realizzazione delle attività di animazione territoriale costituisce un esempio di interventi che mirano a promuovere l'invecchiamento attivo (OMS 2002) facendo leva su meccanismi di solidarietà intra-generazionale (tra anziani) e sul *community building*. Interventi di questo tipo devono necessariamente poggiare su solide reti territoriali in grado di promuovere l'attivazione degli anziani e della comunità in una prospettiva di *empowerment* (Prati 2019). In ragione di questo, l'ultima dimensione di analisi approfondita è stata quella delle reti territoriali promosse da INCL e del lascito del progetto in termini di collaborazioni e relazioni fra i diversi soggetti che operano nel territorio.

La valutazione è stata realizzata a partire dall'analisi della documentazione di progetto (fornita dal committente) e facendo ricorso a metodi qualitativi quali interviste in profondità e focus group². Le interviste hanno visto il coinvolgimento dei membri del comitato tecnico di progetto, mentre i focus group si sono rivolti alle sei équipes GIPIC afferenti alle valli oggetto dell'intervento.

Le interviste con i membri della cabina di regia sono state realizzate a giugno 2022 tramite la piattaforma Zoom, mentre i focus group con i GIPIC (uno per ciascuna équipe) sono stati condotti in presenza il 13 e il 14 luglio 2022, rispettivamente presso la sede del Consorzio Socio-Assistenziale del Cuneese ubicata a Cuneo (per le Valli Stura, Grana e Maira) e presso la sede del Consorzio Monviso Solidale ubicata a Saluzzo (per le Valli Varaita, Po-Bronda, Infernotto). Ciascun focus group è durato circa due ore.

2. Il focus group è una tecnica qualitativa di rilevazione dati basata sulla discussione di gruppo su un tema o un argomento che il ricercatore necessita di indagare in profondità (Zammuner 2003). In altre parole, si tratta di un'intervista di gruppo che si basa sulla comunicazione tra partecipanti per generare e raccogliere dati e informazioni. L'idea è che tale processo possa aiutare le persone a esplorare e chiarire le proprie opinioni in modo più semplice di quanto non accada in un'intervista individuale (Kitzinger 1995).

3. La valutazione degli impatti diretti

La valutazione degli impatti diretti è stata realizzata attraverso l'analisi delle schede di monitoraggio compilate al momento dell'avvio dei progetti individuali, la somministrazione di un questionario e la realizzazione di sei interviste che hanno coinvolto gli anziani e alcune operatrici e infermiere coinvolte nel progetto, che hanno aiutato i beneficiari intervistati a dare un quadro più completo della loro situazione (vedi sezione 2.1). Di seguito si presentano le principali evidenze empiriche. Il paragrafo 3.1 raccoglie i risultati dell'analisi delle schede di monitoraggio; il 3.2 si concentra invece sui dati raccolti grazie alla somministrazione dei questionari di valutazione; il 3.3, infine, illustra le *best practice* approfondite con le interviste.

3.1. L'analisi delle schede di monitoraggio

Le schede di monitoraggio hanno consentito di analizzare le caratteristiche e i bisogni degli anziani presi in carico unitamente ai progetti che sono stati attivati per loro. Questa analisi si concentra dunque su sei macro-aree tematiche: 1) caratteristiche socio-anagrafiche degli anziani; 2) quadro infermieristico e clinico; 3) valutazione di bisogno di presa in carico infermieristica; 4) quadro sociale; 5) valutazione bisogno di presa in carico sociale; 6) progetti individuali.

3.1.1. Caratteristiche socio-anagrafiche degli anziani

L'analisi prende in considerazione tutti progetti che sono stati avviati al 30 giugno 2022, quindi complessivamente 61. Di essi, 54 erano attivi, 1 sospeso, 6 cessati (di cui 4 cessati a seguito di decesso dell'anziano). La maggior parte dei beneficiari, 15, abitano in Valle Grana; 12 in Valle Maira; 10 in Valle Stura; 9 in Valle Varaita; 8 in Valle Po Bronda; 7 in Valle Infernotto. 24 fanno dunque riferimento al Consorzio Monviso Solidale, 37 al CSAC (Figura 3.1).

I beneficiari del progetto sono in maggioranza donne, 36, mentre gli uomini sono 25. Il range di età va dai 60 ai 95 anni. La classe di età più numerosa è quella tra gli 80 e i 90 anni, dove troviamo 28 beneficiari, seguita da quella tra 70 e 80 anni, 19. Segue quella tra i 60 e i 70 anni, in cui troviamo 8 beneficiari, e infine quella degli ultranovantenni, 6 (Figura 3.2). 31 beneficiari, circa la metà, non hanno alcun *caregiver*, ovvero un familiare che occupa un ruolo informale di cura, supporto e di vicinanza e che si impegna nelle attività quotidiane di cura della persona.

Figura 3.1 - Anziani per GIPIC, monitoraggio

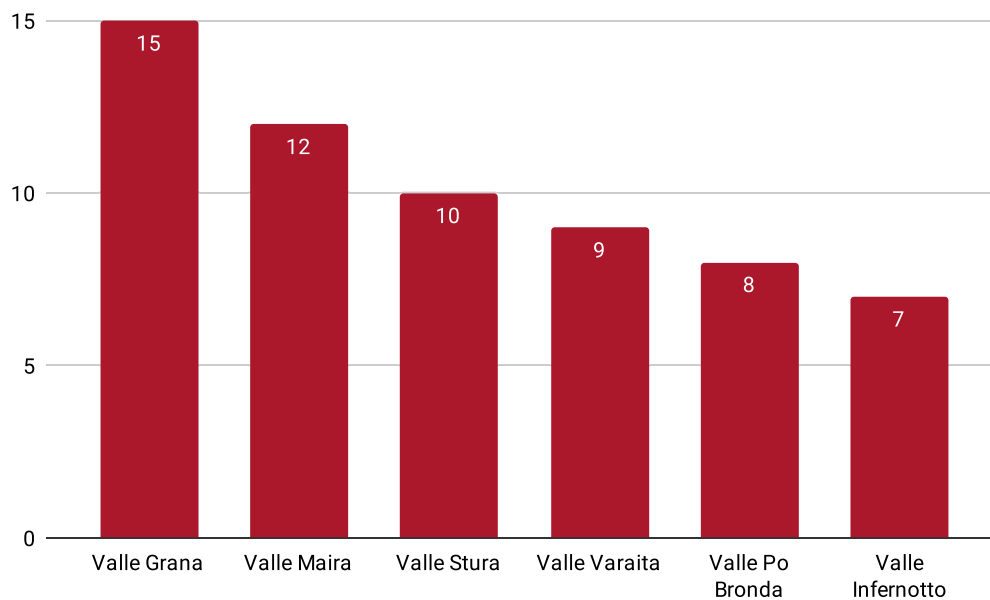
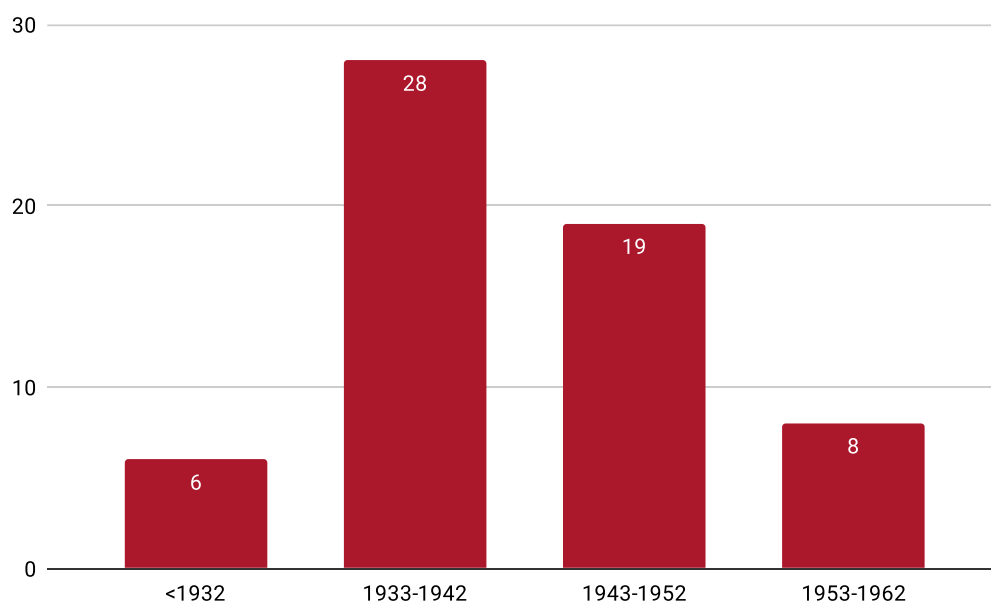


Figura 3.2 - Anziani per anno di nascita, monitoraggio



3.1.2. Quadro infermieristico e clinico

Il progetto INCL si è rivolto ad anziani fragili residenti in territorio montano la cui permanenza al domicilio e conseguentemente la possibilità di invecchiare bene è a rischio a causa di problemi di salute (patologie croniche) e condizioni di isolamento territoriale e relazionale. Il quadro clinico infermieristico riflette dunque i target prioritari di progetto: persone in condizioni di fragilità ma non conclamata e con un quadro clinico non grave - a cui si aggiunge una minoranza di casi più gravi a cui si è deciso di allargare la sperimentazione.

La maggior parte dei beneficiari, 34, presenta infatti una dipendenza lieve/minima nelle ADL (*activities of daily living*), mentre 12, un quarto, sono totalmente indipendenti; l'indice di Barthel, che misura il livello di dipendenza nelle attività di vita quotidiana, si attesta in media a 82,9 e 48 beneficiari hanno un indice di Barthel superiore a 75 punti – e, in particolare, 37 superiore a 90 (minima dipendenza).

41 beneficiari, sono autonomi nelle IADL (*instrumental activities of daily living*) e 12, parzialmente autonomi; il punteggio medio IADL si attesta a 10,33 e 35 beneficiari presentano un punteggio superiore a 10 (autonomo).

Solo 6 beneficiari presentano un rischio medio o grave di compromissione dell'integrità cutanea e nella scala di Braden, che valuta appunto il rischio di compromissione dell'integrità cutanea, il punteggio medio è di 17,8 (lieve rischio) - e per 27 è superiore a 18 punti (rischio assente).

Solo 8 beneficiari presentano un rischio di caduta alto; nella scala di Conley, che valuta appunto il rischio di caduta. Il punteggio medio è di 2,71, ma 21 presentano un valore pari a 1 o 0 (rischio minimo); 20 un valore di 2 o 3. Per 52 degli anziani presi in carico con il progetto INCL è riportata aderenza alla terapia e nella scala di Morisky, che misura appunto l'aderenza terapeutica, la media è di 3,75 e 53 beneficiari hanno un valore di 3 o 4 (aderente).

31 anziani, la metà circa, riportano assenza di dolore, e 14 dolore lieve o moderato; in una scala da 0 (nessun dolore) a 10 (massimo dolore), la media si attesta su 1,36, con 45 beneficiari con valore pari o inferiore a 3.

Solo un beneficiario è indicato come non collaborante e solo 8 presentano deterioramento cognitivo.

3.1.3. Presa in carico infermieristica

Al momento della definizione del progetto individuale, 38 beneficiari assumevano le terapie autonomamente, 14 con supporto del *caregiver*, 2 con supporto infermieristico (Figura 3.3). Tuttavia, si segnalava la necessità di migliorare l'assunzione delle terapie. Per quanto riguarda l'educazione

Figura 3.3 – Autonomia nell'assunzione delle terapie

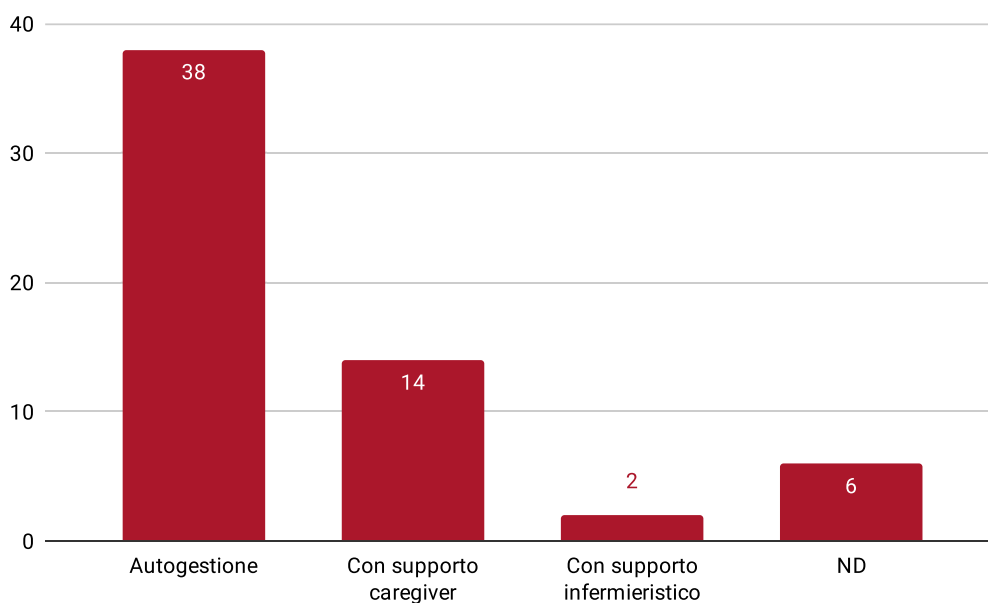
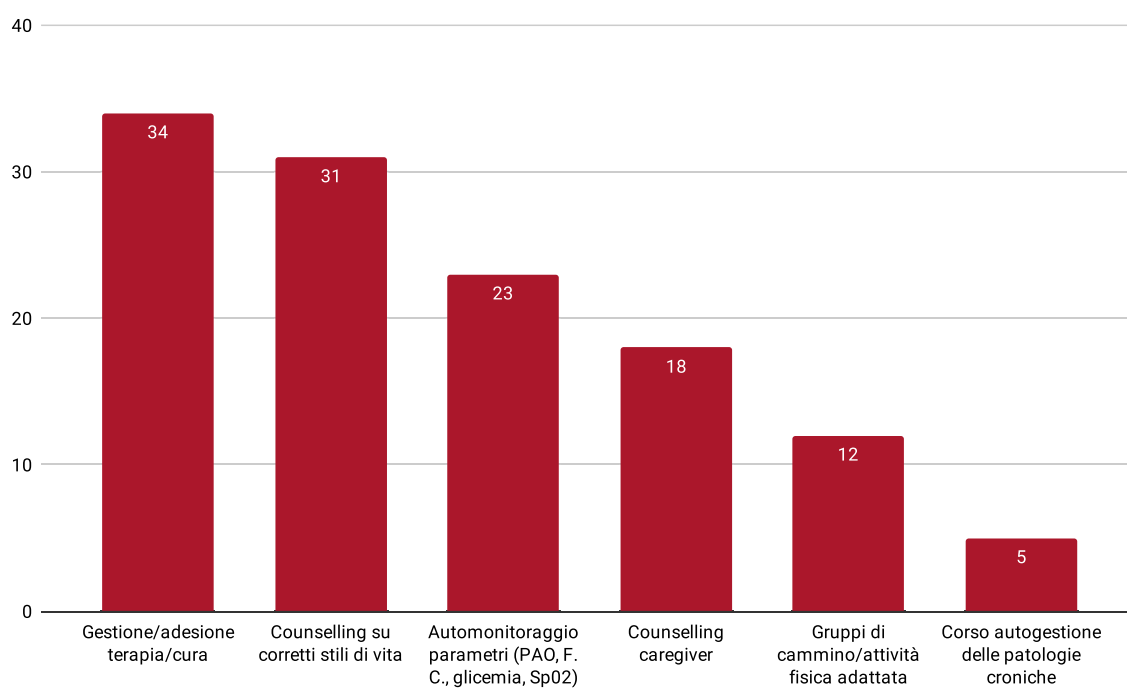


Figura 3.4 – Tipologia di supporto sanitario necessario



alla salute, infatti, è stato indicato che 34 anziani, più della metà, necessitavano di supporto su gestione terapie/cure; 31, la metà, di *counselling* su corretti stili di vita; 23, il 38%, di educazione relativa all'automonitoraggio dei parametri (PAO, F.C., glicemia, SpO₂). 18, il 29%, necessitavano invece di *counselling* del *caregiver*; 12, il 20%, di educazione su Gruppi di cammino/attività fisica adattata; infine 5, l'8%, di un corso autogestione delle patologie croniche (Figura 3.4).

Precedentemente a INCL, 22 dei 61 beneficiari erano già in carico al servizio sanitario con uno specifico progetto. Di questi, 12 per un progetto dell'Ambulatorio della salute, 10 per un progetto SID (Servizio Infermieristico Domiciliare), 2 per un progetto ADI (Assistenza Domiciliare Integrata). Due beneficiari erano già in carico a più di un soggetto. Per 26 beneficiari è stata indicata la necessità di presa in carico, dato che dovrebbe aver portato in questi mesi a un totale di 48 beneficiari del progetto, 79%, in carico al servizio sanitario.

3.1.4. Quadro sociale

I beneficiari del progetto INCL non presentano problemi economici, ma problemi di solitudine e bisogni legati alla parziale perdita della propria autonomia. Al momento della compilazione del progetto individuale, infatti, più della metà di essi aveva una condizione economica buona, mentre 27 avevano problemi di solitudine – a cui si aggiungono 16 persone con problemi di solitudine “saltuari”, portando il totale delle persone con problemi di solitudine al 70% del totale dei beneficiari. 33 anziani, più della metà, erano parzialmente autonomi nelle attività quotidiane e 38, il 62%, non erano autonomi o lo erano al massimo parzialmente nei trasporti. 21 beneficiari vivevano in un'abitazione non adeguata (es. con barriere architettoniche o senza acqua calda); 13 parzialmente adeguata (es. abitazione isolata o sporca).

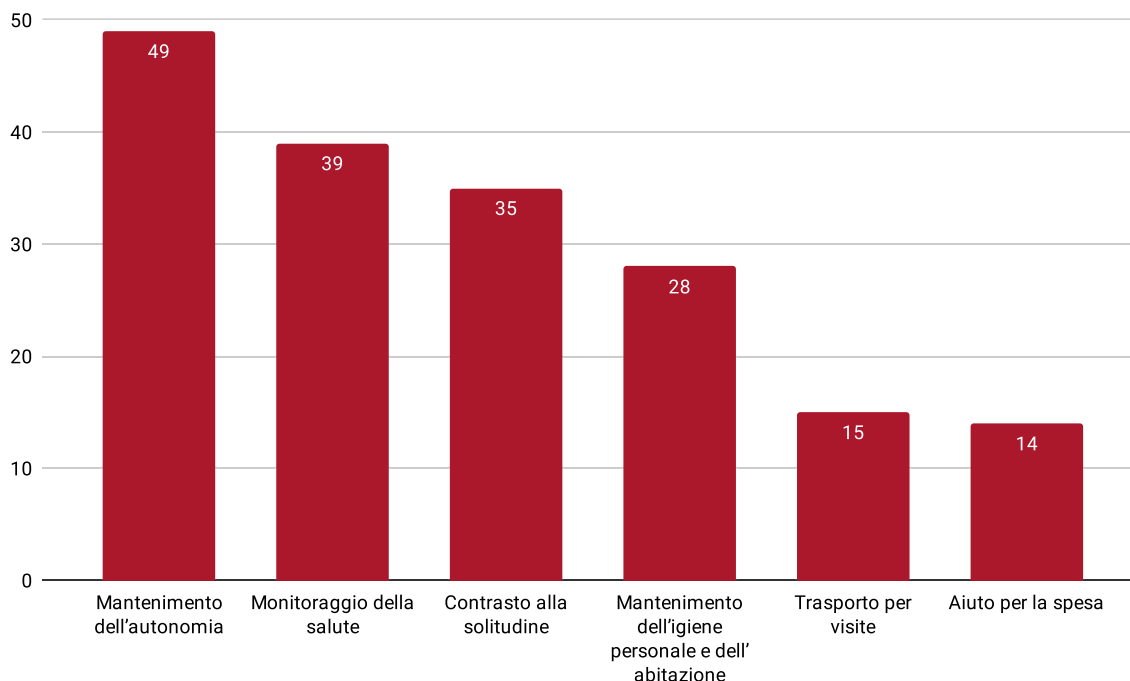
3.1.5. Valutazione della presa in carico sociale

Al momento dell'avvio del progetto, 38 beneficiari erano già in carico al servizio sociale e per 31 di essi è stata richiesta l'ulteriore presa in carico da parte di altri professionisti (ad esempio, un anziano già in carico seguito da OSS per cui è stata richiesta la presa in carico di educatore professionale). Con l'avvio del progetto, è stata inoltre richiesta la presa in carico al servizio sociale di tutti coloro che non lo erano già. Complessivamente quindi, per 33 beneficiari è stata indicata la necessità di presa in carico con interventi dell'OSS; per 28 beneficiari con interventi del volontariato; per 12 beneficiari con interventi dell'educatore professionale; per 4 beneficiari del servizio sociale professionale.

3.1.6. I progetti individuali

Questa sezione illustra i progetti individuali che sono stati attivati, descrivendone gli obiettivi, gli interventi previsti (per tipologia, area di competenza e numero di ore) e la composizione delle équipe progettuali.

Figura 3.5 - Obiettivi dei progetti individuali



3.1.6.1. Obiettivi dei progetti individuali

L'obiettivo più frequentemente individuato è stato il mantenimento dell'autonomia, indicato per 49 beneficiari, seguito dal monitoraggio della salute, 39 beneficiari; il contrasto alla solitudine, 35; il mantenimento dell'igiene della persona e della sua abitazione, 28; i servizi di trasporto per visite, 15; l'aiuto per la spesa 14 (Figura 3.5).

3.1.6.2. Interventi previsti nei progetti individuali: coinvolgimento delle ASL

Quasi tutti i progetti, 55, hanno previsto il coinvolgimento dell'ASL³. La quasi totalità degli interventi, 54, prevede il monitoraggio delle condizioni cliniche; segue il servizio prelievo, 44, e la somministrazione di terapie, 22 (Figura 3.6).

In 50 casi, gli interventi sono stati prestati da uno o più infermieri (ma è presumibile che i 5 casi per cui il dato non è disponibile siano riconducibili sempre a infermieri) affiancati, la metà delle volte, dal medico di medicina generale e in 2 casi da volontari (Figura 3.7). Gli interventi che riguardano l'ASL sono diffusi ma impiegano poche ore. Il 45% prevede infatti meno di un'ora al mese, l'11% interventi al bisogno; il 15% un'ora al mese e solo il 18% più di un'ora al mese. Si tratta quindi di un accompagnamento sanitario piuttosto leggero.

3. Il dato non è disponibile per 2 casi, mentre per 4 casi non sono stati previsti interventi.

Figura 3.6 - Tipologia interventi previsti (ASL)

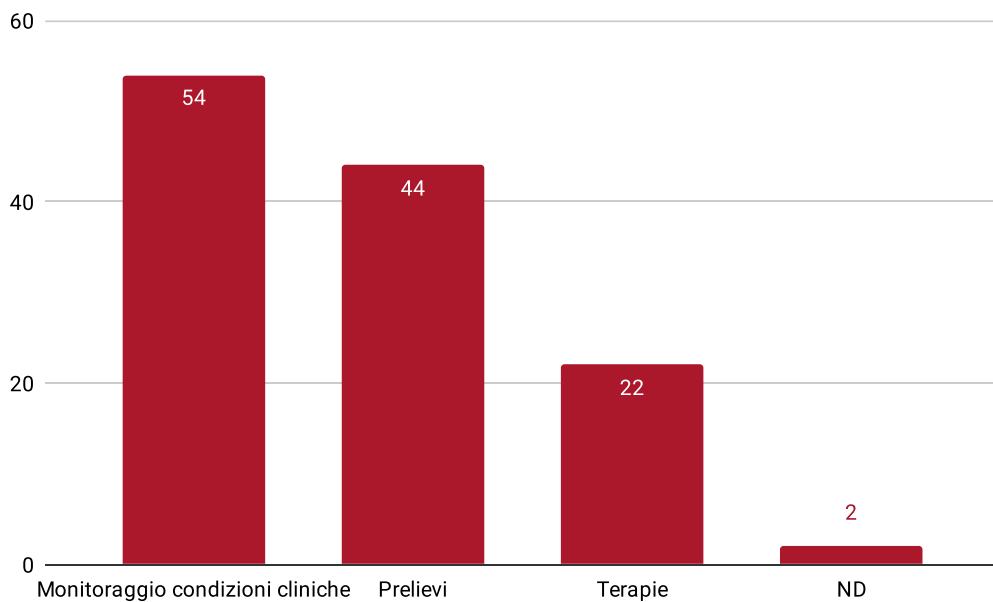
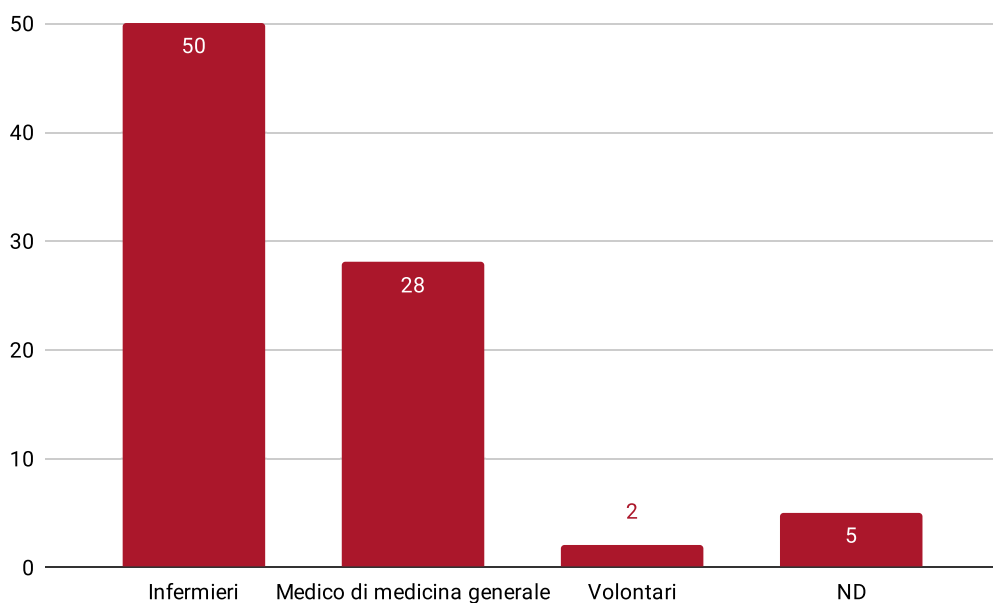


Figura 3.7 - Operatori coinvolti (ASL)



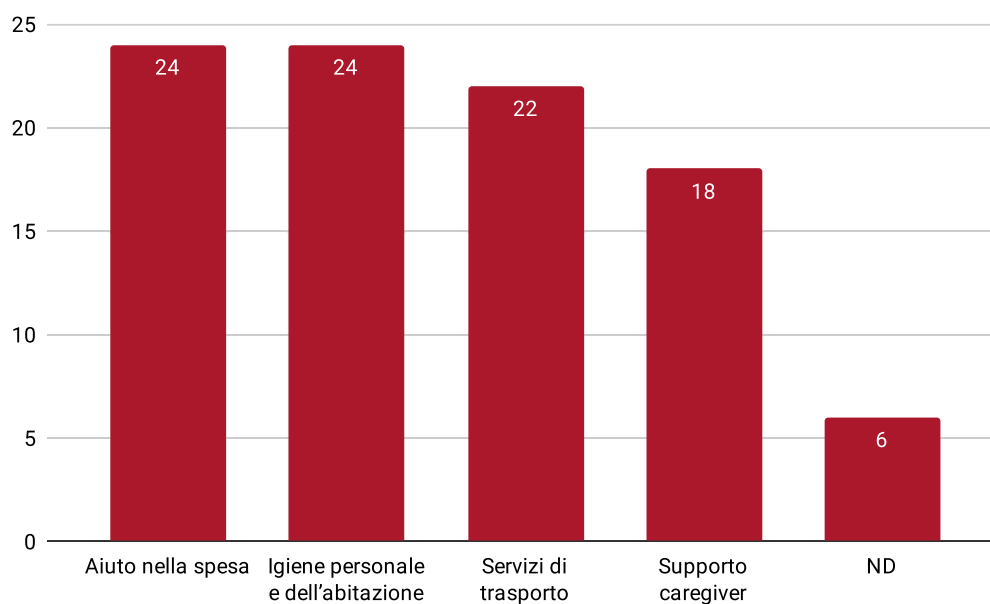
3.1.6.3. Interventi previsti nei progetti individuali: coinvolgimento del Servizio sociale

Gli interventi che hanno riguardato il servizio sociale sono stati previsti per 49 anziani⁴.

Le attività più diffuse sono state: aiuto nella spesa (24 casi), igiene della persona e dell'abitazione (24), servizi di trasporto (22), supporto *caregiver* (18) (Figura 3.8). Nella maggior parte dei casi le attività sono state svolte da OSS (36) e assistenti sociali (28). Solo in un caso c'è stato il coinvolgimento di volontari (Figura 3.9).

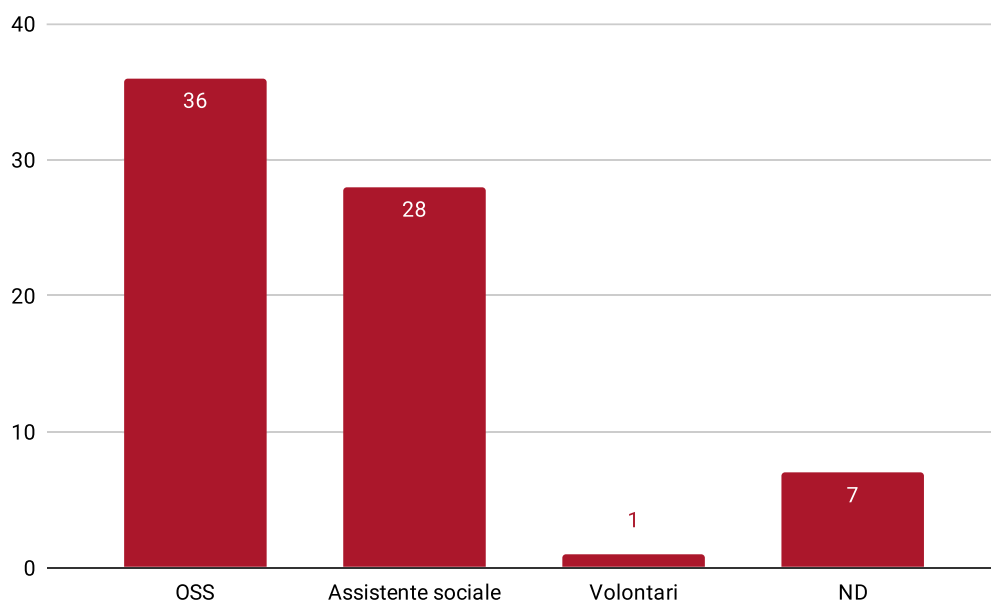
Pur se previsti in meno progetti rispetto a quelli dell'ASL, gli interventi dei Servizi sociali hanno impiegato un numero maggiore di ore per beneficiario. Infatti, per il 67% di essi è stata indicata più di un'ora al mese, per il 20% un'ora al mese; per nessuno meno di un'ora al mese.

Figura 3.8 - Tipologia di interventi attivati dal SS



4. In 10 casi non sono state previste attività che hanno coinvolto il servizio sociale (si tratta come prevedibile di persone indipendenti nelle ADL, o con una dipendenza lieve o minima, e che di solito possono contare su un caregiver); mentre per 2 anziani il dato non è disponibile.

Figura 3.9 - Operatori coinvolti dei SS



3.1.6.4 Interventi previsti nei progetti individuali: coinvolgimento della comunità locale

Gli interventi con il coinvolgimento della comunità locale sono stati previsti in 33 progetti, poco più della metà, e hanno riguardato perlopiù beneficiari del tutto indipendenti nelle ADL o con dipendenza lieve o minima, e autonomi o parzialmente autonomi nei bisogni quotidiani, che avevano manifestato problemi di solitudine (non sembra invece influire la condizione economica o la presenza di un *caregiver*). Il coinvolgimento della comunità locale è avvenuto infatti perlopiù nelle attività di socializzazione, previste in 29 casi, seguite dal servizio domiciliare, 14 casi e interventi per l'igiene personale e dell'abitazione, 2 casi; per un solo caso è stato offerto supporto nella spesa e per un solo caso servizi di trasporto (Figura 3.10).

In 25 casi c'è stato il coinvolgimento dell'OSS; in 23 dell'educatore professionale. Queste figure sono state affiancate in 18 casi da volontari, in 2 casi dalla Casa di riposo e in 1 caso dal parroco (Figura 3.11).

Gli interventi offerti dalla comunità sono stati previsti in un numero ancora minore di progetti rispetto agli interventi di Servizi sociali e ASL, ma hanno impiegato un numero più alto di ore per ciascun beneficiario. Nel 67% dei progetti in cui sono state svolte attività a carico della comunità infatti è stata dedicata più di un'ora al mese per beneficiario (Figura 3.13).

Figura 3.10 - Tipo di interventi attivati dalla comunità

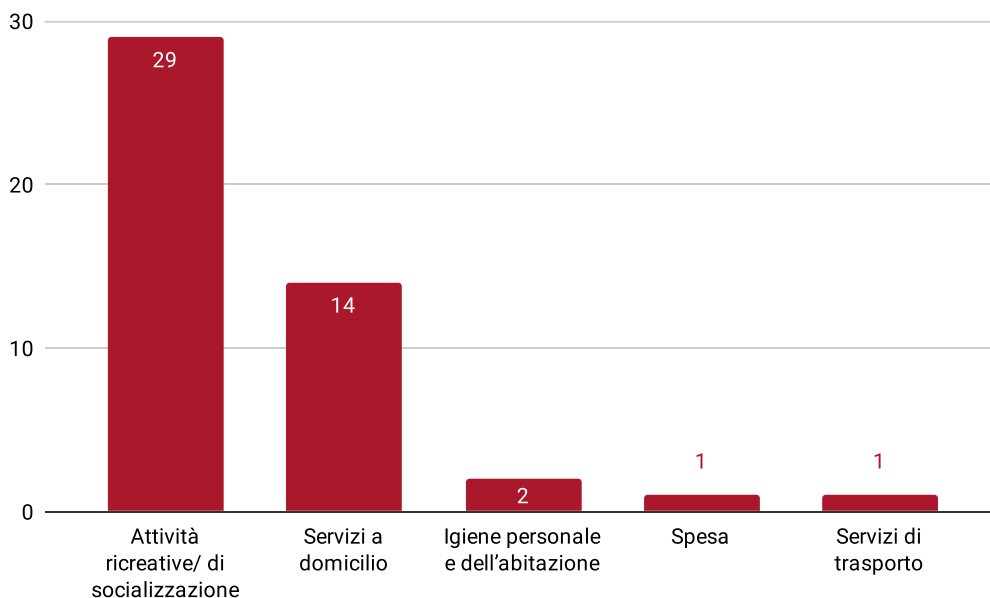
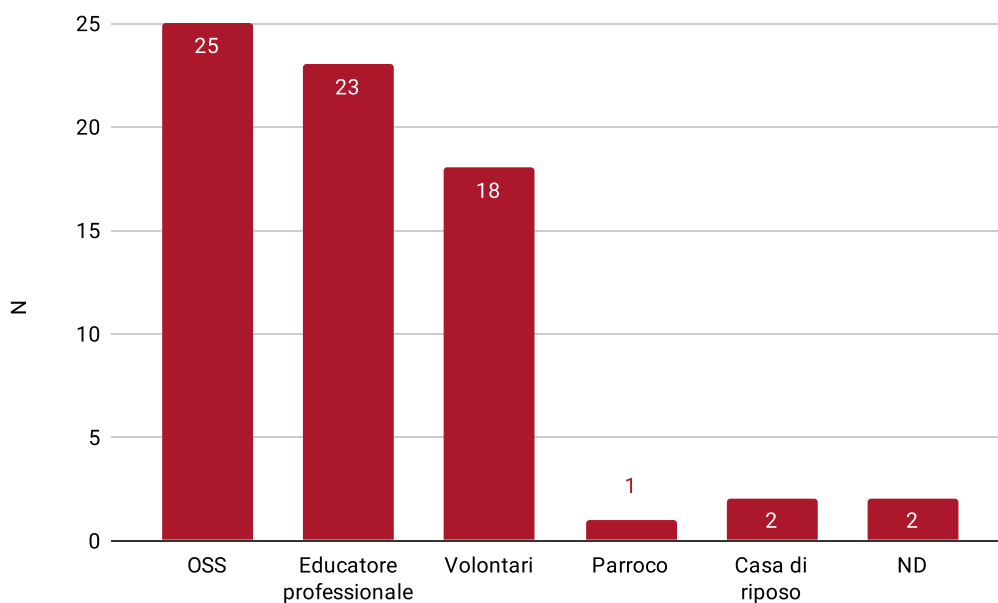
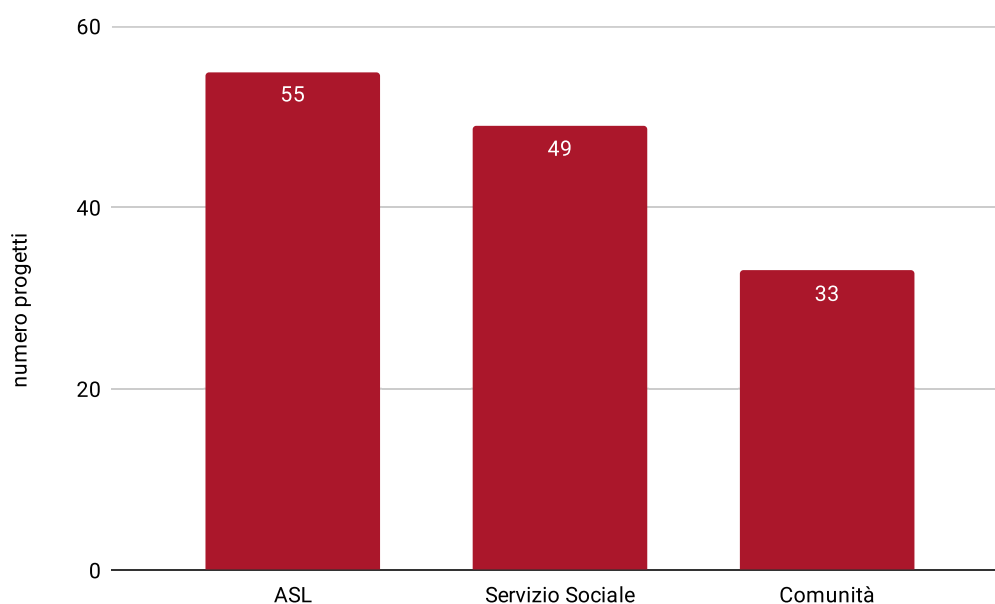


Figura 3.11 - Operatori coinvolti nelle attività di comunità



Confrontando le 3 aree, emerge quindi che gli interventi più diffusi sono stati quelli che hanno coinvolto l'ASL (55), seguiti da Servizi sociali (49) e dalla comunità locale (33) (Figura 3.12). Tuttavia, sociale e comunitario sono gli ambiti in cui sono state investite più ore per beneficiario. Infatti, per il 45% dei progetti che hanno previsto il coinvolgimento dell'ASL è stata indicata meno di un'ora al mese - a cui si somma un 11% di interventi al bisogno. Al contrario, le attività che hanno coinvolto servizio sociale e comunità locale hanno previsto nel 67% dei casi più di un'ora al mese (Figura 3.13).

Figura 3.12 - Progetti attivati per ente coinvolto



La maggior parte dei progetti ha previsto l'integrazione di ASL, Servizi sociali e comunità locale (23 casi) o di due di esse (32 casi). In misura molto minore sono stati indicati interventi di un ambito esclusivo (4 casi), solo sanitario o solo sociale. Nessun progetto ha previsto solo interventi della comunità locale. Le équipe progettuali vanno da un minimo di 1 componente a un massimo di 6 componenti - nella maggior parte dei casi, 37, 3-4 componenti. Gli operatori che più frequentemente troviamo tra i componenti di progetto sono gli infermieri (presenti in 58 casi, ovvero la quasi totalità) e le OSS, presenti in 54 casi. Seguono gli assistenti sociali, 46 casi, e gli educatori professionali, 19 casi. La "combinazione" più frequente è quella che vede insieme OSS e infermiere (Figura 3.14).

Figura 3.13 - Frequenza in percentuale degli interventi attivati per ente coinvolto

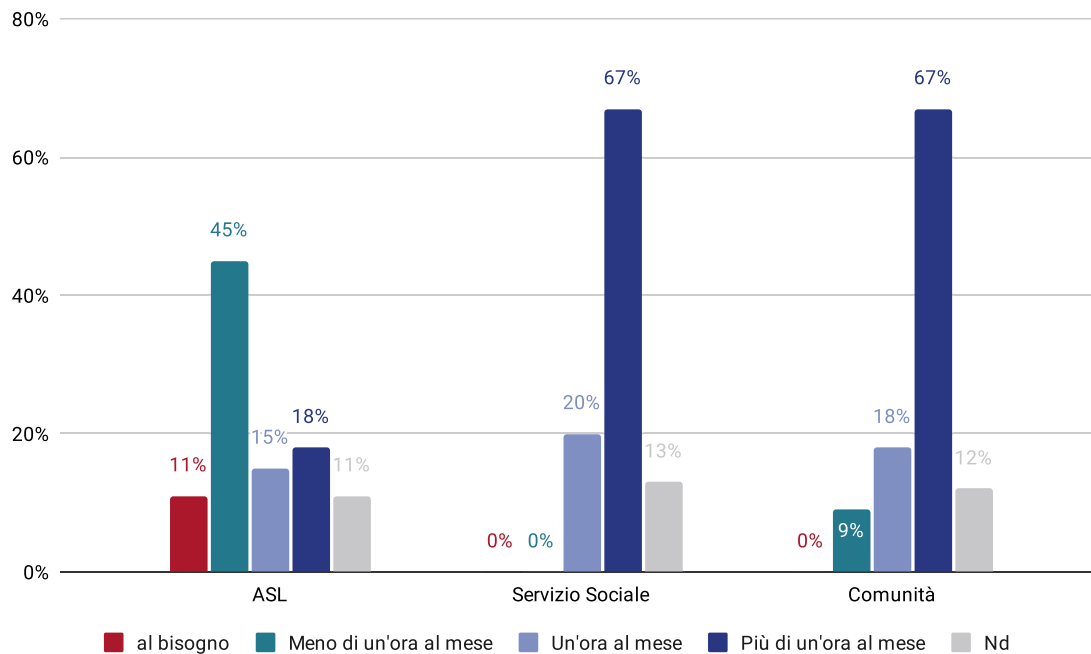
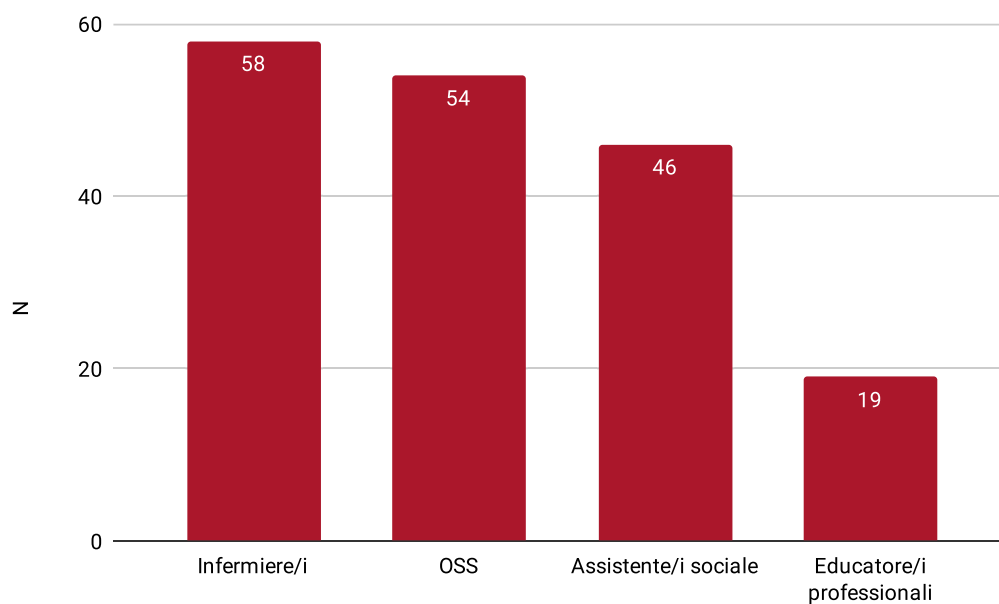


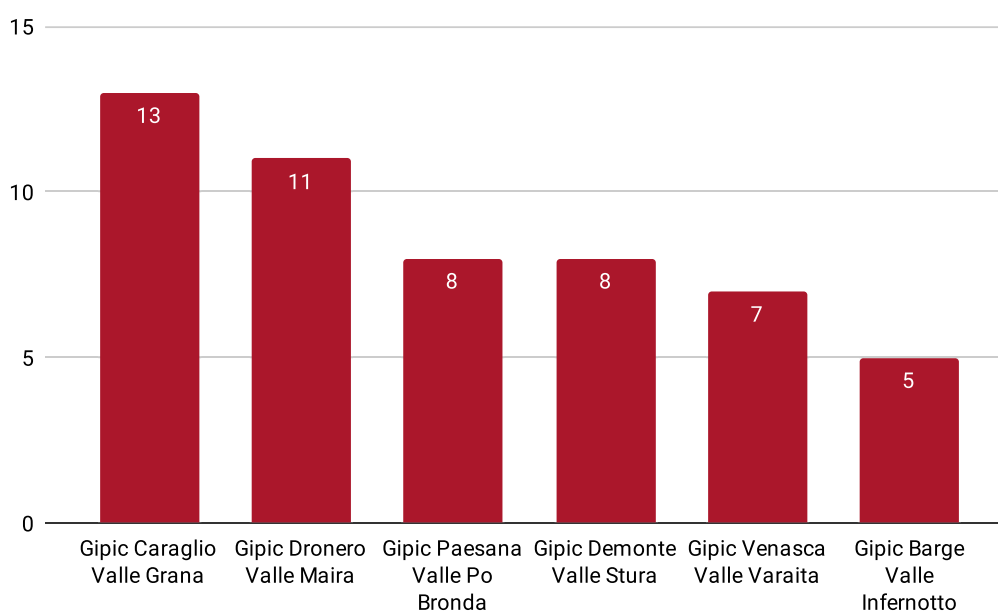
Figura 3.14 - Numero progetti in cui è presente almeno un professionista con il ruolo indicato



3.2. L'analisi dei questionari

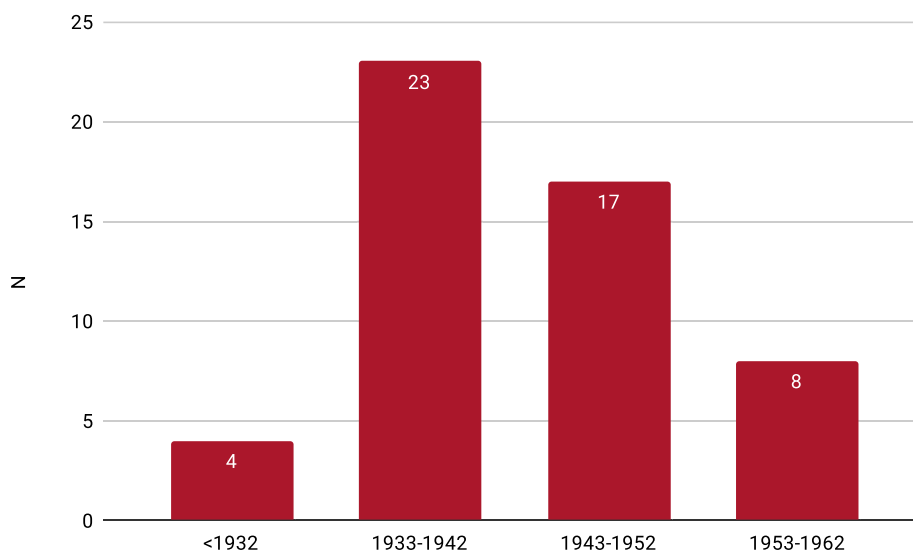
La presente sezione illustra le evidenze raccolte attraverso i questionari che sono stati compilati dagli operatori e che avevano l'obiettivo di valutare gli effetti del progetto sugli anziani con riferimento: 1) al raggiungimento degli obiettivi prefissati; 2) al gradimento di servizi/attività da parte degli anziani; 3) alle difficoltà emerse; ai servizi e alle attività da potenziare per una futura sperimentazione. La valutazione ha riguardato i 52 beneficiari (30 donne e 22 uomini) i cui progetti erano ancora attivi al 7 settembre 2022. Gli anziani che hanno partecipato a questa rilevazione risiedono in Valle Grana (13) seguiti da Valle Maira (11) Valle Po (8), Valle Stura(8), Valle Varaita (7) e Valle Infernotto (5) (Figura 3.15). Complessivamente parliamo quindi di 20 utenti per il CMS 32 utenti per CSAC.

Figura 3.15 - Beneficiari per Valle



La maggior parte degli anziani (23) ha tra gli 80 e i 90 anni, 17 tra i 70 e gli 80 anni, 8 tra i 60 e i 70 anni e infine 4 sono ultra-novantenni (Figura 3.16). 23 beneficiari vivono nel centro del paese in cui risiedono, 15 in periferia e 14 in abitazione isolata. La maggior parte (32) vivono soli; 12 vivono con marito/moglie/compagno/a; 6 con i figli (di cui 2 con figli disabili); 2 con figli e relative famiglie.

Figura 3.16 - Anziani per classi di età



3.2.1. Raggiungimento degli obiettivi preposti dai progetti

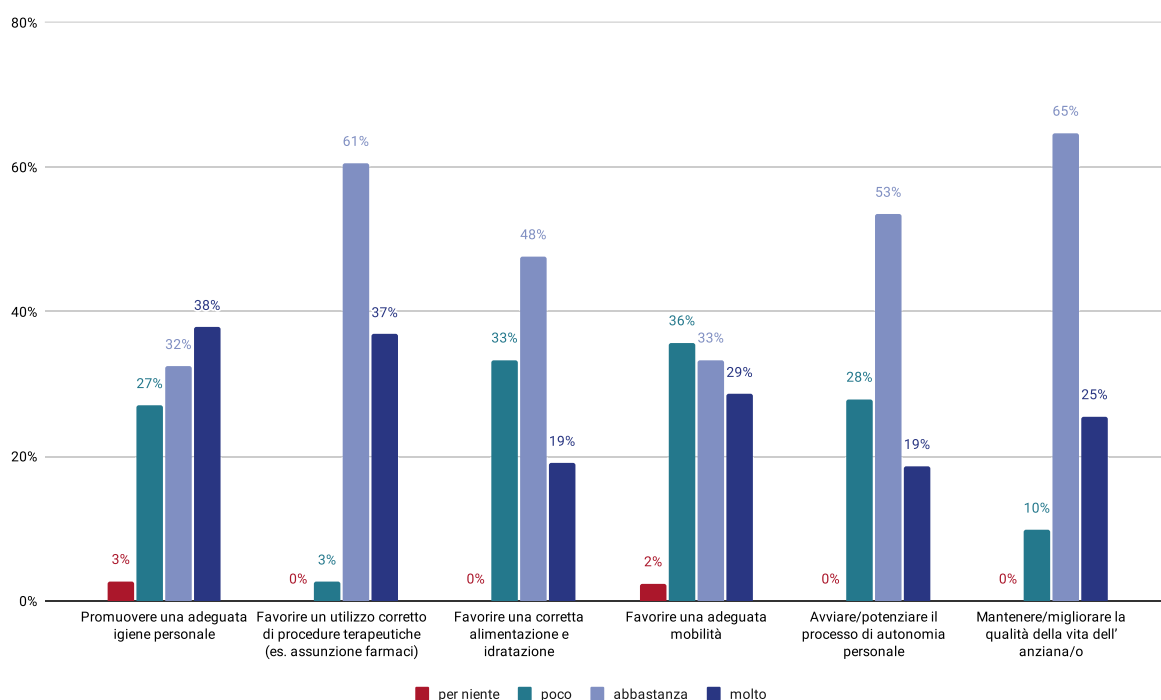
Il primo blocco di domande ha chiesto agli operatori di valutare quanto, relativamente all'anziana/o oggetto del questionario, il progetto abbia contribuito a raggiungere un set di obiettivi raggruppabili nelle seguenti macro-categorie: 1) "Salute e benessere personale"; 2) "Capacità relazionali e socialità"; 3) "Abitazione"; 4) "Vita Quotidiana"; 5) "Rapporto coi Servizi Territoriali". I rispondenti potevano indicare un valore compreso fra "per niente", "poco", "abbastanza", "molto" e "non pertinente" se il progetto non prevedeva attività relative a quell'obiettivo⁵.

Per quanto riguarda la salute e il benessere personale, il progetto ha raggiunto complessivamente buoni risultati (Figura 3.17). I risultati migliori si sono ottenuti rispetto all'obiettivo di "favorire un utilizzo corretto di procedure terapeutiche (es. assunzione farmaci)" valutato abbastanza o molto efficace nella quasi totalità dei casi in cui era previsto questo obiettivo, e a "mantenere/migliorare la qualità della vita", ritenuto abbastanza o molto efficace il 90% delle volte. Abbastanza soddisfacenti anche i risultati circa gli obiettivi di "promuovere un'adeguata igiene personale" e "avviare/potenziare il processo di autonomia personale", valutati positivamente nel 70% e 72% dei casi rispettivamente. Risultati meno soddisfacenti si sono invece riscontrati rispetto all'obiettivo di favorire "un'adeguata

5. In questa sezione si fa riferimento ai valori percentuali rispetto al totale di casi in cui erano previsti gli obiettivi trattati. Si è scelto di ricorrere ai valori percentuali, e non al numero assoluto, perchè ti valori consentono di meglio comparare obiettivi che non sono stati previsti per tutti gli anziani (es. "facilitare gli spostamenti fuori casa", previsto per 35 anziani, e "promuovere la socializzazione riducendo il rischio di isolamento", previsto per tutti gli anziani).

mobilità” e “una corretta alimentazione e idratazione”. Tali obiettivi sono stati valutati poco o per niente soddisfacenti rispettivamente nel 38% e 33% dei casi. Trattandosi di un campione molto piccolo non è possibile avanzare ipotesi su eventuali correlazioni tra variabili. Tuttavia guardando alle caratteristiche dei singoli rispondenti si possono fare alcune considerazioni, in particolare in riferimento a tre variabili: il fatto di vivere o meno soli; il livello di autonomia; il fatto di vivere in centro, periferia o abitazione isolata. In questo caso, ad esempio, i risultati migliori, secondo gli operatori, si sono raggiunti per gli anziani che vivono soli (e per i quali l’impatto di un accompagnamento è più rilevante rispetto a quanto accade per coloro che, vivendo con qualcuno, godono già di qualche forma di “presidio”).

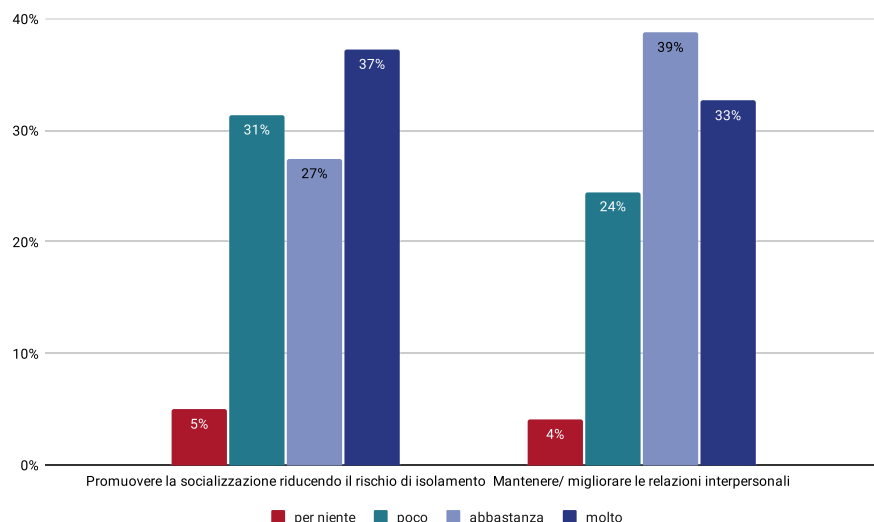
Figura 3.17 - Salute e benessere personale



Per quanto riguarda invece le “capacità relazionali e socialità”, si evince una discreta variabilità di giudizi (Figura 3.18), per quanto complessivamente positivi. I progetti sono stati infatti valutati abbastanza/molto efficaci per “promuovere la socializzazione riducendo il rischio di isolamento” nel 64% dei casi, ma anche poco o per niente nel 36%. Se per il 72% dei rispondenti, i progetti sono stati abbastanza o molto efficaci nel “mantenere/ migliorare le relazioni interpersonali” nel 28% è stato poco o per niente efficace. Su questo fronte, INCL ha ottenuto i risultati migliori per le persone con bassa o nulla autonomia (al contrario, 11 su 14 casi che per cui sono stati indicati giudizi poco o

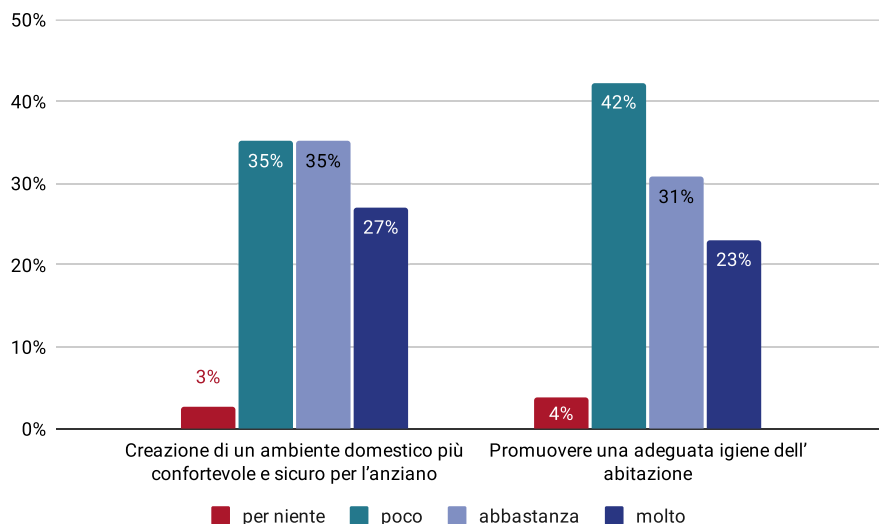
per nulla soddisfacenti circa l'obiettivo di "mantenere/ migliorare le relazioni interpersonali" sono abbastanza autonomi); non incide invece il fatto di vivere in periferia o in una abitazione isolata, contrariamente a quanto si potrebbe pensare, né di vivere soli.

Figura 3.18 - Capacità relazionali e socialità



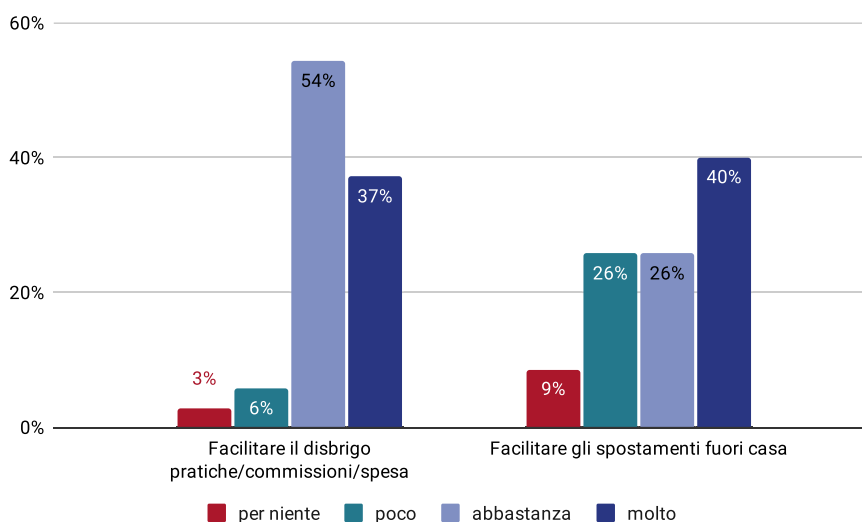
Per quanto riguarda l'abitazione, il progetto ha ottenuto giudizi modesti, soprattutto relativamente all'obiettivo di promuoverne un'igiene adeguata, valutato poco o per niente soddisfacente nel 46% dei casi. I giudizi espressi sono simili sia considerando coloro che vivono soli che non, sia il differente livello di autonomia.

Figura 3.19 - Qualità dell'abitazione



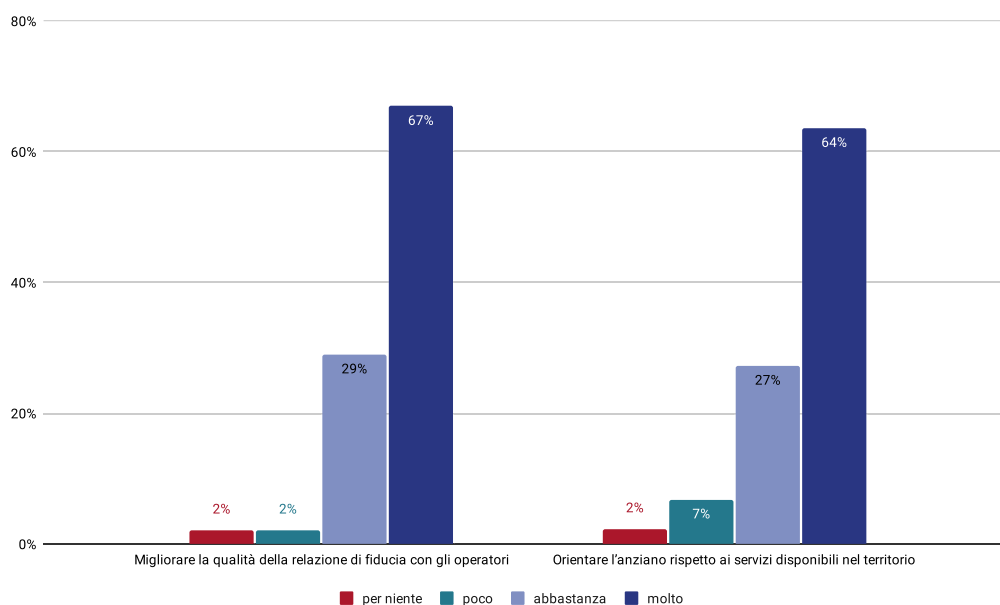
Sulla sfera “vita quotidiana”, il progetto ha ottenuto ottimi risultati circa l’obiettivo di facilitare il disbrigo di pratiche/commissioni/spesa, valutato positivamente nel 91% dei casi, e piuttosto buoni anche nella facilitazione degli spostamenti fuori casa (66%) (Figura 3.20).

Figura 3.20 - Vita quotidiana



Per quanto riguarda invece la sfera dei rapporti con i Servizi Territoriali, il progetto ottiene ottimi risultati sia nel miglioramento della fiducia da parte degli anziani verso gli operatori che nell’orientamento rispetto ai servizi disponibili sul territorio, che ottengono giudizi positivi rispettivamente nel 96% e nel 91% dei casi (Figura 3.21).

Figura 3.21 - Rapporto con i Servizi Territoriali



3.2.2. Il gradimento dei servizi da parte dei beneficiari

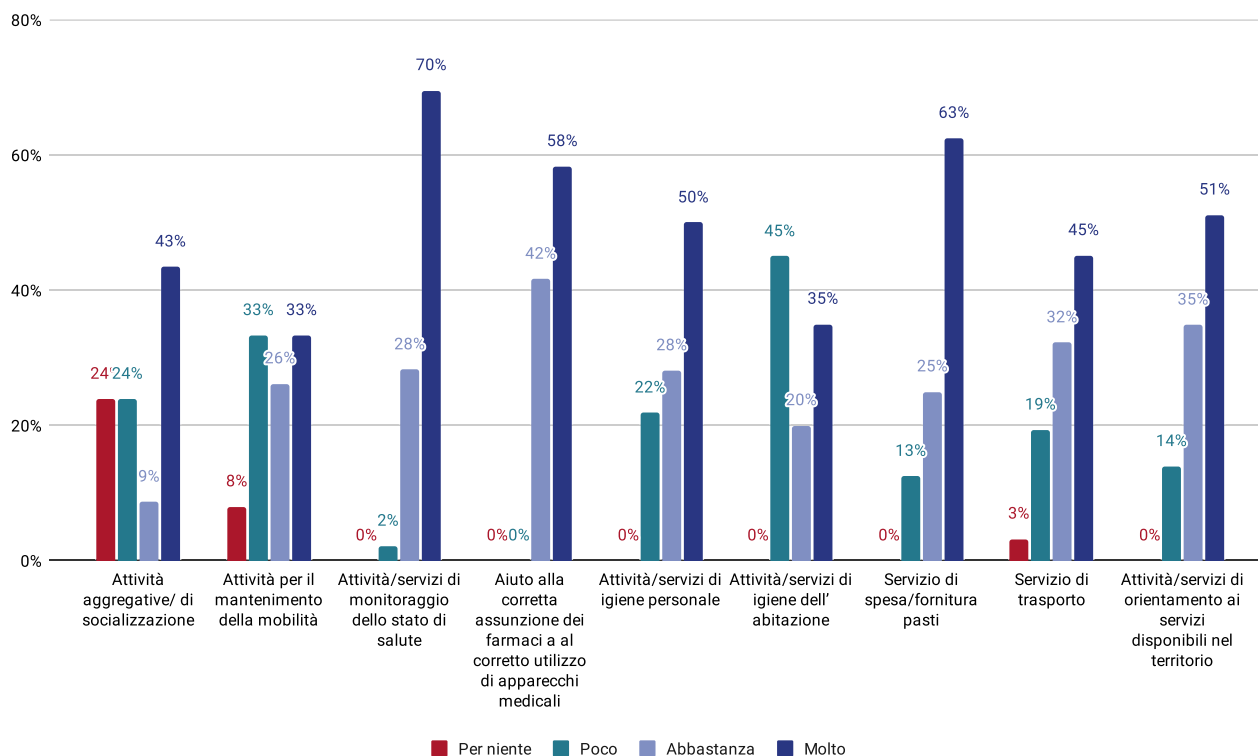
Il questionario ha indagato anche quanto i servizi sono stati apprezzati dagli anziani (Figura 3.22)⁶. I giudizi migliori si rilevano per la sfera della salute: “attività/servizi di monitoraggio dello stato di salute” e “aiuto alla corretta assunzione dei farmaci e al corretto utilizzo di apparecchi medicali” ottengono infatti quasi esclusivamente giudizi positivi. Molto apprezzato anche il servizio di spesa/fornitura pasti, che ottiene giudizi positivi nell’88% dei casi per cui era stata effettuata questa attività; e le attività per l’orientamento ai servizi offerti dal territorio, abbastanza/molto apprezzati dall’86% degli anziani. Piuttosto buono anche il giudizio sul servizio di trasporto, che è stato valutato negativamente solo nel 22% dei casi.

Le attività/servizi di igiene personale sono state abbastanza o molto apprezzate nel 78% dei casi, mentre attività/servizi di igiene dell’abitazione sono stati poco graditi dal 48%, quasi la metà.

I giudizi più critici si sono riscontrati invece sulle attività aggregative/socializzazione e su quelle per il mantenimento della mobilità. Come emerso nella precedente sezione, infatti, la valutazione delle attività aggregative e di socializzazione è piuttosto frammentata: esse sono state per niente o poco apprezzate nel 48% dei casi per cui era stata effettuata questa attività (con un 24% che non le ha apprezzate per niente, il dato peggiore) e abbastanza/molto apprezzate nel 52% degli anziani coinvolti. Tali attività sono state generalmente meno apprezzate da coloro che sono abbastanza o molto autonomi, mentre non sembra influire il fatto di vivere soli né il luogo in cui si vive (anche se, sorprendentemente, coloro che vivono in periferia, e quindi dovrebbero vivere in maggiore isolamento, le hanno apprezzate meno di coloro che vivono in centro). Le attività/servizi per il mantenimento della mobilità sono stati infine per niente o poco apprezzati dal 41% degli anziani che ne hanno usufruito.

6. In questo paragrafo, come nel 3.2.1., si fa riferimento ai valori percentuali rispetto al totale di casi per cui è stata attivata l’attività/servizio. Si è scelto di ricorrere ai valori percentuali, e non al numero assoluto, perché consentono di meglio comparare attività/servizi che non sono stati attivati in egual misura per tutti gli anziani (es. igiene dell’abitazione, attivato per 20 anziani e attività aggregative e di socializzazione per 46 anziani).

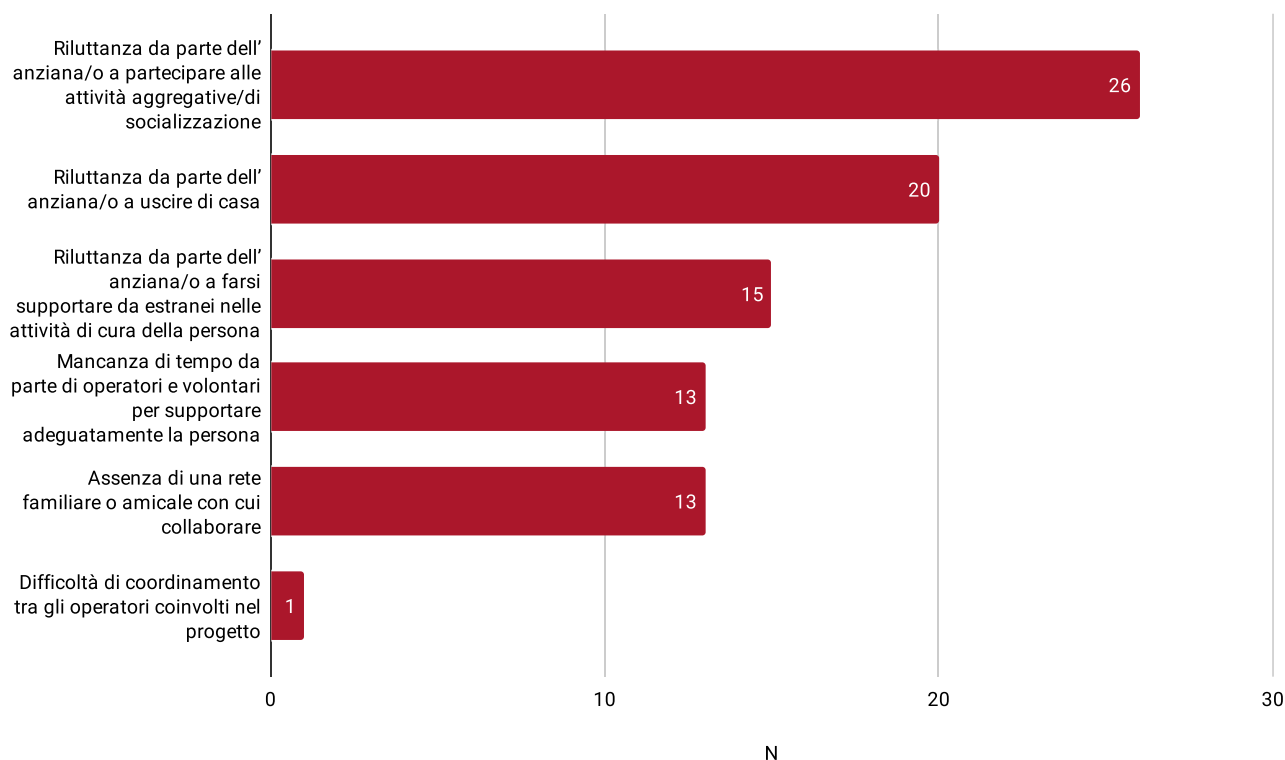
Figura 3.22 - Gradimento delle attività/servizi da parte degli anziani/e



3.2.3. Le difficoltà riscontrate

Il questionario ha inoltre approfondito le difficoltà incontrate nell'attuazione dei progetti e l'atteggiamento/disposizione degli anziani è risultato lo scoglio più difficile da superare. Alla domanda "relativamente all'anziana/o oggetto del presente questionario, quali sono le principali difficoltà che avete riscontrato?", infatti, in 26 casi (la metà) è emersa una riluttanza a partecipare alle attività aggregative/di socializzazione; a uscire di casa (20 casi); a farsi supportare da estranei nelle attività di cura della persona e dell'abitazione (15 casi) (quest'ultima leggermente più diffusa tra coloro che sono abbastanza autonomi e, probabilmente, faticano di più ad accettare "l'intromissione" di un estraneo). Per 13 casi, un quarto dei beneficiari, sono stati inoltre segnalati problemi nella rete di supporto alla persona: da un lato per la mancanza di tempo da parte di operatori e volontari, segnalata soprattutto per coloro che sono poco o non autonomi; dall'altro per l'assenza di una rete familiare o amicale con cui collaborare, segnalata soprattutto per coloro che vivono soli e che sono abbastanza autonomi. Difficoltà nel coordinamento tra gli operatori coinvolti nel progetto sono state segnalate infine in un solo caso (Figura 3.23).

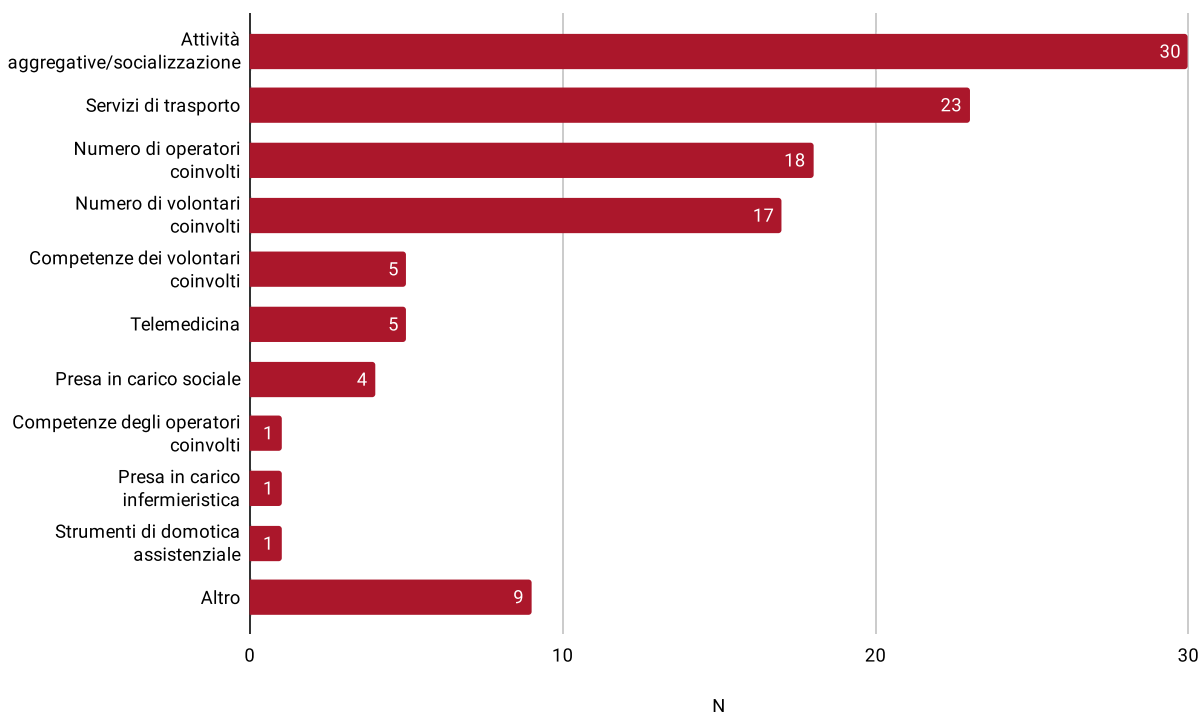
Figura 3.23 - Difficoltà riscontrate



3.2.4. I servizi e le attività da potenziare o inserire

Nel questionario è stato chiesto, infine, quali servizi/attività andrebbero potenziati e/o inseriti sulla base dell'esperienza avuta con l'anziano/a (Figura 3.24). Il "bisogno più sentito" è risultato il potenziamento delle attività aggregative e di socializzazione, segnalato in 30 casi, oltre la metà, e soprattutto per coloro che sono del tutto o abbastanza autonomi (circa il 60% di entrambi); segue la necessità di potenziare le risorse umane, incrementando il numero di operatori e volontari coinvolti (relativamente a questi ultimi si segnala anche la necessità, in 5 casi, di migliorarne le competenze). Tale bisogno è avvertito, come prevedibile, per le persone abbastanza o poco autonome (poco avvertito per quelli non autonomi, che evidentemente sono già ben presidiati, e per coloro che sono del tutto autonomi, che appunto non ne hanno necessità). Un bisogno che, in particolare, è stato segnalato utilizzando l'opzione "altro" è quello di garantire i servizi offerti anche al sabato e alla domenica (riportata in 2 casi). La presa in carico, tanto infermieristica quanto sociale, non è invece emersa come elemento da potenziare. La telemedicina e gli strumenti di domotica assistenziale sono stati infine suggeriti in un numero modesto di casi (rispettivamente 5 e 1), tutti di persone che vivono sole e per le quali questi strumenti potrebbero migliorarne il livello di "presidio".

Figura 3.24 - Servizi/attività che andrebbero potenziati e/o inseriti



3.3. Le best practice

In seguito al monitoraggio ottenuto attraverso la somministrazione dei questionari, la valutazione ha previsto la realizzazione di sei interviste ad anziani che hanno seguito un percorso particolarmente positivo all'interno di INCL (un intervistato per ogni valle in cui il progetto è stato implementato). È quindi possibile considerare questi casi come delle *best practice*. Dopo aver descritto brevemente le caratteristiche degli intervistati (3.3.1), nella sezione che segue si raccontano i servizi di cui essi hanno beneficiato grazie al progetto (3.3.2) e i loro effetti, focalizzandosi in particolar modo sulle condizioni di solitudine e isolamento che gli anziani provano (3.3.3). In seguito si analizzano la rete che INCL ha contribuito a formare (3.3.4) e le modalità di intercettazione degli anziani.

3.3.1. Le caratteristiche degli intervistati

Gli intervistati sono quattro donne e due uomini in un'età compresa tra i 75 e gli 85 anni. Quattro di essi abitano in zone isolate, lontane da centri abitati o mal collegate, mentre gli altri due vivono in centri abitati. Tutti gli intervistati sono portatori di fragilità legate all'età e soffrono di problemi di salute più o meno gravi; in tre casi vi sono difficoltà nella mobilità e in altri due casi gli intervistati

hanno sofferto o soffrono di depressione. Sono comunque autosufficienti in gran parte delle attività quotidiane, ma hanno problemi ad effettuare autonomamente spostamenti per visite, commissioni, eccetera. Due anziane vivono con i figli e una di queste è *caregiver*, poiché ha un figlio convivente con disturbi di salute mentale⁷. Gli altri vivono soli in seguito al decesso del partner o dei figli. Insieme agli anziani, durante le interviste sono intervenute anche alcune operatrici e/o infermiere facenti parte del progetto con l'intento di dare un quadro più chiaro della situazione degli assistiti.

3.3.2. I servizi del progetto INCL

I servizi di cui hanno usufruito gli intervistati sono simili. In tutti i casi, gli operatori hanno fornito assistenza all'anziano, verificandone lo stato di salute e facendogli compagnia. Nei casi in cui erano presenti problemi di salute più gravi, sono stati predisposti esami medici a domicilio con il supporto degli infermieri. Come emerso nel corso di una delle interviste:

«Noi monitoriamo i parametri. Abbiamo standardizzato una mezz'ora al mese [di controllo completo dei parametri, nda], se invece [l'anziano, nda] necessita di più, se ha bisogno di altre prestazioni, programmino i prelievi. Altrimenti misuriamo la pressione, la saturazione del sangue, la glicemia e la frequenza cardiaca. In un'occasione, abbiamo fatto un elettrocardiogramma a casa, quindi li abbiamo fatto tutti i controlli [...] Abbiamo trascritto la terapia e l'abbiamo inviata al cardiologo, che poi ha fatto la visita. Poi dopo è stata valutata dal medico di base se la visita specialista in base alla visita che aveva fatto con il cardiologo».

[INF5, CMS]

Tutti gli intervistati devono poi assumere diversi farmaci per i problemi di salute che hanno. Se quattro anziani su sei riescono a gestire in maniera piuttosto autonoma i farmaci - necessitando quindi soltanto di un monitoraggio saltuario per verificarne la corretta assunzione -, due degli intervistati, non sentendosi sicuri della propria autonomia, hanno preferito farsi aiutare. Quando negli anziani è stata riscontrata una patologia particolarmente grave, gli operatori e gli infermieri del progetto hanno avviato un rapporto continuativo con il medico curante. In generale, l'aiuto nella preparazione dei farmaci ha fatto sentire gli anziani più sicuri.

Un altro servizio di cui tutti gli intervistati hanno usufruito e hanno apprezzato, seppur in maniera diversificata in base alla condizione di salute dell'anziano e della sua capacità di guidare, è la possibilità di farsi trasportare con i mezzi degli operatori. Una difficoltà per chi vive in queste valli, infatti, è quella di usufruire dei servizi del territorio autonomamente, perché vi sono pochissimi mezzi pubblici e di fatto l'unico modo per muoversi è l'auto. Se due intervistati riescono a spostarsi

7. L'intervistata aveva anche un altro figlio disabile in carico, deceduto nel mese precedente all'intervista.

autonomamente per alcune attività, ad esempio fare la spesa o recarsi alle visite di controllo, per gli altri è più complicato, come emerso nel corso di un'intervista:

«Io dico solo tanto grazie a lei [l'operatrice, nda], perché mi ha aiutato tanto, tanto, tanto. E menomale che c'era lei, perché io non guido. Se devo andare a fare delle analisi, viene al mattino a prendermi, se devo andare in ospedale, se devo andare agli uffici, lei è sempre disponibile a portarmi». [I1, CSAC]

Altri servizi messi a disposizione dal progetto INCL sono stati forniti in maniera personalizzata sulla base delle esigenze dell'anziano. Nel caso degli persone con difficoltà motorie, gli operatori si sono occupati dell'igiene personale della persona e della spesa, come evidenziato nelle interviste:

«Sono bravi, mi fanno la doccia, fanno tutto, mi vestono, sono contenta. [...] Poi mi danno le medicine...». [I3, CSAC]

«Noi facciamo l'igiene personale, il bagno, la terapia farmacologica settimanale, contatti col medico curante». [OSS4a, CMS]

In un altro caso, invece, a causa della grave patologia di un anziano impossibilitato a muoversi, è stato attivato un servizio di pasti a domicilio, come riportato da un'operatrice:

«Come servizio sociale adesso, da un po' di tempo, portiamo tutti i giorni il pasto al domicilio». [OSS5, CMS]

Significativa è stata l'esperienza di una signora intervistata, che ha dovuto gestire alcune questioni burocratiche legate al peggioramento di salute del figlio disabile e alla sua morte. In questo caso, l'assistente sociale e la ASL hanno gestito la situazione, come riportato dall'operatrice e dall'anziana stessa:

«Diciamo che quando avviene un lutto in famiglia ci sono tutta una serie di pratiche... è venuta l'ASL a ritirare tutti gli ausili che aveva in casa, pratiche di successione, chiusura dei conti, fatture da pagare, debiti da chiudere». [OSS1, CSAC]

«Signora, io ho solo fatto la quinta elementare, una persona che ha studiato sa come deve sistemare le cose, io invece non sono capace. Infatti io a lei chiedo sempre di venire con me perché spesso mi dicono cose che, io che ho fatto la quinta, non capisco». [I1, CSAC]

Gli intervistati non hanno invece fruito dei servizi per la pulizia della casa e del supporto nella spesa, a cui provvedono autonomamente o con prestazioni pagate per proprio conto (es. colf). In un'intervista, ci è stato spiegato da un'operatrice che il servizio tende a fornire servizi di pulizia solo nei casi in cui il beneficiario non riesca a trovare altre soluzioni, a causa del basso numero di operatori.

«Il problema è che, data la quantità di persone che seguiamo questi tipi di servizi sono forniti solo in casi eccezionali e diamo la prevalenza ai servizi alla persona». [OSS5, CMS]

L'attività più amata dagli intervistati è stata senza dubbio l'animazione territoriale. I giochi, la musica, i balli e le attività educative hanno aiutato gli anziani a sentirsi meno soli e a passare il tempo felicemente:

«Non vediamo l'ora di avere queste due ore, ci incontriamo volentieri tutte le vecchiette, perché uomini ce n'è uno ogni tanto. [...] Si passano due ore o tre ore carine! [...] Ma fatelo sovente! È bello perché non penso più alla casa, sinceramente, non penso più neanche a mio figlio, mi svago!». [I6, CMS]

Durante le attività, gli intervistati hanno conosciuto nuove persone. Spesso la conoscenza è stata circoscritta agli incontri di animazione, tuttavia ben due intervistate hanno stretto nuove amicizie, che continuano a coltivare andando a trovare direttamente le persone (accompagnate dagli operatori) oppure sentendosi telefonicamente, come riportato nell'intervista:

«Con una signora mi telefono sempre, perché è un po' nella mia stessa situazione. Le è morto il marito, io sono senza. Le è morto anche il figlio, come me. Mi telefona lei quasi tutti i giorni, ciao buonanotte, ciao buon appetito, come stai...». [I6, CMS]

Un altro intervistato ha partecipato alle attività con alcune vicine di casa e ciò ha rafforzato il loro legame, tanto che attualmente le signore lo aiutano in alcune faccende e controllano regolarmente come sta:

«La vicina è venuta stamattina perché stava andando a fare la spesa e mi ha chiesto se avevo bisogno di qualcosa. Anche un'altra vicina di casa mi aiuta, mi cuce i pantaloni, e mi butta la spazzatura se necessario. Insomma mi aiutano molto». [I5, CMS]

3.3.3. Gli effetti del progetto INCL sulla solitudine

I servizi proposti dal progetto, e in particolare l'animazione territoriale, sono riusciti a contrastare la solitudine, che questi anziani provano fortemente, elemento evidenziato anche dai dati di monitoraggio. Come emerso dalle interviste:

«Mettete più riunioni fra vecchi, fate più... non so, con le ragazze... animazione! E noi per mezza giornata dimentichiamo un po' tutto, se no siamo lì a picchiare tutto il giorno come un martello, c'è una cosa in testa che picchia. È sempre lì! [...] Il vecchio a volte muore non per età, ma per solitudine. La solitudine è terribile! Quando ci penso io... infatti a volte in casa grido. Mi chiedo come sto e perché». [I6, CMS]

La solitudine è una costante nella vita degli intervistati e spesso è vissuta come condizione esistenziale, parte “dell’essere anziani”, da cui difficilmente si può sfuggire. In ben tre casi, infatti, gli intervistati sentono di non meritarsi i servizi erogati con il progetto INCL, perché per loro è normale vivere in solitudine senza essere assistiti, e anzi hanno timore di togliere queste prestazioni a qualcuno che potrebbe averne più bisogno:

«Sto bene, ben contento di essere assistito da queste persone, mi trovo veramente bene. Fanno i servizi proprio (...) non mi meriterei tutto questo (...) tutto quello che mi danno. Questo lo posso proprio garantire perché è la verità. [...] No no no, non possono fare di più. No no! Mi vogliono troppo bene». [I4, CMS]

D’altro canto, anche il mantenimento della propria condizione di indipendenza è fondamentale per gli intervistati. Durante le interviste hanno spesso riportato che amano vivere nella propria casa e non la vorrebbero mai abbandonare:

«Io sto bene qui. Da sempre una mia amica mi propone un alloggio [in un centro abitato, ndr] ma io non lo voglio anche se qui sto tutto il giorno da sola perché non me la sentirei di andare ad abitare giù in un posto dove c’è tanta gente. [...] Non so, io magari sarò un tipo isolato... A me piace vivere da sola». [I2, CSAC]

«Ma io ho i gatti, ho il cane, ho l’orto, mi guardo la casa... quando ho voglia di guardarmi un po’ di televisione me la guardo». [I1, CSAC]

«Non voglio andarci, il pensionato mi vuole ma io non voglio andarci! Non portatemi, sapete come sono: voglio morire in casa mia, in mezzo alle mie bestie». [I6, CMS]

Questo sentimento di indipendenza è condizionato dalla presenza di eventuali parenti: le uniche due intervistate con figli hanno riferito di essersi sentite giudicate da loro perché usufruivano dei servizi offerti dal progetto. In un caso, la ragione era che il figlio con disturbi mentali pensava che la madre uscisse troppo e lo abbandonasse; nell’altro, i figli ritenevano che i servizi offerti entrassero in una sfera troppo intima della vita dell’anziano.

La condizione di solitudine ha dei risvolti negativi anche sul piano della sicurezza: due anziane hanno raccontato di aver ricevuto delle visite da alcune persone che volevano truffarle e che solo a fatica sono riuscite a mandare via, mentre un’altra ha rischiato di rimanere completamente isolata durante i lockdown. Il lavoro degli operatori, in questo senso, ha aiutato a far sentire gli intervistati più sicuri, come riportato in un passaggio:

«Grazie al progetto va molto meglio, mi sento più tranquilla. So che arriva qualcuno e allora sono tranquilla.

Qualche volta, in questi anni scorsi, anche quando c'era il Covid, passavo giorni [da sola, nda]... [...] Mi dicevo che al bisogno venivano a trovarmi, mi portavano tutto a casa, sono stata tre mesi senza uscire. Ma stavo a casa, poi [nomina l'operatrice, nda] mi telefonava, lei mi telefona tutti i giorni, mi ha chiesto come stavo, tutti i giorni mi chiede come sto». [I3, CSAC]

3.3.4. La rete e il rapporto con i servizi del territorio

Per quanto riguarda la rete, il progetto ha dimostrato come la serenità degli anziani sia derivata, nella maggior parte dei casi, da un rapporto di fiducia consolidato, spesso avviato già prima di INCL, attraverso l'accesso a prestazioni erogate dai servizi sociali o fornite nell'ambito di progetti precedenti. Come testimoniato da un intervistato:

«Mi ha agganciato l'ospedale, perché ero ricoverato in ospedale, 5 o 6 anni fa ora non ricordo, e mi hanno detto "ma lei vive da solo?" sì, e allora sono stato segnalato ai servizi. E allora ho cominciato a conoscere lei [l'operatrice], sono 4 o 5 anni che non me la levo più di torno! [ridendo]». [I5, CMS]

Laddove non vi fosse una conoscenza antecedente al progetto, le reazioni sono state differenti in base alla persona. Un'intervistata ha raccontato di essere stata diffidente all'inizio, perché temeva di essere stata agganciata dai servizi sociali per essere portata via di casa:

«Mi dicevo "ti fanno un TSO, e ti portano via, e i tuoi animali si mangeranno uno con l'altro perché non avranno più da mangiare. [...] Quando l'ho vista [l'assistente sociale, nda] ho detto "questa è la mia giornata, mi faranno un TSO, qualche sonnifero". In più è venuta con un uomo, e ho detto "questo ora mi frega", mi sono tenuta un po' da parte, e invece [ridendo]». [I6, CMS]

Un'altra anziana ha avuto un primo contatto più sereno, accettando subito l'accompagnamento fornito dagli operatori e dagli infermieri di INCL, come testimoniato durante l'intervista:

«La prima volta ero seduta al monumento con la mia amica, e poi c'era l'infermiera che è venuta, c'era lei, e io avevo una borsa, e (l'operatrice) mi dice "ma tu stai andando via? Noi veniamo per trovarti". [...] ma vengono a farmi compagnia?! [ridendo] Sì sì sono contenta io, mi ha fatto molto piacere. Dalla prima volta che è venuta lei [indica l'operatrice, nda] e poi [nomina un'altra operatrice, nda], già quella volta che erano venuti ero molto contenta». [I3, CSAC]

Come si è visto sopra (3.3.2), in molti casi l'accompagnamento ha consentito l'instaurazione o il rafforzamento di legami con alcune persone importanti per la cerchia dell'anziano, come ad esempio il vicinato o il medico curante. In alcune occasioni, l'animazione ha permesso anche di far stringere nuove amicizie, che tutt'ora sono coltivate dagli intervistati. Tuttavia, emerge che la sollecitazione del territorio può essere ulteriormente migliorata, in quanto la rete di volontariato si limita spesso al

solo vicinato, come emerso in una delle interviste:

«Questo discorso del progetto sui volontari, non so... Forse è dovuto anche al fatto che c'è stato poco tempo perché prima c'è stato il problema del Covid, poi adesso incombe la fine del progetto [...] Ora cerchiamo di capire quali possibilità abbiamo di mantenere delle buone pratiche. E una di queste è recuperare le persone che venivano all'animazione, con cui si è instaurato un buon rapporto, che sono ancora in gamba, e magari fare in modo che possano andare a fare un saluto, a trovare qualche altro anziano che può uscire poco di casa. Però secondo me ci vuole un attimo di tempo, c'è tutta questa cosa qua in ebollizione, e poi è vero che lui qui ha tutta una buona rete [di vicini, ndr] che aveva già intorno». [OSS5, CMS]

Tuttavia, buona parte degli intervistati abita in zone isolate e non ha vicini con cui interagire e che possono offrire questi servizi. Insomma, è piuttosto la comunità che dovrebbe riconoscere le loro difficoltà e agire sinergicamente con i progetti come INCL, creando una rete di prossimità che possa recepire le necessità dell'anziano e sostenere l'intervento degli operatori, e consentire quindi, da un lato, un monitoraggio delle sue condizioni, dall'altro un supporto "leggero" a livello di servizi (come ad esempio quello svolto dalle vicine dell'intervistato 1). Le attività portate avanti dal *team* animazione, hanno dato i loro frutti, ma soltanto un intervento continuativo potrà garantire i risultati sperati.

3.4. Quale impatto sugli anziani? Riflessioni di sintesi

Il progetto INCL si è rivolto ad anziani residenti in territorio montano la cui permanenza al proprio domicilio, e conseguentemente la possibilità di invecchiare bene, sono a rischio a causa di problemi di salute e condizioni di isolamento territoriale e relazionale. Il profilo degli anziani tracciato dal monitoraggio riflette dunque i target del progetto: persone in condizioni di fragilità ma non conclamata e un quadro clinico non grave, che non presentano problemi economici, ma piuttosto problemi legati alla parziale perdita della propria autonomia e, soprattutto, alla condizione di solitudine.

Tali condizioni e bisogni si riflettono sugli obiettivi e i contenuti dei progetti. L'obiettivo più frequentemente individuato è stato infatti quello del mantenimento dell'autonomia, indicato per 49 beneficiari, seguito dal monitoraggio della salute, 39; contrasto alla solitudine, 35; mantenimento dell'igiene della persona e della sua abitazione, 28; servizi di trasporto per visite, 15; e aiuto per la spesa, 14.

Gli interventi più diffusi sono stati quelli che hanno coinvolto l'ASL (55), seguiti da Servizi sociali (49) e comunità locale (33). Tuttavia, sociale e comunitario sono gli ambiti in cui sono state investite più ore per beneficiario. Infatti, per il 45% dei progetti che hanno previsto il coinvolgimento dell'ASL è stata prevista meno di un'ora al mese, a cui si somma un 11% di interventi al bisogno. Al contrario, le attività che hanno coinvolto servizio sociale e comunità locale hanno previsto nel 67% dei casi più

di un'ora al mese.

Per quanto riguarda la salute e il benessere personale, il progetto ha raggiunto complessivamente risultati molto buoni, in particolare rispetto all'obiettivo di "Favorire un utilizzo corretto di procedure terapeutiche (es. assunzione farmaci)" valutato abbastanza o molto efficace nella quasi totalità dei casi in cui era previsto. Le attività e servizi che riguardano la sfera della salute sono stati inoltre anche i più apprezzati dagli anziani, "attività/servizi di monitoraggio dello stato di salute" e "aiuto alla corretta assunzione dei farmaci e al corretto utilizzo di apparecchi medicali" hanno ottenuto infatti quasi esclusivamente giudizi positivi. Questo è confermato anche dalle interviste, da cui è emerso come, soprattutto l'aiuto nella preparazione dei farmaci, abbia fatto sentire gli anziani "più sicuri".

La sfera delle capacità relazionali e della socialità è invece controversa, rappresentando al tempo stesso l'opportunità e la criticità principale del progetto – per quanto l'esperienza sia complessivamente positiva. Il progetto è stato infatti valutato abbastanza/molto efficace nel "promuovere la socializzazione riducendo il rischio di isolamento" nel 64% dei casi, ma anche poco o per niente nel 36%. Se per il 72% è stato abbastanza o molto efficace nel "mantenere/ migliorare le relazioni interpersonali", nel 28% lo è stato poco o per niente. Anche i giudizi sulle attività e aggregative e di socializzazione sono piuttosto frammentati: esse sono state per niente o poco apprezzate nel 48% dei casi per cui era stata effettuata questa attività (con un 24% che non le ha apprezzate per niente, il dato peggiore) e abbastanza/molto apprezzate nel 52% per cui era stata effettuata questa attività. Difficile su un campione così piccolo, avanzare ipotesi esplicative. Tuttavia, guardando alle condizioni personali, sembra che i risultati e i giudizi più critici siano stati avanzati per le persone con buona o completa autonomia, mentre non sembra influire il fatto di vivere soli né il luogo in cui si vive. Tra gli ostacoli sono stati riportati in 26 casi (la metà) la riluttanza a partecipare alle attività aggregative/di socializzazione; e la riluttanza a uscire di casa, 20 casi. Dalle interviste è emerso inoltre un altro fattore, il volere tutelare la propria indipendenza da parte dell'anziano, sentimento condizionato spesso dalla presenza di eventuali parenti - come ci ha raccontato una donna, il cui figlio, con disturbi mentali, pensava che la madre uscisse troppo e lo abbandonasse.

Pur se con alcune difficoltà, come si diceva, queste attività e servizi sono stati apprezzati e ritenuti utili dal momento che hanno permesso agli intervistati di conoscere nuove persone. Spesso la conoscenza è stata circoscritta agli incontri di animazione, ma in altri casi è proseguita oltre. Inoltre, alla domanda "quale servizi/attività andrebbero potenziati?" nel caso di una prosecuzione futura, il bisogno più sentito è risultato il potenziamento delle attività aggregative e di socializzazione, segnalato in 30 casi, oltre la metà. Tale risposta è stata fornita soprattutto da coloro che sono del tutto o abbastanza autonomi (circa il 60% di entrambi), a ulteriore conferma di come, per le attività

di socializzazione, ci sia da investire proprio su questo target, emerso come il più critico.

Altro tema molto importante per il progetto, che ambiva appunto anche a favorire la permanenza degli anziani nella proprio domicilio, è quello dell'abitazione. L'obiettivo di creare un ambiente domestico più confortevole e sicuro non è stato raggiunto, o lo è stato poco, nel 38% dei casi, mentre quello di promuovere un'igiene adeguata dell'abitazione non è stato raggiunto nel 46%; le attività/servizi di igiene legati alla casa sono stati poco apprezzati dal 48%, quasi la metà. Questo si può spiegare innanzitutto con la difficoltà a farsi supportare da estranei nelle attività di cura della persona e dell'ambiente in cui si vive, segnalata in 15 casi - e leggermente più diffusa tra coloro che sono abbastanza autonomi, e probabilmente faticano di più ad accettare "l'intromissione" di un estraneo. Questo talvolta per la presenza dei figli, che, come raccontato da un'intervistata, ritenevano che i servizi offerti entrassero in una sfera troppo intima della vita dell'anziano. C'è poi una ragione organizzativa: gli intervistati non hanno fruito dei servizi per la pulizia della casa, a cui provvedono autonomamente o con prestazioni pagate per proprio conto (es. colf) anche perché, come raccontato da un'operatrice, il servizio tende a fornire servizi di pulizia solo in casi in cui il beneficiario non riesca a trovare altre soluzioni, a causa del basso numero di operatori. Sempre sul tema casa, infine, va segnalato che 21 beneficiari vivevano in un'abitazione non adeguata (es. con barriere architettoniche o senza acqua calda); 13 in una parzialmente adeguata (es. abitazione isolata o sporca), sulle quali quindi intervenire per rendere l'ambiente più confortevole e sicuro è complicato e richiederebbe interventi anche dal punto di vista strutturale.

Sulla sfera "Vita quotidiana", il progetto ha ottenuto ottimi risultati circa l'obiettivo di facilitare il disbrigo di pratiche/commissioni/spesa, valutato positivamente nel 91% dei casi, e piuttosto buoni nella facilitazione degli spostamenti fuori casa - il servizio di trasporto ha ricevuto una valutazione negativa solo nel 22% dei casi. Molto apprezzato anche il servizio di spesa/fornitura pasti, che ottiene giudizi positivi nell'88% dei casi per cui era stata effettuata questa attività.

Per quanto riguarda invece la sfera dei rapporti coi Servizi Territoriali, il progetto ottiene ottimi risultati (sebbene il dato possa essere condizionato dal fatto che sono stati gli operatori a effettuare la valutazione). L'obiettivo di migliorare la fiducia da parte degli anziani verso gli operatori si ritiene raggiunto nel 96% dei casi. In questo senso, una fase molto "delicata" è stata quella dell'aggancio di anziani che non si erano relazionati ai servizi prima, come emerso dalle interviste. In proposito, emblematico è il caso di un'intervistata che ha raccontato di essere stata inizialmente diffidente, perché aveva pensato di essere stata agganciata dai servizi sociali per essere portata via di casa. L'obiettivo di orientare l'anziano rispetto ai servizi disponibili sul territorio è stato raggiunto nel 91% dei casi, e le attività per l'orientamento ai servizi offerti dal territorio sono state abbastanza/molto apprezzate nell'86% dei casi.

Il progetto ha adottato una prospettiva multisettoriale e volta soprattutto all'integrazione sociosanitaria: i GIPIC hanno riunito operatori con competenze sia sociali sia sanitarie, oltre che volontari, e i progetti si sono concentrati su obiettivi e interventi che vertevano su entrambi i settori. La maggior parte dei progetti ha previsto infatti l'integrazione di ASL, Servizi sociali e comunità locale o di due di esse. In misura molto minore sono stati previsti interventi di un ambito esclusivo, solo sanitario o solo sociale. La complessità che deriva da questa multisettorialità è stata ben gestita: difficoltà nel coordinamento tra gli operatori coinvolti nel progetto sono state segnalate in un solo caso. Due necessità sono però emerse in particolare. La prima riguarda il potenziamento delle risorse umane e quindi l'incremento del numero di operatori e volontari coinvolti (relativamente a questi ultimi si segnala anche la necessità di migliorarne le competenze). La seconda riguarda il fatto che l'accompagnamento ha consolidato i legami con alcune persone importanti per la cerchia dell'anziano, ma la rete di volontariato si è spesso limitata al solo vicinato. Da qui la necessità di migliorare il coinvolgimento delle comunità, così da realizzare un welfare di prossimità che possa veramente allargare la rete di "chi si prende cura" dei più fragili.

4. Gli esiti della valutazione degli impatti indiretti

In questa sezione si presentano le principali evidenze raccolte nel corso delle interviste realizzate con i membri del comitato tecnico e dei focus group che hanno coinvolto gli operatori dei GIPIC. In linea con le dimensioni di analisi (vedi sezione 2) la riflessione si concentra su: 1) le innovazioni riguardanti il target raggiunto e la natura dei servizi messi in campo (4.1); 2) le caratteristiche del modello GIPIC e le ricadute che l'adozione di questa modalità operativa ha avuto sugli operatori coinvolti (4.2); 3) il miglioramento dei servizi rivolti agli anziani (4.3); 4) le ricadute del progetto in termini di *community building* e di rafforzamento delle reti territoriali (4.4).

4.1. Nuovi servizi per un nuovo target di intervento

Uno degli obiettivi che si è proposto il progetto INCL è stato quello di innovare il target di utenza, predisponendo servizi rivolti a persone in condizioni di fragilità non conclamata ma che vivevano una situazione di isolamento territoriale e relazionale. Per rispondere ai bisogni di questo target, il progetto ha promosso l'integrazione fra sociale, sanitario e comunità locale. Nel territorio, la collaborazione fra sanitario e sociale era già sviluppata ma solo con riferimento agli anziani non autosufficienti (oltre che ai disabili e ai malati cronici) mentre quella con la comunità costituisce una novità nel campo degli interventi agli anziani. Di seguito le principali evidenze empiriche raccolte nel corso delle interviste e dei focus group relativamente all'utenza, all'integrazione socio-sanitaria e a quella con la comunità locale.

In linea con gli obiettivi di progetto, la maggior parte degli anziani coinvolti in INCL presenta una condizione di fragilità più "leggera" rispetto a quella di coloro che sono solitamente intercettati e presi in carico dai servizi (sociali o infermieristici) tradizionali⁸. Il raggiungimento di questo nuovo target costituisce quindi in sé una novità. Come emerso nel corso dei focus group:

«Nell'ambito di INCL prendiamo in carico persone autosufficienti che solitamente non raggiungiamo. Grazie a questo progetto siamo quindi riusciti a conoscere dei nuclei che altrimenti avrebbero fatto fatica ad entrare nel nostro giro». [AS2, CSAC]

Con riferimento all'integrazione con il settore sanitario, i focus group hanno evidenziato alcune criticità dal momento che la partecipazione degli operatori ASL all'interno dei GIPIC è stata

8. Come spiegato nella sezione sugli impatti diretti, infatti, la maggior parte dei beneficiari presenta condizioni di fragilità non conclamata e un quadro clinico non grave: 34 presentano infatti una dipendenza lieve/minima nelle ADL (activities of daily living), mentre 12, un quarto, sono totalmente indipendenti; 41 beneficiari, sono autonomi nelle IADL (instrumental activities of daily living) e 12 parzialmente autonomi. Solo 8 presentano deterioramento cognitivo e rischio di caduta alto.

discontinua. In primo luogo, questo è dovuto al fatto che le operatrici del settore infermieristico operano su più valli distanti e dunque faticano ad assicurare una presenza costante.

«L'ASL tende a essere meno presente. Poi se guardiamo all'aspetto sanitario, la stessa infermiera fa più vallate che sono anche differenti e distanti, quindi anche la conoscenza del territorio è più limitata (...)».

[AS1, CSAC]

In secondo luogo, anche il diverso valore attribuito da ciascun ente alla partecipazione al progetto INCL si traduce in un grado di impegno diversificato da un operatore all'altro, e da un ente all'altro:

«Sicuramente c'è una minore partecipazione, ma la decisione dell'infermiera si basa anche sul fatto che magari questo progetto non è incluso tra le priorità dell'Asl. (...) Quindi, essendo INCL un progetto di cui fanno parte diversi enti, la differenza la fa anche quanto ciascuno di essi ci investe. Ci tengo a sottolineare che non si tratta quindi di una responsabilità dei singoli operatori, ma è proprio l'ente che investe meno».

[EP1, CSAC]

«L'ente potrebbe dire: dai precedenza a questo progetto, quindi magari fai un intervento in meno sui servizi ordinari, oppure potrebbe mettere una persona in più su questo progetto». [AS1, CSAC]

Con riferimento all'integrazione con la comunità, il progetto INCL ha previsto la realizzazione di un'attività di animazione (domiciliare e territoriale) e questo rappresenta una novità propria del progetto dal momento che, nel territorio, questi servizi in precedenza erano solitamente dedicati ai minori e ai disabili ma non agli anziani. Come evidenziato da un'assistente sociale:

«Una grande innovazione è data dall'integrazione tra le nostre due figure (AS e OSS) e l'educatore. Solitamente la figura dell'educatore è dedicata ai minori o ai disabili, ma in nessun caso agli anziani». [AS1,

CSAC]

Considerando l'integrazione con la comunità locale, gli educatori hanno lavorato in stretta collaborazione con gli operatori socio-sanitari per individuare le inclinazioni, le disponibilità, e le esigenze degli anziani al fine di programmare delle attività loro dedicate. In una prospettiva di *community building*, queste attività hanno spesso coinvolto altri anziani del territorio (non in carico a INCL), anziani "più attivi", in pensione, con molto tempo libero a disposizione e voglia di fare, che hanno proposto le attività e si sono assunti l'onere di organizzarle e condurle. È il caso, ad esempio, di un signore appassionato di fotografia che ha realizzato un corso dedicato. Attraverso queste attività, il progetto ha consentito di coinvolgere persone che altrimenti non sarebbero diventate volontarie, mettendo il loro tempo a disposizione per organizzare e/o partecipare alle attività di animazione,

oppure accompagnare anziani impossibilitati a spostarsi autonomamente:

«Si sono create relazioni di aiuto reciproco grazie alle quali l'anziano più attivo ha offerto aiuto a quello più fragile. Quindi siamo partiti dai loro bisogni ma anche dalle loro idee e proposte. Le attività aggregative consentono di avvicinare anziani che altrimenti non si sarebbero attivati». [EP1, CSAC]

4.2. Il modello GIPIC e l'impatto di INCL sugli operatori

La messa in campo di servizi in grado di intervenire sulla molteplicità dei bisogni cui gli anziani possono essere portatori è stata sostenuta dalla costituzione delle équipes GIPIC che, come detto (sezione 1), sono composte dalle diverse figure professionali coinvolte nella progettualità ovvero assistenti sociali, infermieri, operatori socio sanitari ed educatori professionali. In questa sezione si presentano le principali evidenze raccolte in merito al lavoro di équipes e con particolare riferimento alle sue ricadute sugli operatori e alle criticità emerse.

In primo luogo, l'esperienza del GIPIC ha permesso agli operatori, da un lato, di riflettere criticamente sul proprio lavoro, grazie al confronto con persone che ricoprivano ruoli differenti e possedevano competenze diverse dalle proprie e, dall'altro, di acquisire nuove informazioni sulla condizione degli anziani, disponendo così di una visione più completa dei bisogni delle persone in carico. Nel corso dei focus, questa modalità di lavoro è descritta come qualcosa di "irrinunciabile", non solo perché consente di lavorare meglio sui casi, ma anche perché arricchisce la professionalità dei singoli operatori. Come ci racconta questa operatrice sociosanitaria:

«Questo modello è certamente valido. Dovrebbe essere sempre più così, sempre più in rete. Se penso alla diversità professionale, il fatto che lei [indica altra operatrice] sia di una cooperativa diversa dalla mia, mi arricchisce molto. Spesso siamo abituati a costruirci delle zone di comfort dalle quali il lavoro in équipes ci costringe a uscire. Questo chiaramente ci arricchisce molto». [OSS1, CSAC]

La completezza della visione sull'anziano è stata assicurata anche dalla collaborazione con gli educatori e gli assistenti sociali, individuati come i più adeguati a orientare l'attività complessiva del GIPIC dal punto di vista sociale. A questo proposito, in particolare nel corso delle interviste, sono state evidenziate alcune resistenze da parte dei professionisti del settore sanitario a riconoscere come responsabili del gruppo di lavoro, a livello operativo, professionisti dell'ambito sociale, come:

«Non è una cosa scontata che chi è del settore sanitario infermieristico, accetti di avere un referente del gruppo che in qualche modo non è un sanitario. Però probabilmente è stato un elemento di vantaggio, perché dove ha funzionato si è visto che ognuno può portare uno specifico, una competenza che comunque arricchisce anche gli altri». [CTP Membro 1, ASL CN1]

Inoltre, nel corso dei focus group è emerso che questo metodo di lavoro ha permesso di decostruire le diffidenze fra operatori e di superare delle visioni strettamente legate al ruolo di ciascuno. Ad esempio, il confronto tra figure professionali diverse ha incoraggiato il superamento di una visione essenzialmente prestazionale della cura sanitaria. Infatti, avendo la possibilità di rispondere anche a bisogni di natura sociale, gli stessi operatori sanitari hanno potuto rivalutare l'importanza delle fragilità che derivano da una condizione di depressione o solitudine. Come emerso nel corso dei focus group:

«Precedentemente all'esperienza fatta con INCL, guardavamo al lato prestazionale, non tanto al fattore solitudine, ad esempio se era depresso, perché lo sottovalutavamo rispetto ad altri fattori più strettamente sanitari. Con questo progetto si riesce a fare emergere questa parte qui, che è importante. Il problema degli anziani infatti non è solo prendere la terapia». [INF4b, CMS]

La modalità di lavoro in équipe ha poi reso meno oneroso, dal punto di vista emotivo, l'intervento sulla persona, grazie a una condivisione costante delle informazioni circa la condizione degli anziani, che ha alimentato la relazione di fiducia reciproca sia tra colleghi, sia da parte degli anziani in carico. Il confronto quotidiano tra i diversi membri del GIPIC ha poi consentito di alleggerire la mole di lavoro individuale e di lavorare in maniera più efficiente, promuovendo la sostenibilità di questa pratica nel tempo e contribuendo a renderla abituale.

«Un punto di forza delle équipe è che c'è una certa condivisione del lavoro, e quindi ci si può permettere di scherzare sia sul nostro intervento, sia sulla persona, anche per sdrammatizzare [...] Ci si riesce a mettere anche nei panni dell'altro operatore, perché non è detto che siccome lo fai da trent'anni allora lo fai bene o lo devi fare sempre così, ma puoi imparare anche dagli altri. [...] Per esempio il discorso di questo signore [...] quando l'ho preso in carico avevo una certa idea di lui, poi parlando con loro l'ho visto sotto un'altra luce. Lo avevo visto come una persona noiosa, anche esigente. Dopodiché, parlando con lei [riferendosi all'assistente sociale, nda], ho valutato la sua parte di persona depressa, questo perché lavorando da tanti anni con i servizi avevo proprio una visione stereotipata, e invece ora vado da lui volentieri». [OSS5, CMS]

Nonostante la modalità di lavoro attraverso i GIPIC abbia avuto numerose ricadute positive, dall'analisi sono emerse due principali criticità. La prima ha riguardato l'onere "burocratico" connesso al lavoro di équipe e relativo alla compilazione di schede di valutazione dello stato di salute e della condizione dell'anziano. Tali schede dovevano essere compilate ogni tre mesi, ma questo lasso di tempo, secondo i partecipanti ai focus, è troppo breve per poter cogliere dei cambiamenti nella condizione dell'anziano. Inoltre, le schede dovevano essere compilate dall'intera équipe (gli indicatori di benessere richiedevano infatti la contemporanea presenza dell'assistente sociale, dell'infermiere, dell'OSS, dell'educatore professionale). Questo ha reso complesso il rispetto delle scadenze, anche a causa dell'assenza di spazi fisici dedicati agli incontri di équipe, e alcune valli hanno quindi deciso

di procedere con una compilazione semestrale. Inoltre, secondo alcuni partecipanti ai focus group le schede non sono uno strumento in grado di cogliere i reali bisogni delle persone, da un lato, perché non consentono di focalizzarsi adeguatamente sugli aspetti sociali, dall'altro perché la rigidità degli indicatori spinge a incasellare una situazione sociale e sanitaria che nella realtà è molto più sfaccettata e complessa. Come riportato nei focus:

«La tempistica di tre mesi è eccessivamente ravvicinata. Noi lo abbiamo fatto, abbiamo brontolato ma comunque abbiamo compilato. Però ci vuole tempo per farlo ed è necessario riunire il GIPIC perchè per fare una cosa di senso dobbiamo esserci tutti». [AS4b, CMS]

«Il carico di lavoro è tanto, in queste schede di progetto ci sono un sacco di obiettivi da crocettare, ci vuole tempo per capire la scheda e cosa inserire. È necessario conoscere bene la persona, ma poi in realtà conoscendo le diverse situazioni segni le cose nella scheda ma sai che dietro ci sono tante altre cose importanti». [AS2, CSAC]

«La compilazione è complessa e la prima volta è stato davvero difficilissimo, c'erano da capire tante cose. Quello che ci ha messo in difficoltà è stato che alcune voci erano chiuse e non ci consentivano di dettagliare meglio la situazione dell'anziano. Le nostre situazioni a volte sono difficili da incasellare». [AS5b, CMS]

La seconda criticità emersa nel corso dei focus group è legata all'assenza, nei GIPIC, di operatori del volontariato. Secondo i partecipanti al focus, il coinvolgimento dei volontari avrebbe facilitato l'individuazione dei bisogni in ragione del rapporto di prossimità che i volontari hanno con il territorio. Come emerso nel corso dei focus group:

«I volontari non sono all'interno delle équipes GIPIC, però hanno un ruolo fondamentale nell'individuazione dei bisogni, dato che sono presenti sul territorio h24. Noi lavoriamo in valle ma non ci andiamo molto, mentre l'associazione di volontariato può attivare una presa in carico effettiva, laddove c'è un intervento più leggero, se condiviso, può essere delegato al volontariato – che ha un ruolo diverso – ma la sua attività può diventare parte integrante della presa in carico». [EP1, CSAC]

4.3. Il miglioramento dei servizi agli anziani

Il lavoro in équipes ha portato a un miglioramento della qualità dei servizi erogati nel territorio. In primo luogo, ha permesso di adottare un approccio olistico al benessere della persona e di agire in ottica preventiva, tenendo conto non solo dei suoi bisogni manifesti, ma anche di quelli latenti o che potrebbero insorgere. Come emerso nel corso delle interviste:

«Con INCL realizziamo una valutazione complessiva della persona attraverso l'équipe che al suo interno ha professionalità diverse. Questo ci consente di capire i suoi bisogni e la sua situazione. Prima di INCL,

noi rispondevamo a richieste specifiche. Ora cerchiamo di capire ad esempio se l'anziano ha bisogno del pasto, se ha una situazione sanitaria che è meglio tenere sotto controllo, ad esempio perché ha un diabete [...] Quindi l'infermiera fa la sua parte, l'assistente sociale la sua [...] e se vediamo che la persona ha bisogni legati alla socializzazione, allora si attivano gli educatori e cerchiamo di strutturare momenti specifici. La valutazione e le risposte sono quindi a 365 gradi». [CTP membro 3, CSAC]

L'emersione dei bisogni latenti e la messa in campo di interventi preventivi sono anche un esito della relazione che gli anziani sviluppano con gli operatori nel corso del tempo. In molti casi infatti, bisogni inizialmente sommersi sono venuti alla luce grazie allo sviluppo di una relazione prolungata e costante nel tempo fra anziani e operatori. Come emerso nel corso dei focus group:

«Abbiamo preso in carico casi che sembrano lievi, poi i bisogni sono in realtà emersi durante la presa in carico. La presa in carico ci permette quindi di prevenire problematiche più importanti. Bisogni sommersi, come ad esempio la solitudine, non sono evidenti, molto spesso le persone indossano una maschera, ed è solo con una relazione continua nel tempo che possono emergere». [OSS1, CSAC]

«Ci sono problematiche sommerse... c'era ad esempio la persona diabetica che andava a fare regolarmente gli esami del sangue e per questo conosceva bene gli infermieri, ma in realtà tante cose sono poi emerse andando a casa, ad esempio la gamba che si gonfiava, cose di questo tipo. Il fatto di avere queste infermiere è quindi un'opportunità perché ci sono persone che se non sono adeguatamente stimolate non pensano alle cose». [OSS6, CMS]

INCL ha poi velocizzato i tempi di intervento sulle persone. Le visite domiciliari organizzate con la presenza simultanea di più professionisti, infatti, hanno consentito di soddisfare in tempi più rapidi le domande di assistenza degli anziani, alleggerendo l'attività di monitoraggio sullo stato di salute, e sono diventate anche un pretesto per verificare lo stato emotivo della persona, creando un momento di socialità:

«Dopo esserci conosciuti fra operatori è tutto molto più semplice, prendere il telefono, stare quindi in contatto se è il momento di prendere decisioni. Anche rispetto alle domande che fa l'utenza, abbiamo modo di farvi fronte più rapidamente chiedendo all'infermiera o all'assistente sociale. Il lavoro di équipe ha facilitato molto perché ora è più semplice, ci confrontiamo sempre, prima invece aspettavi a chiamare. Confrontandoti puoi dare una risposta che (...) dove non arrivi tu arrivano loro, e quindi anche l'utenza è più contenta». [EP2, CSAC]

«Grazie all'équipe multidisciplinare non devo fare la richiesta a questo o a quell'operatore, posso programmare subito un intervento con l'operatore dedicato. In questo modo si risponde al bisogno in maniera più celere, ci si attiva prima. È vero, non abbiamo chissà che tempo a disposizione, ma ci si incastra, c'è modo di agganciare la persona subito. La maggiore velocità ci dà anche la possibilità di rispondere a

bisogni diversi, anche sociali». [INF3, CSAC]

Una criticità che ha riguardato INCL per la parte sui servizi attiene alla mancata previsione, nel budget, di una quota destinata all'attività di servizio trasporti degli anziani. Questo ha di fatto impegnato le operatrici e gli operatori, in alcuni casi⁹, per un quantitativo di ore superiore a quelle previste:

«Bisogna andare a prendere le persone e portarle all'attività, che a loro piace tantissimo, e anche a me piace tanto, però bisogna poi stare lì e dopo diventano più di due o tre ore, e queste ore le devo recuperare tutte». [OSS6, CMS]

Il budget del progetto non ha poi garantito la copertura dei costi in capo agli anziani per la partecipazione alle attività di animazione, creando una disparità tra chi poteva sostenerli e chi no. Nel caso di un GIPIC, le operatrici hanno organizzato alcune gite fuori porta insieme a un'agenzia, calcolando il numero di persone che potevano partecipare e la quota cadauna, e chiedendo alle associazioni di volontariato che partecipavano accompagnando gli anziani di pagare per le persone che non riuscivano a sostenere la spesa. Come ci raccontano un'assistente sociale e un'educatrice:

«Manca un budget destinato a sostenere i costi in capo agli anziani per la realizzazione delle attività, penso ad esempio alle gite. Quindi c'è budget sulle ore lavoro, ma non sui costi per le attività. Abbiamo cercato fin da subito di portarlo ai piani alti ma poi abbiamo risolto nella pratica, ma l'abbiamo detto fin da subito che questo era un problema». [AS1, CSAC]

«È un costo che non si può prevedere fino all'ultimo minuto, ci troviamo a fare i matematici perché dobbiamo fare i calcoli. Se avessimo margine sul budget, potremmo offrire la possibilità di partecipare senza fare calcoli troppo difficili per anziani che potrebbero non partecipare per ragioni economiche (...) Non sono nemmeno dell'idea che bisogna offrire tutto gratuitamente, ma ci dovrebbe essere la possibilità di far pagare all'utente che non ha problemi economici una cifra, ad altri magari la metà, ad altri ancora nulla». [EP1, CSAC]

4.4. L'impatto sul territorio

Il progetto INCL ha avuto importanti conseguenze anche in termini di impatto sulla rete territoriale. Il materiale elaborato è stato distinto in due sezioni: nella prima sono descritte le esperienze dei diversi GIPIC nel territorio di riferimento, segnalando le peculiarità di ciascun contesto sociale vallivo; nella seconda sono riportate le considerazioni delle persone intervistate circa il lascito di INCL, in termini di potenzialità e criticità, sui territori interessati.

9. Ad esempio, per il tempo impiegato negli spostamenti tra i comuni per accompagnare gli anziani soli alle attività di animazione.

4.4.1. Le peculiarità delle Valli e le reti territoriali

L'analisi delle attività realizzate, in particolare quelle che hanno coinvolto direttamente i territori (come l'animazione), evidenzia che il lascito di progettualità che già prima di INCL hanno promosso la costruzione di reti territoriali sia stato determinante rispetto agli esiti. Infatti, laddove era stato svolto un lavoro preliminare di attivazione della comunità e di costruzione di una rete territoriale è stato più agevole coinvolgere gli anziani e il territorio nel suo complesso. A questo proposito, nel corso dei focus group, è emerso chiaramente come le peculiarità di ciascuna Valle abbiano determinato scenari molto differenti.

Le operatrici del GIPIC Valle Stura hanno evidenziato come il progetto INCL abbia consentito di valorizzare la rete territoriale costruita in precedenza e, in particolare, la partnership con un'associazione presente e attiva sul territorio, che già collaborava con i servizi, il Consorzio e l'ASL. Ad esempio, il territorio ha messo a disposizione spazi utili a ospitare i momenti di animazione territoriale organizzati dal GIPIC. Le attività realizzate nell'ambito di INCL erano rivolte soprattutto alla cittadinanza del territorio, e poi proposte anche agli anziani presi in carico che potevano parteciparvi. In questo caso, INCL ha quindi agito in continuità con progettualità che in precedenza avevano già sperimentato interventi di invecchiamento attivo.

La Valle Grana è un territorio contraddistinto, da un lato, da pregresse esperienze progettuali che, nell'ambito della domiciliarità e dell'invecchiamento attivo, avevano già permesso la costruzione di solide reti territoriali e il coinvolgimento dei soggetti fragili del territorio e, dall'altro, dalla presenza di OSS fortemente radicate nel territorio e che costituivano un riferimento per le comunità locali. Qui, il progetto INCL ha favorito il consolidamento delle relazioni di fiducia e il lavoro congiunto, soprattutto rispetto agli enti del Terzo Settore presenti sul territorio. Peculiare, come abbiamo accennato, è la presenza nel GIPIC di quattro operatrici che afferiscono a una casa di riposo molto attiva sul territorio, che già dal 2015 porta avanti attività che prevedono il coinvolgimento della comunità anziana nella valle. La particolarità di questo GIPIC, pertanto, risiede nella sua composizione, poiché la presenza di operatrici già conosciute alla comunità e agli anziani della Valle ha favorito l'implementazione di INCL e il coinvolgimento della comunità. In questo territorio, la partecipazione alle attività di animazione territoriale è stata ampia e ha coinvolto molte persone estranee al progetto INCL, tra cui famiglie e bambini.

Diverso è il caso della Valle Maira, in cui non erano mai state avviate iniziative simili e la collaborazione con il territorio promossa da INCL è rimasta debole. Inoltre, l'avvio dell'iniziativa è stato più complesso perché le infermiere e le assistenti sociali del GIPIC (per ragioni di *turnover*) conoscevano poco il

territorio. Nello specifico, i focus group hanno evidenziato una debole partecipazione delle persone - sia degli anziani target che della cittadinanza valliva - ai momenti di animazione territoriale.

In Valle Varaita, la costruzione della rete territoriale era stata avviata, già prima di INCL, con la consulenza di un ente esterno nell'ambito di un altro progetto di sviluppo territoriale. Durante quel periodo, era stata realizzata una mappatura dei bisogni e delle risorse territoriali, grazie anche al coinvolgimento delle amministrazioni comunali e delle realtà locali. La mappatura è stata poi aggiornata in occasione dell'avvio di INCL, realizzando degli incontri con le amministrazioni comunali e le realtà locali interessate per presentare quanto fatto con il progetto precedente e inserire nuove informazioni circa i bisogni rilevati, procedendo altresì con una serie di interviste singole alle persone disponibili - non solo gli anziani - per costruire insieme una risposta adatta alle esigenze del territorio. Nel corso della sua implementazione, è emersa chiaramente la difficoltà di organizzare l'attività in questo territorio, poiché i comuni coinvolti (Verzuolo, Venasca e Costigliole) sono distanti tra loro. Sebbene le OSS abbiano collaborato con il gruppo animazione, accompagnando gli anziani agli incontri è emersa la difficoltà di muoversi su più territori vallivi, e per molti anziani è stato complesso partecipare alle attività che si sono svolte in altre valli. Ciononostante, l'animazione territoriale ha visto la partecipazione di molti anziani in carico ai GIPIC e di altre persone esterne al progetto INCL.

Come abbiamo avuto modo di accennare in precedenza (sezione 1), in Valle Po e Valle Bronda opera il medesimo GIPIC; nonostante questo, le esperienze realizzate si differenziano per molti aspetti. In Valle Po, l'équipe ha fatto un significativo investimento per far conoscere il progetto e coinvolgere la comunità¹⁰ e INCL ha suscitato l'interesse delle amministrazioni locali e delle associazioni, che hanno contribuito alla sua riuscita in maniera significativa. La Valle Bronda, per la sua estensione e le conseguenti difficoltà nella gestione degli spostamenti, presenta invece un tessuto associativo più debole, che ha risposto in maniera flebile alle sfide lanciate da una progettazione territoriale come INCL. Si tratta di un territorio segnato anche da un cambiamento sociodemografico significativo poiché, precedentemente abitato da una cospicua quota di anziani, ha visto arrivare numerosi giovani che si sono trasferiti lì per lavoro. Gli anziani rimasti si sono mostrati inizialmente molto restii rispetto al loro eventuale coinvolgimento nell'attività di animazione territoriale. Tuttavia, l'ingente lavoro del gruppo di animazione - operativo anche sulla Valle Po - ha permesso di realizzare attività che, svolgendosi sui comuni di entrambe le vallate, ha comunque coinvolto un ampio numero di persone.

10. Ad esempio, è stata organizzata una mostra fotografica ("La bellezza della fragilità") sull'attività di animazione che ha coinvolto gli anziani durante il periodo di lockdown e in cui gli anziani si sono lasciati ritrarre ricreando quadri famosi. Grazie alla mostra, è stato possibile diffondere i contenuti delle attività di animazione del progetto INCL e cogliere l'interesse dei membri della comunità. La mostra è stata poi organizzata anche negli altri comuni delle Vallate interessate dal progetto INCL.

11. Tale difficoltà si lega anche al fatto che il GIPIC in Valle infernotto è stato istituito e reso operativo quando il progetto INCL, nelle altre vallate, era stato già avviato.

Ancora diverso è il caso della Valle Infernotto (ovvero del territorio di Barge e Bagnolo). Qui è emersa una decisa difficoltà¹¹ a sviluppare collaborazioni sul territorio. Nel caso specifico, è risultato ancora più difficile organizzare attività di questo tipo, trattandosi di un territorio più “cittadino”, caratterizzato da una popolazione più giovane rispetto a quella target di progetto e occupata quindi in attività lavorative. Ciononostante, grazie alla presenza di un’amministrazione che si è dimostrata interessata e sensibile rispetto agli obiettivi del progetto, si è deciso di estendere l’ambito territoriale su cui insiste INCL anche a questi territori, in cui non erano stati realizzati prima progetti di questo tipo e in cui, perciò, bisognava agire per costruire reti di incontro e occasioni di conoscenza del e con il territorio. Tuttavia, sebbene in questo caso si sia evidenziata una difficoltà nel reperire personale disponibile ad accompagnare e assistere gli anziani durante le attività di animazione organizzate dagli educatori (anche a causa della debole collaborazione con le associazioni di volontariato) gli incontri organizzati hanno riscosso un significativo successo, coinvolgendo sia gli anziani presi in carico sia gli abitanti di altri comuni non coinvolti nel progetto INCL.

4.4.2. L’eredità di INCL nei territori coinvolti

Un importante lascito del progetto riguarda la costruzione e/o il consolidamento della rete territoriale. Il progetto INCL ha generato una serie di relazioni fra le amministrazioni, i sindaci, i servizi sociali, le associazioni di volontariato e le altre realtà che operano sui territori vallivi che sono destinate a durare oltre la fine del progetto. La presenza di queste reti, oltre a gettare le basi per lo sviluppo di future iniziative basate sulla collaborazione fra più soggetti, mette gli anziani in condizione di percepire la presenza di persone che si prendono cura dei loro bisogni. Come sottolineato nel corso dei focus group:

«Se guardiamo al territorio le reti attivate sono una grande ricchezza. Ad esempio, se domani non ci fosse più il GIPIC, io so che comunque c’è l’assistente sociale, che ha visto molte volte il sindaco per questo progetto, che conosce le infermiere, che riesce benissimo a coinvolgere la pro loco eccetera. (...) Lo stesso vale per gli anziani, anche in questo caso la rete è quello che rimane. Il volontario, che va oggi a portare la spesa, o che comunque vede la tapparella abbassata ma sa che l’anziano c’è e suona il campanello (...) queste relazioni si sono create nel tempo, e quando crei la relazione automaticamente si crea la rete». [CTP membro 2, CMS]

Il progetto ha poi permesso di raccontare all’esterno, e di rendere visibile alla comunità nel suo complesso, come operano concretamente i servizi per gli anziani. Gli operatori sono quindi diventati un punto di riferimento non solo per chi ha dei bisogni, ma anche per chi intende progettare e implementare azioni che migliorino il benessere della comunità. Come ci racconta un’assistente sociale:

«Si era perso questo collegamento con le amministrazioni, con i sindaci, e questo progetto è stata l'occasione per presentare i servizi, per far sapere cosa facciamo e per essere un riferimento concreto per le amministrazioni. Abbiamo fatto anche altri incontri in cui abbiamo allargato al volontariato, alla Croce Rossa, e quindi conoscere queste persone mi ha fatto capire che è un elemento in più, e penso che questo sia una ricchezza in più sia sul lavoro in sé che sulla metodologia». [AS5b, CMS]

Tuttavia, la rete costruita in questo anno di lavoro è “a maglie larghe” e necessita di essere alimentata e sorretta. Per questa ragione, negli ultimi mesi di progetto, è stata realizzata un'attività di formazione allo scopo di rilanciare i processi di collaborazione e di condivisione fra e all'interno dei GIPIC. Questa formazione, peraltro, è stata proposta anche a chi non ha fatto parte del progetto INCL in modo da promuovere la diffusione e il consolidamento di un metodo di lavoro anche al di fuori dei confini della sperimentazione.

«Adesso questa relazione si è creata, e quando crei la relazione automaticamente si crea la rete. Una rete a maglie molto grandi, ma che può sorreggere [il servizio, nda] e va infittita. Va alimentata, quindi dobbiamo investire negli operatori, nella formazione in valle, motivo per cui la formazione che facciamo adesso è stata allargata anche agli operatori non coinvolti nel progetto INCL. (...) A livello di processo sicuramente questo ci rimane. Al territorio allargato, quindi non solo all'anziano coinvolto, ma a tutti gli anziani». [CTP Membro 2, CMS]

4.5. Quale impatto sugli operatori, sui servizi e sul territorio? Riflessioni di sintesi

Le innovazioni introdotte grazie a INCL hanno avuto impatti rilevanti sulle modalità di presa in carico, di lavoro degli operatori, sulla gestione dei servizi agli anziani e sulla costruzione (o sul consolidamento) delle reti territoriali.

L'innovazione del target, che ha riguardato anziani con fragilità non conclamate e in generale più leggere, si è associata a una presa in carico integrata su tre fronti: sanitario, sociale e di comunità. Se sul territorio era già ampiamente diffusa l'integrazione socio-sanitaria (anche se non riferita a questo specifico target), l'integrazione con le attività di animazione territoriale ha rappresentato una novità assoluta. Tale novità ha permesso non solo una risposta multidimensionale rispetto ai bisogni manifesti degli anziani, ma anche un'azione preventiva rispetto a quelli latenti. Questa integrazione peraltro non sarebbe stata possibile senza la costituzione dei GIPIC. Il lavoro in équipe è stata un'esperienza di grande valore per gli operatori per diverse ragioni. In primo luogo, la sinergia con professionisti provenienti da altri contesti ha consentito di riflettere criticamente sulle proprie modalità di azione, riuscendo a liberare gli operatori dalle mansioni esclusivamente legate al proprio ruolo, in un'ottica di apprendimento. Questo processo ha consentito, da un lato, di avere un quadro

più completo della situazione degli anziani, portando alla luce i loro bisogni sommersi e, dall'altro, ha reso meno onerosa emotivamente la presa in carico (sia per gli anziani sia per gli operatori). D'altra parte, l'assenza di operatori del volontariato nei GIPIC è stata considerata un limite, perché avrebbero facilitato l'individuazione dei bisogni, dato il rapporto di prossimità che essi hanno con gli anziani che vivono nel territorio. Inoltre, per quanto la presa in carico sia stata molto efficace, il monitoraggio attraverso le schede di valutazione è stato vissuto come un onere e non si è rivelato particolarmente utile nel garantire un miglioramento nella condizione degli anziani.

Ad ogni modo, le innovazioni generate dalla modalità di lavoro in GIPIC sono riuscite a migliorare considerevolmente la qualità dei servizi offerti agli anziani: l'approccio olistico alla persona permette infatti di osservare i bisogni latenti, oltre a quelli manifesti. Inoltre, i tempi di intervento si sono ridotti perché i professionisti riescono a svolgere più velocemente le proprie mansioni collaborando in sinergia. Questo peraltro, offre all'anziano un momento aggiuntivo di socialità, dato dalla compresenza di più persone.

Infine, INCL ha avuto un impatto anche sulle reti territoriali, consolidandole dove erano già presenti o promuovendone la costruzione dove non lo erano. Ciò è stato possibile per due ragioni principali. La prima è che, attraverso la collaborazione con gli enti pubblici e privati del territorio e la società civile, gli operatori di INCL sono diventati un punto di riferimento per la comunità. La seconda è che il progetto ha promosso la costruzione di relazioni tra gli anziani fragili in carico con altri anziani del territorio che hanno partecipato alle attività di animazione. Ad ogni modo, lo sviluppo delle attività di rete è stato fortemente condizionato dalle peculiarità territoriali: nelle valli in cui le reti erano già costruite, la realizzazione dell'animazione territoriale è stata più semplice; nelle valli in cui non erano già presenti, talvolta il territorio ha accolto e promosso le azioni di INCL, mentre in altri casi le istituzioni e le realtà locali sono state reticenti a supportare il progetto e i GIPIC.

5. Conclusioni

Nel campo delle politiche rivolte agli anziani, si stanno diffondendo progetti centrati sulla promozione della domiciliarità grazie all'adozione di un approccio multidimensionale e di prossimità. Si tratta di iniziative che provano ad affrontare il tema dell'invecchiamento considerandolo non solo dal punto di vista di una migliore gestione di bisogni già conclamati, ma anche della prevenzione del rischio grazie a una tempestiva identificazione e presa in carico dei soggetti fragili. Queste iniziative hanno quindi: 1) tentato di allargare il perimetro della cura dalla singola famiglia o dal "triangolo anziano-badante-famiglia" alla più ampia comunità territoriale di riferimento; 2) cercato di mobilitare una pluralità di risorse - pubbliche e private, formali e informali - che la comunità può mettere a disposizione; 3) introdotto nuove figure professionali (ispirate al "welfare d'iniziativa"); 4) creato nuovi servizi (o riformato quelli esistenti) e/o creato (o adattato) spazi fisici dedicati agli anziani per facilitarne le occasioni relazionali; 5) favorito lo sviluppo di interventi più coordinati tra socializzazione e risposta ai bisogni legati all'invecchiamento (Maino e De Tommaso 2021).

Il progetto INCL si inserisce perfettamente in questo scenario, costituendo un interessante sperimentazione per una serie di ragioni: la ricerca di un approccio preventivo che consenta di invecchiare - e bene - a casa propria, nella direzione non solo di posticipare il più possibile l'ingresso in una struttura dedicata, ma facendo sì che la permanenza in abitazione non costituisca un fattore di rischio o di isolamento, quanto un fattore che consente di mantenere una vita indipendente e di qualità. Tale approccio si è tradotto in obiettivi, e in conseguenti attività e servizi, che vertevano appunto sulla promozione della salute, sulla promozione dell'autonomia - in casa e fuori casa -, sulla creazione di un ambiente domestico il più possibile "*elderly friendly*", e sul contrasto alla solitudine. Il supporto sanitario è stato "leggero" - gli interventi più diffusi sono stati infatti proprio quelli che hanno coinvolto l'ASL, ma hanno previsto meno ore per anziano rispetto a quelli che hanno coinvolto servizi sociali e comunità - ma efficace. L'accompagnamento sanitario è stato infatti valutato molto positivamente sia nel supporto all'utilizzo di farmaci, apparecchi medicali e procedure terapeutiche che per le attività/servizi di monitoraggio dello stato di salute. Si tratta quindi di azioni che seppur semplici, danno molta sicurezza all'anziano, oltre a garantire una prevenzione sanitaria, che è cruciale per gli anziani fragili. I servizi relativi alla sfera dell'assistenza sociale sono stati un po' meno frequenti ma più intensi. La loro applicabilità è dipesa molto dalla condizione del singolo anziano. In generale, il progetto ha ottenuto ottimi risultati circa l'obiettivo di facilitare il disbrigo di pratiche e commissioni e piuttosto buoni nella facilitazione degli spostamenti, proprio nell'ottica di promuovere l'autonomia anche fuori casa. Molto apprezzato è stato anche il servizio di spesa/fornitura pasti e l'aiuto nella spesa. Un risultato importante perché una corretta alimentazione è propedeutica alla prevenzione (pensiamo solo al diabete, malattie cardio vascolari, obesità), ma è condizionata all'ambiente in cui si vive. Le comunità montane possono essere considerate, per certi aspetti, dei *food deserts*, ossia

luoghi in cui l'accesso a cibo – e di qualità – è compromesso dalla mancanza di esercizi commerciali. La possibilità di essere accompagnati a fare la spesa, o di ricevere spesa o pasto a domicilio è quindi una importante opportunità.

Un tema centrale, dal momento che il progetto ambiva appunto anche a favorire la permanenza degli anziani a casa propria, è quello della qualità dell'abitazione (soprattutto in termini di igiene e di creazione di un ambiente domestico più confortevole e sicuro). Su questo il progetto non ha ottenuto ottimi risultati, ed è questo quindi un elemento su cui porre attenzione. Se è vero che ci sono ragioni "strutturali", legate all'obsolescenza degli edifici o alla presenza di barriere, ci sono però altri elementi sui quali si potrebbe intervenire, come la difficoltà a farsi supportare da estranei nelle attività di cura della persona e dell'abitazione, che si potrebbe superare lavorando sulle relazioni e la fiducia, o la carenza di operatori per fare le pulizie, su cui si potrebbe investire. Infine, l'impatto sulla sfera delle capacità relazionali e della socialità – anch'esso punto cardine dell'invecchiamento attivo – è controverso, rappresentando al tempo stesso l'opportunità e la criticità principale del progetto – per quanto complessivamente positivo. Le difficoltà sono da ricondurre all'atteggiamento degli anziani, a volte riluttanti a partecipare alle attività aggregative/di socializzazione o a uscire di casa, altre volte determinati nel tutelare la propria indipendenza. Queste attività però sono molto apprezzate dal momento che aiutano a contrastare il sentimento di solitudine; si tratta quindi di un punto cruciale ma su cui c'è ancora molta strada da fare. Non stupisce infatti che alla domanda "quale servizi/attività andrebbero potenziati?" nel caso di una prosecuzione futura del progetto, oltre la metà dei rispondenti ha risposto auspicando il potenziamento delle attività aggregative e di socializzazione. In generale comunque l'integrazione della dimensione sociale, sanitaria ed educativa ha determinato un miglioramento della qualità dei servizi, perché ha offerto agli operatori un quadro più completo della situazione dell'anziano, e ha permesso di portare alla luce bisogni sommersi, consentendo di adottare un approccio olistico al benessere della persona.

Per quanto riguarda invece l'innovazione del modello di presa in carico, un primo aspetto interessante ha riguardato l'adozione delle équipes multisettoriali che non hanno integrato solo la dimensione sociale e sanitaria, ma anche quella di comunità. Il lavoro in équipes ha costituito un'esperienza di grande valore per gli operatori perché il confronto, come detto, oltre a favorire un approccio olistico, ha consentito di apprendere e migliorare il proprio lavoro. Un secondo aspetto di interesse è quello delle attività aggregative e il relativo coinvolgimento delle comunità. Grazie alla previsione di queste attività, il progetto si inserisce pienamente nel passaggio da un welfare tradizionale e di "attesa" (rispetto alle richieste degli utenti) a un welfare di iniziativa, che si concretizza nella lettura multidimensionale del bisogno, in una attività di *scouting* proattivo e di orientamento dell'utenza, nell'accompagnamento della stessa al servizio più adeguato e, infine, nella presa in carico diretta. In

altre parole, la logica sottostante è quella di attuare un passaggio dal welfare *on demand* dove è la stessa utenza che esplicitamente si manifesta accedendo ai servizi proposti, a un welfare proattivo e connettivo, che prima individua il proprio target di riferimento, ne studia bisogni e necessità e in base a essi delinea i servizi d'offerta (Maino e De Tommaso 2021). In parte, un percorso di questo tipo era già iniziato nel territorio e per questa ragione le risposte sono state differenziate nelle diverse valli oggetto della sperimentazione: in alcune valli c'era una rete già costruita che ha facilitato l'implementazione di INCL, in altre la rete non era costruita ma la comunità si è comunque attivata, in altre ancora c'è stata una certa diffidenza da parte delle istituzioni e delle realtà locali oppure da parte degli anziani. Al di là delle peculiarità di ciascun contesto, il progetto, come abbiamo visto, ha generato lasciti importanti non solo per i risultati raggiunti, ma anche perché mostra come singole progettualità locali possano rappresentare dei veri e propri laboratori di innovazione sociale.

Riferimenti bibliografici

Berloto S. e Longo F. (2021), *Community building di quartiere*, in F. Longo e F. Maino (a cura di), *Platform welfare. Nuove logiche per innovare i servizi locali*, Milano Egea.

Chintana s.r.l., *Definizione del Modello di rete (azione 3.1). Report prima fase*, documento allegato all'avviso pubblico di indagine informale di mercato finalizzata all'acquisizione di manifestazione di interesse all'affidamento del servizio di valutazione degli impatti del progetto nell'ambito delle attività del progetto ALCOTRA "INCL - Invecchiare bene" n. 5163 (CUP G11H17000400007) - WP3, Attività 3.4 CIG ZBC3597AEO.

Hubert A. (a cura di) (2010), *Empowering People, Driving Change. Social Innovation in the European Union*, Publication Office of the European Union, Lussemburgo.

Kitzinger J. (1995), *Qualitative Research: Introducing Focus Groups*, in "British Medical Journal", vol. 331, pp. 299-302.

Longo F. e Maino F. (a cura di) (2021), *Platform welfare. Nuove logiche per innovare i servizi locali*, Milano, Egea, 2021.

Maino F. (2013), *Tra nuovi bisogni e vincoli di bilancio: protagonisti, risorse, innovazione sociale*, in F. Maino e M. Ferrera (a cura di), *Primo Rapporto sul secondo welfare in Italia 2015*, Torino, Centro di Ricerca e Documentazione Luigi Einaudi.

Maino F. (2017), *Secondo welfare e innovazione sociale in Europa: alla ricerca di un nesso*, in F. Maino e M. Ferrera (a cura di), *Terzo Rapporto sul secondo welfare in Italia 2017*, Torino, Centro di Ricerca e Documentazione Luigi Einaudi.

Maino F. e De Tommaso C.V. (2021), *Gli anziani fragili*, in F. Longo e F. Maino (a cura di), *Platform welfare. Nuove logiche per innovare i servizi locali*, Milano Egea.

Prati, G. (2019), *Empowerment e giovani: dimensioni e modelli teorici*, in "Psicologia di comunità" 2/2019, pp. 93-109.

Walter, C. e Hyde, C. (2012), *Community building practice: An expanded conceptual framework*, in M. Minkler (a cura di), *Community organizing and community building for health welfare* (3rd ed.), New Brunswick, NJ, Rutgers University Press.

Zammuner V.L. (2003), *I focus group*, Bologna, Il Mulino.

Zazzera A. (2021), *Definizione e finalità del Community Building*, in F. Longo e S. Barsanti (a cura di), *Community Building: logiche e strumenti di management*, Milano, Egea.

Elenco acronimi utilizzati

I partecipanti ai focus group

AS1, CSAC Assistente Sociale, Consorzio Socio-Assistenziale del Cuneese
EP1, CSAC Educatrice professionale, Consorzio Socio-Assistenziale del Cuneese
OSS1, CSAC Operatrice sociosanitaria, Consorzio Socio-Assistenziale del Cuneese
EP2, CSAC Educatrice, Consorzio Socio-Assistenziale del Cuneese
OSS2, CSAC Operatrice sociosanitaria, Consorzio Socio-Assistenziale del Cuneese
INF2, CSAC Infermiera di Famiglia e Comunità, Consorzio Socio-Assistenziale del Cuneese
AS2, CSAC Assistente sociale, Consorzio Socio-Assistenziale del Cuneese
OSS3a, CSAC Operatrice sociosanitaria, Consorzio Socio-Assistenziale del Cuneese
OSS3b, CSAC Operatrice sociosanitaria, Consorzio Socio-Assistenziale del Cuneese
AS3, CSAC Assistente sociale, Consorzio Socio-Assistenziale del Cuneese
INF3, CSAC Infermiera Famiglia di Comunità presso ASL, Consorzio Socio-Assistenziale del Cuneese
AS4a, CMS Assistente sociale, Consorzio del Monviso Solidale
AS4b, CMS Assistente sociale, Consorzio del Monviso Solidale
OSS4a, CMS Operatrice sociosanitaria, Consorzio del Monviso Solidale
OSS4b, CMS Operatrice sociosanitaria, Consorzio del Monviso Solidale
INF4a, CMS Infermiera ASL Ambulatorio della salute, Consorzio del Monviso Solidale
INF4b, CMS Infermiera ASL, Consorzio del Monviso Solidale
EP4, CMS Educatrice professionale, Consorzio del Monviso Solidale
AS5a, CMS Assistente sociale, Consorzio del Monviso Solidale
AS5b, CMS Assistente sociale, Consorzio del Monviso Solidale
OSS5, CMS Operatrice sociosanitaria, Consorzio del Monviso Solidale
INF5, CMS Infermiera ASL Ambulatorio della salute, Consorzio del Monviso Solidale
AS6, CMS Assistente sociale, Consorzio del Monviso Solidale
OSS6, CMS Operatrice sociosanitaria, Consorzio del Monviso Solidale

I partecipanti alle interviste in profondità

I membri della cabina di regia

CTP Membro 1, ASL CN1 Responsabile ASL, Comitato Tecnico di Progetto
CTP Membro 2, CMS Progettista, Comitato Tecnico di Progetto
CTP Membro 3, CSAC Responsabile Servizio Sociale Minori e Famiglie, Comitato Tecnico di Progetto
CTP Membro 4, CSAC Progettista, Comitato Tecnico di Progetto
CTP Membro 5, CMS Responsabile area progettazione, Comitato Tecnico di Progetto

Gli anziani

I1, CSAC Intervistata 1

I2, CSAC Intervistata 2

I3, CSAC Intervistata 3

I4, CMS Intervistato 4

I5, CMS Intervistato 5

I6, CMS Intervistata 6



www.secondowelfare.it



info@secondowelfare.it



Dipartimento di Scienze Sociali e Politiche
Università degli Studi di Milano
Via Conservatorio, 7
20122 • Milano