



ALMA MATER STUDIORUM
UNIVERSITÀ DI BOLOGNA
DIPARTIMENTO DI SCIENZE POLITICHE E SOCIALI

MASTER II LIVELLO
Governance e innovazioni di welfare locale

a.a. 2024/2025

Analisi quantitativa e qualitativa delle richieste di presa in carico pervenute al Servizio Sociale
del Quartiere Borgo Panigale Reno – ambito non autosufficienza - del Comune di Bologna e dei
servizi attivati

Project work a cura di
Rubina Piazzai

INDICE

INTRODUZIONE

Pag. 3

DEFINIZIONE DELLA NON AUTOSUFFICIENZA, QUADRO NORMATIVO DI RIFERIMENTO, PRINCIPALI INTERVENTI E SERVIZI, PRIME RIFLESSIONI

Definizione di non autosufficienza e quadro normativo di riferimento

Pag.3

Organizzazione del servizio sociale non autosufficienza Comune di Bologna

Pag. 4

Prime riflessioni

Pag. 6

PREMESSE DI CONTESTO PER LA RICERCA SVOLTA, PREMESSE METODOLOGICHE, RISULTATI IN FORMA GRAFICA E RIFLESSIONI CONCLUSIVE

Organizzazione del servizio sociale non autosufficienza del Quartiere Borgo Panigale Reno nella gestione delle richieste di presa in carico da parte dei cittadini e/o da parte di altri soggetti

Pag. 6

Presupposto che ha reso possibile l'analisi dei dati di seguito proposta

Pag. 8

Modalità di raccolta dati per l'analisi che propongo nel presente lavoro

Pag. 8

Risultati dell'analisi quantitativa dei dati

Pag. 9

Considerazioni sulle connessioni tra i dati e l'analisi qualitativa delle richieste pervenute al servizio sociale

Pag. 12

Complessità ed elementi da tenere in considerazione nella raccolta dei dati

Pag. 13

Considerazioni conclusive

Pag. 14

Bibliografia

Pag. 15

Allegato 1 - Modello di scheda sociale

Allegato 2 - Glossario per la lettura della tabella di Pag. 9

INTRODUZIONE

Il servizio sociale si trova oggi a rispondere ad una complessità crescente. L'Italia è il paese con l'età media più alta dell'Unione Europea e questo è un dato in costante crescita, l'inflazione colpisce il potere d'acquisto delle pensioni, i servizi dedicati agli anziani prevedono per legge una compartecipazione alla spesa che diventa sempre più onerosa da sostenere per le famiglie. Questi appena elencati sono alcuni dei motivi per i quali il servizio sociale che si occupa di non autosufficienza si trova ad avere la necessità di implementare strumenti e metodologie integrate e multidisciplinari. In quest'ottica diventa necessario individuare percorsi di analisi e di lettura della domanda e dell'offerta di servizi per ripensare le politiche che afferiscono a questa area.

L'obiettivo di questo lavoro è condurre un'analisi quantitativa e qualitativa sulle richieste di presa in carico ricevute dall' U.O. Servizio Sociale di Comunità del Quartiere Borgo Panigale-Reno, Comune di Bologna, ambito non autosufficienza, nel corso dell'anno 2024, mettendole in relazione con le relative risposte da parte del Servizio Sociale Territoriale.

DEFINIZIONE DELLA NON AUTOSUFFICIENZA, QUADRO NORMATIVO DI RIFERIMENTO, PRINCIPALI INTERVENTI E SERVIZI, PRIME RIFLESSIONI

Definizione di non autosufficienza e quadro normativo di riferimento

La definizione di non autosufficienza è deducibile da una serie di fonti normative e documenti programmatici. Il Piano nazionale per la non autosufficienza¹ riprende una definizione che considera le persone con disabilità fisica, psichica, sensoriale o relazionale che, tramite criteri uniformi e una valutazione multidimensionale, risultano incapaci di svolgere in autonomia funzioni essenziali della vita quotidiana come: vestirsi, mangiare in autonomia, esprimere i propri bisogni.

Nell' art. 2 (Dossier Camera Deputati sulla definizione di non autosufficienza²) sono considerate non autosufficienti le persone con disabilità accertata secondo criteri uniformi su tutto il territorio nazionale e basata sulla valutazione multidimensionale delle condizioni funzionali e sociali, in linea con l'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) e la Classificazione Internazionale del Funzionamento, della Disabilità e della Salute (ICF³).

La valutazione è effettuata da unità multiprofessionali che considerano aspetti clinici, psichici, sensoriali, funzionali e relazionali.

¹ Il Piano nazionale per la non autosufficienza è reperibile sul sito del Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali <https://www.lavoro.gov.it>

² Il Dossier è reperibile sul sito della Camera dei Deputati sezione documenti https://documenti.camera.it/leg18/dossier/testi/AS0201.htm?_1613393334379

³ *International Classification of Functioning Disability and Health*

Il Piano per la Non Autosufficienza 2022–2024 (DPCM) riprende il quadro delineato nella legislazione esistente (Legge di bilancio, Decreti legislativi) e definisce la platea dei destinatari, richiamando la necessità di una valutazione multidimensionale come base per identificare la condizione di non autosufficienza.

La Legge 27 dicembre 2006, n. 296 istituisce il Fondo Nazionale per la non Autosufficienza allo scopo di garantire prestazioni assistenziali essenziali alle persone non autosufficienti. La legge di Bilancio 2022 (L. n. 234/2021, commi 159 e seguenti) ha previsto la definizione di livelli essenziali delle prestazioni sociali (LEPS) per le persone anziane non autosufficienti, indicando che i servizi socioassistenziali debbano essere garantiti per chi richiede supporto nelle attività fondamentali della vita quotidiana.

Nella pratica sanitaria e sociosanitaria, la condizione di non autosufficienza è intesa come perdita permanente, totale o parziale delle abilità fisiche, psichiche, sensoriali o cognitive, che comporta l'incapacità di svolgere azioni essenziali della vita quotidiana senza aiuto.

Altre due leggi che non definiscono la non autosufficienza ma che sono strettamente connesse con questa condizione sono: la Legge 5 febbraio 1992, n. 104 che definisce la disabilità e integra i criteri per l'accertamento di handicap (che può entrare in gioco nella valutazione di non autosufficienza ai fini di alcuni benefici) e la Legge dell'8 novembre 2000, n. 328, quadro per il sistema integrato di interventi e servizi sociali, con riferimento ai piani individualizzati (PAI), utilizzati nella presa in carico delle persone non autosufficienti.

L'Unione Europea promuove l'assistenza a lungo termine (LTC) attraverso il Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza⁴ (PNRR) negli stati membri; in Italia il riferimento normativo è la Legge 33/2023.

Organizzazione del Servizio Sociale non autosufficienza Comune di Bologna

L'intervento professionale nell'ambito della non autosufficienza è caratterizzato da una forte componente di integrazione sociosanitaria che vede coinvolti professionisti provenienti principalmente dall'Ente Locale, dalla Ausl e dall'Azienda Ospedaliera. L'integrazione sociosanitaria è ben visibile analizzando la modalità di finanziamento dei servizi; i principali servizi erogati dall'ente locale sono finanziati anche in parte dal Fondo Sanitario, come nel caso dell'assistenza domiciliare e delle strutture semiresidenziali. Alla componente sociale, finanziata dall'ente locale, ed alla componente sanitaria, finanziata dalla Ausl, si aggiunge la componente di compartecipazione dell'utente definita in base all'Isee.

Altri servizi, come la consegna dei pasti a domicilio per anziani non autosufficienti, vengono finanziati dall'ente locale e dalla quota di compartecipazione chiesta all'utente in base all'Isee.

A Bologna l'attivazione delle dimissioni protette viene effettuata durante la degenza ospedaliera, in collaborazione con i Servizi Sociali Territoriali e non prevede la compartecipazione alla spesa da parte dell'utente che riceve il servizio gratuitamente per un massimo di 30 giorni.

⁴ Il PNRR italiano (Missione 6, Componente 1) investe circa 3 miliardi di euro per potenziare l'assistenza a lungo termine, puntando a incrementare l'assistenza domiciliare (ADI) per raggiungere il 10% degli over 65 non autosufficienti entro il 2026. L'obiettivo principale è rendere la casa il "primo luogo di cura", riducendo il ricovero improprio tramite il supporto della telemedicina e la creazione di oltre 600 Centrali Operative Territoriali (COT) per il coordinamento dei servizi.

L'inserimento in struttura residenziale tramite lista pubblica prevede che l'utente sostenga la spesa sociale, mentre quella sanitaria è a carico del Fondo Sanitario Regionale, l'ente locale interviene solo nel caso di anziani che non hanno entrate pensionistiche e reddituali sufficienti a coprire la quota di loro spettanza, in base a requisiti stabiliti nel regolamento comunale.

La valutazione multiprofessionale che, nella sua forma più semplice, vede coinvolta l'assistente sociale e l'infermiere, si arricchisce anche del geriatra per valutazioni complesse che prevedono l'inserimento in strutture residenziali o semiresidenziali specializzate per disturbi del comportamento.

Nell'ambito territoriale del Comune di Bologna gli interventi e i servizi rivolti alle persone con più di 65 anni riguardano in particolare:

- socializzazione, contrasto alla solitudine, sensibilizzazione e promozione di sani stili di vita
- sostegno economico per fare fronte all'indigenza, per finalità specifiche quali il sostegno ai costi dell'assistenza, per l'adattamento domestico e per effettuare soggiorni estivi.
- sostegno della domiciliarità: assistenza al domicilio, telesoccorso, servizi di accoglienza nelle ore diurne della giornata, servizio pasti e attività ricreative e di stimolazione.
- servizi residenziali che accolgono le persone nell'arco dell'intera giornata offrendo tutti i servizi assistenziali e sanitari opportuni per garantire sicurezza e qualità di vita in ambiente protetto⁵.

Oltre agli interventi ed ai servizi sopra elencati vengono sempre più implementati i servizi a supporto del caregiver. A livello normativo troviamo la Legge 104/1992 (art.33) che prevede già permessi e congedi lavorativi per l'assistenza di persone con handicap grave ma è con la Legge di Bilancio del 2018 (L.205/2017) che viene istituito il Fondo per il sostegno del ruolo di cura e di assistenza del caregiver familiare. La Regione Emilia Romagna è stata pioniera nel riconoscimento di questa figura con la L.R. n.2 del 28 marzo 2014, successivamente aggiornata ed integrata dalla L.R. n. 5 del 30 maggio 2024.

Questa normativa definisce il caregiver come la persona che cura e assiste volontariamente un caro non autosufficiente, indipendentemente dalla convivenza o parentela (senza coabitazione o residenza comune), riconoscendolo come parte attiva del sistema di welfare, definito come figura di supporto fondamentale nell'ambito del Piano Assistenziale Individualizzato (PAI). Tra gli interventi previsti dedicati al caregiver troviamo: formazione, informazione, supporto psicologico, contributi economici tramite il Fondo regionale caregiver, azioni di conciliazione vita-lavoro. A Bologna il progetto caregiver prevede anche la possibilità di attivare servizi in favore del caregiver ma erogati alla persona non autosufficiente: assistenza domiciliare, percorsi di riattivazione motoria, interventi educativi.

In armonia con tutte le linee guida Europee e Nazionali, la Regione Emilia Romagna, nelle politiche sulla non autosufficienza, si concentra sui servizi che favoriscono il mantenimento della persona al domicilio, limitando il più possibile l'istituzionalizzazione, favorendo il sostegno ed il supporto al caregiver.

⁵ <https://www.comune.bologna.it/informazioni/sportelli-sociali-comune-bologna>

Prime riflessioni

Dal quadro delineato grazie alla normativa di riferimento la prima riflessione pone alcune domande che sono già al centro nei tavoli tecnici che si occupano di politiche per la non autosufficienza:

- Possiamo ancora oggi far coincidere l'inizio dell'età anziana con i 65 anni? Cosa significa questo in termini di sostenibilità finanziaria del sistema sociosanitario?
- Possiamo immaginare l'implementazione dei servizi a sostegno del caregiver come figura non necessariamente legata alla persona anziana da rapporti di parentela?
- Il Servizio Sociale che si rivolge alle persone non autosufficienti è oggi altamente prestazionale e richiede sempre più competenze amministrative riducendo molto il tempo per la cura della relazione e per la ricerca di soluzioni creative e a basso costo per il sistema. In questo contesto come possiamo ridefinire il ruolo dell'assistente sociale?

PREMESSE DI CONTESTO PER LA RICERCA SVOLTA, PREMESSE METODOLOGICHE, RISULTATI IN FORMA GRAFICA E RIFLESSIONI CONCLUSIVE

Organizzazione del servizio sociale non autosufficienza del Quartiere Borgo Panigale Reno nella gestione delle richieste di presa in carico da parte dei cittadini e/o da parte di altri soggetti

Nel quartiere Borgo Panigale Reno del Comune di Bologna il servizio sociale, specializzato nella presa in carico delle persone over 65, è composto da un gruppo di sette assistenti sociali ed una Raa⁶ che si occupa esclusivamente di attivazione di dimissioni protette richieste dall'ospedale.

Nell'ambito della non autosufficienza, al netto di situazioni residuali, che non incidono sul numero totale delle prese in carico, possiamo individuare cinque modalità con le quali il cittadino accede ad una prima valutazione da parte dell'assistente sociale, che non necessariamente si trasformerà in presa in carico:

- 1) Il cittadino accede al SST tramite lo Sportello Sociale⁷ gestito da personale amministrativo.

Gli Sportelli Sociali offrono⁸:

- **informazioni** sui servizi sociali e sociosanitari e sulle risorse presenti nel territorio che possono essere utili per affrontare le esigenze personali e familiari nelle diverse fasi della vita;
- **accesso alla presa in carico** da parte del Servizio Sociale Professionale (in caso di necessità).

⁶ Responsabile delle attività assistenziali

⁷ Per un approfondimento sull'istituzione degli sportelli sociali i riferimenti normativi sono la Legge 328 del 2000, la legge Regionale 2 del 2003 e il Piano Nazionale dei Servizi e degli Interventi Sociali 2021-2023

⁸ <https://www.comune.bologna.it/informazioni/sportelli-sociali-comune-bologna>

Nel caso in cui l'operatore di sportello ritenga necessario fissare un appuntamento con l'assistente sociale procede con la compilazione di una Scheda Sociale⁹ nella quale si riportano i dati anagrafici del cittadino per il quale si chiede il colloquio, i riferimenti del referente, poiché spesso alla sportello si presentano familiari e persone che fanno parte della rete amicale o di vicinato del diretto interessato, alcuni dati di contesto (presenza o meno di abitazione, titolo abitativo), dati economici e sanitari (presenza o meno del riconoscimento di invalidità o di patologie certificate), situazione familiare, motivazioni che hanno spinto a chiedere supporto al servizio sociale ed infine la richiesta di attivazione dei servizi.

Una volta compilata la scheda sociale si accede alla piattaforma Garsia¹⁰, si apre l'agenda elettronica e si fissa l'appuntamento al cittadino con l'assistente sociale, a seguire si apre la cartella elettronica del cittadino nella quale si allega la scheda sociale, in modo che l'assistente sociale la possa visionare prima dell'appuntamento.

Tutti i servizi che prevedono una compartecipazione alla spesa da parte dell'Ausl sono attivati dall'assistente sociale e vengono inseriti ed autorizzati tramite la piattaforma Garsia all'interno del PAI (Piano Assistenziale Individualizzato).

Una parte di cittadini che effettua un primo colloquio con l'assistente sociale non viene preso in carico, per questo è possibile trovare delle cartelle elettroniche nelle quali è presente la scheda sociale senza che sia stato aperto un PAI.

2) L'ospedale invia una segnalazione con richiesta di apertura cartella e PAI al servizio sociale per l'attivazione di dimissione protetta, oppure invia una segnalazione per chiedere la presa in carico della persona che, per la sua condizione di fragilità, necessita di una valutazione ed eventuale presa in carico territoriale successiva alla dimissione.

Nel primo caso, al posto della scheda sociale si allega la scheda dimissione protetta, redatta dall'ospedale, dove sono presenti i dati sanitari, la descrizione delle autonomie del paziente, il contesto familiare e le eventuali richieste presentate dal paziente o dal suo referente relative al bisogno di supporto.

La scheda di dimissione protetta molto frequentemente raccoglie la richiesta e il bisogno espresso dal cittadino come la scheda sociale.

Dobbiamo constatare che la maggior parte delle richieste pervenute al servizio sociale da parte dell'ospedale sono motivate dalla necessità di attivare dimissioni protette, numericamente poche sono le segnalazioni effettuate in assenza di quest'ultime.

3) Al servizio sociale del quartiere arriva una segnalazione: questa può essere effettuata dalle Forze dell'Ordine, dal Pronto Intervento Sociale, in alcuni casi residuali da Amministratori di Sostegno, da vicini di casa o dalla rete informale della persona, da enti di volontariato o del terzo settore che nel loro lavoro quotidiano intercettano situazioni di fragilità che ritengono di dover segnalare. La maggior parte di queste segnalazioni arrivano al servizio sociale tramite e-mail.

Le segnalazioni, se pervengono in forma scritta e non tramite accesso allo sportello sociale, non danno vita alla scheda sociale ma vengono trattate in modo a sé stante per poi essere assegnate all'assistente

⁹ In allegato il modello di scheda sociale utilizzato dagli sportelli sociali del Comune di Bologna

¹⁰ Garsia è il sistema informatico condiviso tra Comune di Bologna, Azienda usl e gestori accreditati, utilizzato per gestire la presa in carico e l'assistenza sociosanitaria di anziani non autosufficienti, minori e disabili. Consente di monitorare graduatorie per strutture (CRA), servizi domiciliari (ADI) e dimissioni protette.

sociale. In questi casi è possibile trovare cartelle con PAI aperto e servizi attivi ma non trovare la scheda sociale tra gli allegati.

4) L'assistente sociale prende in carico il coniuge over 65 di una persona già in carico. Avendo già la conoscenza del nucleo familiare l'assistente sociale apre la cartella senza inserire la scheda sociale negli allegati, in questo modo si evita al coniuge o al familiare di tornare allo sportello sociale e si evita anche la frammentazione della presa in carico sullo stesso nucleo familiare. Anche in questo caso si procederà all'apertura di una nuova cartella senza allegare la scheda sociale poiché la conoscenza pregressa di quel nucleo familiare non rende necessaria una nuova raccolta di informazioni.

5) I passaggi di caso da un territorio all'altro (per cambio residenza) e/o da un ambito ad un altro (nel caso della non autosufficienza questo avviene principalmente a seguito del compimento dei 65 anni).

Presupposto che ha reso possibile l'analisi dei dati di seguito proposta

L'elemento che ha reso possibile pensare di effettuare la ricerca che propongo è la specificità di valorizzazione del carico di lavoro effettuata nel servizio nel quale opero.

A Borgo Panigale Reno, nell'ambito non autosufficienza, è stato scelto di inserire tutte le persone che accedono al servizio sociale, in qualsiasi modalità questo accesso venga effettuato, all'interno dell'agenda elettronica di Garsia occupando per ogni nominativo uno slot.

Le sette assistenti sociali aprono ogni settimana un numero di slot liberi che mano a mano vengono occupati dai nominativi delle persone che hanno avuto accesso al servizio sociale.

In altri quartieri alcune modalità di accesso presuppongono l'inserimento del nominativo negli slot liberi in agenda mentre altre modalità di accesso vengono gestite extra agenda con file dedicati.

Modalità di raccolta dati per l'analisi che propongo nel presente lavoro

In base alle cinque modalità di accesso definite nel paragrafo precedente possiamo affermare che ogni singolo accesso da parte dei cittadini si trova registrato all'interno dell'agenda elettronica. Prendendo il 2024 come anno di riferimento si è proceduto scaricando tutti i nominativi presenti nell'agenda elettronica di ogni singola assistente sociale. L'elenco finale ottenuto rappresenta l'elenco di tutte le persone che nell'anno 2024 hanno avuto accesso al servizio sociale, ambito non autosufficienza, del Quartiere Borgo Panigale Reno.

L'elenco ottenuto conta 442 nominativi, per ciascuno si è proceduto andando a consultare la cartella elettronica della persona, verificando la richiesta portata dal cittadino tramite la lettura della scheda sociale, della scheda di dimissione protetta, delle note dell'assistente sociale, di eventuali allegati alla cartella. Successivamente si sono analizzati i servizi attivati ove questo si è verificato.

Infine, si è tentato di mettere in relazione i dati ottenuti fornendo in ultima analisi alcune riflessioni.

Risultati dell'analisi quantitativa dei dati

Cartelle totali analizzate: 442

Scarto: 13 cartelle completamente vuote, probabilmente aperte per errore

Anno di riferimento: 2024

Metodo di acquisizione dei dati: I dati riportati nella tabella riassuntiva di Pag. 9 sono stati estrapolati dalle cartelle informatiche, aperte per ciascun cittadino che ha fatto accesso al Servizio Sociale Territoriale, tramite la lettura di ciascuna scheda sociale, scheda di dimissione protetta, segnalazione, note dell'assistente sociale e la registrazione dei servizi attivati all'interno del PAI.

In allegato al progetto è stato inserito un glossario per dare una breve descrizione di ciascun servizio oggetto della seguente analisi.

Per ogni servizio analizzato si è scelto di considerare i seguenti quattro parametri:

Richieste dirette effettuate da parte dei cittadini: Questa voce descrive quante volte, nel corso del 2024, i cittadini, che hanno effettuato l'accesso al Servizio Sociale Territoriale, hanno richiesto un determinato servizio che non necessariamente è stato poi attivato dal SST.

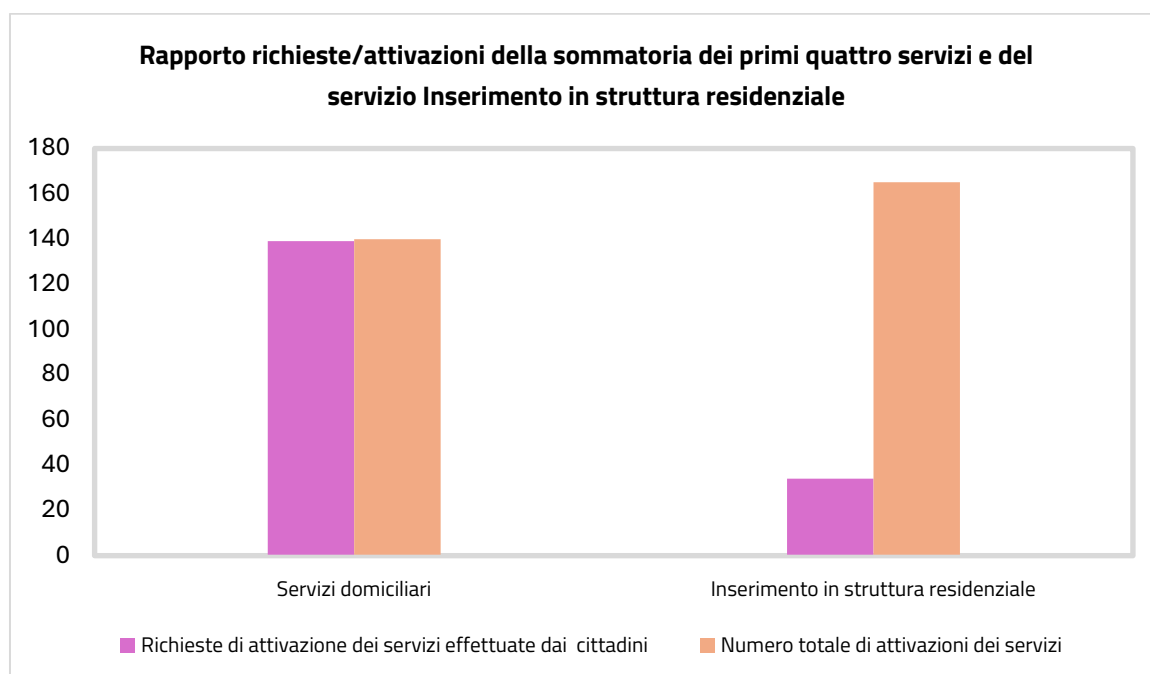
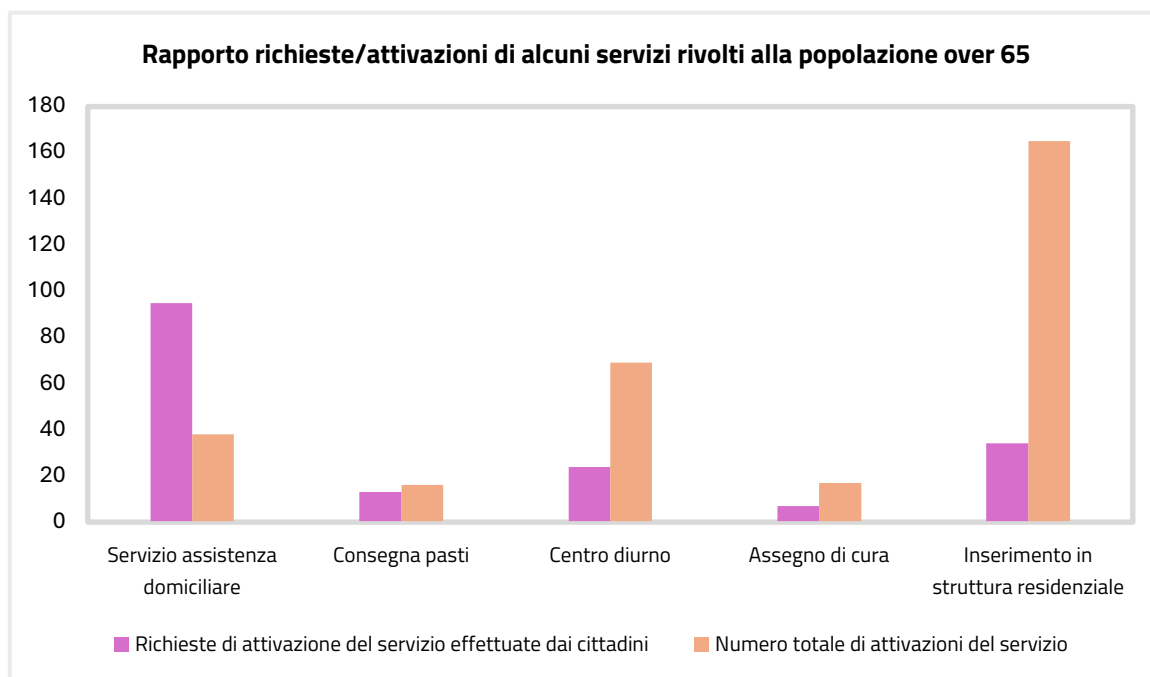
Attivazioni effettuate su iniziativa del SST: Questa voce descrive quante volte, nel corso del 2024, il Servizio Sociale Territoriale ha attivato un determinato servizio senza che il cittadino lo avesse richiesto esplicitamente. In molti casi il cittadino ha effettuato la richiesta di un servizio tramite la scheda sociale e ne è stato attivato poi uno diverso, oppure nessun servizio è stato poi attivato.

Richieste effettuate dal cittadino a cui ha fatto seguito l'attivazione del Servizio: Questa voce identifica il numero di attivazioni di un determinato servizio che coincide con il servizio richiesto da parte del cittadino.

Totale attivazioni dello specifico servizio: Questa voce identifica il numero totale di attivazioni di quel determinato servizio.

	RICHIESTE DIRETTE EFFETTUATE DA PARTE DEI CITTADINI	ATTIVAZIONI EFFETTUATE SU INIZIATIVA DEL SST	RICHIESTE EFFETTUATE DAL CITTADINO A CUI HA FATTO SEGUITO L'ATTIVAZIONE DEL SERVIZIO	TOTALE ATTIVAZIONI DELLO SPECIFICO SERVIZIO
Contributo retta	3	7	0	7
Servizio assistenza domiciliare	95	21	17	38
Consegna pasti	13	12	4	16
Centro diurno	24	36	33	69
Assegno di cura	7	13	4	17
Contributo economico	7	12	4	16
Appartamento protetto	1	4	0	4
Ricovero sollievo	6	34	6	40
Situazioni di accumulo	0	0	0	0
Attivazione ass.ne di volontariato	11	10	1	11
Servizio sociale professionale	39	36	1	37
Vacanze in città	2	20	4	24
Assistenza familiare	2	0	1	1
Problematiche abitative	7	2	0	2
Dimissioni protette	3	53	26	79
Pronto intervento sociale	0	0	0	1 ¹¹
Inserimento in Lista per struttura definitiva	34	115	50	165

¹¹ Il Pronto Intervento Sociale non può essere richiesto dal cittadino e non può essere attivato dal Servizio Sociale.



Considerazioni sulle connessioni tra i dati e l'analisi qualitativa delle richieste pervenute al servizio sociale

Dall'analisi qualitativa degli strumenti che registrano la domanda del cittadino (schede sociali, schede dimissioni protette, segnalazioni, ...) emerge che la quasi totalità delle richieste viene portata da familiari, principalmente dai figli e dalle figlie delle persone anziane e in secondo luogo dai coniugi, spesso anziani che si trovano a gestire la complessità dell'assistenza al proprio familiare. Le segnalazioni effettuate dalla rete informale o da soggetti che intercettano situazioni di fragilità e segnalano queste al servizio sono in crescente aumento ma nell'anno di riferimento restano comunque una minoranza.

Il principale bisogno che viene presentato dalle famiglie è quello di un aiuto al domicilio, si chiede di essere aiutati nella gestione quotidiana della persona anziana che spesso diventa difficile per il coniuge anagraficamente anziano o per i figli occupati nelle attività lavorative e nella gestione delle proprie situazioni familiari.

Questa richiesta è confermata dal dato sul SAD (servizio di assistenza domiciliare) con 95 richieste, a fronte delle 34 richieste effettuate di inserimento della persona anziana in struttura residenziale.

Ritengo anche che le 24 richieste di centro diurno vadano inquadrare nell'ambito dei servizi di sostegno alla domiciliarità, poiché si parla di un servizio che permette di alleviare in modo importante il peso assistenziale delle famiglie.

Se ci spostiamo sul fronte dell'attivazione dei servizi troviamo 38 attivazioni di SAD che corrispondono ad un terzo delle richieste e 69 attivazioni di centro diurno che corrispondono a circa tre volte le richieste pervenute.

Questi ultimi due dati sono legati in quanto, mentre per l'attivazione del SAD è necessaria una valutazione da parte del SST sulla base dell'Isee, e della condizione più generale delle risorse formali e informali della famiglia, per il centro diurno queste valutazioni non sono previste; tutti i cittadini possono essere inseriti in lista per il centro diurno del quartiere.

Anche le richieste di consegna del pasto al domicilio e le richieste di assegno di cura, che la normativa prevede come aiuto economico di sostegno al caregiver in presenza di un progetto di assistenza domiciliare, possono essere inserite nel perimetro dei servizi di supporto alla domiciliarità dell'assistenza. Sommando tutte le richieste di SAD, centro diurno, consegna pasti e assegno di cura otteniamo un totale di 150 richieste e, sul fronte dell'attivazione di questi servizi, tutti e quattro congiuntamente contano 140 attivazioni.

Appare evidente la differenza tra le 150 domande pervenute di aiuto al domicilio contro le 34 di inserimento della persona anziana in struttura residenziale.

Rispetto al tema dell'inserimento in struttura residenziale rileviamo che a fronte di 34 richieste siano stati attivati 165 inserimenti in lista pubblica.

Se guardiamo il dato sulle attivazioni dei servizi, la quantità di servizi attivati per favorire la permanenza della persona al domicilio equivale al numero di attivazioni di inserimenti in struttura.

Dalla lettura delle richieste emerge il desiderio delle famiglie di mantenere il più possibile la persona al proprio domicilio e questo dato ha molteplici possibilità di analisi ulteriori. Le cause alla base del numero maggiore di richieste di servizi per la domiciliarità dipendono da: fattori culturali, sociali e senz'altro economici. Oggi il costo di una struttura privata supera i 3000 euro mensili, l'inserimento in lista pubblica per una struttura residenziale che permette di abbassare del 50% la retta mensile è qualcosa che le

persone non vedono come risolutivo poiché i tempi di attesa sono lunghi e la valutazione di gravità, che attribuisce il punteggio con cui si entra in lista, è calcolato quasi esclusivamente su criteri che non valorizzano pienamente il carico assistenziale.

Ad esempio, i disturbi cognitivi severi, i disturbi del comportamento anche molto gravi e le problematiche psichiatriche vengono valutati e valorizzati da un solo item all'interno della Bina¹², tutti gli altri items valutano principalmente le ADL¹³. Purtroppo, questi disturbi rappresentano i principali fattori che rendono l'assistenza complicatissima e spesso rappresentano anche le situazioni più complesse da gestire al domicilio anche da parte di professionisti.

Questa ricerca ha confermato che è auspicabile implementare l'analisi su ogni servizio con un approccio interdisciplinare, indispensabile per sviscerare ogni singolo tema, poiché le connessioni tra analisi quantitativa dei dati e analisi qualitativa delle schede sociali fornisce moltissime informazioni, utili al fine di indirizzare le politiche sociali. Queste connessioni mettono in evidenza le modalità con cui le famiglie, in questo momento storico, gestiscono il carico del problema dell'assistenza alle persone anziane, e anche i loro bisogni in correlazione alle risorse offerte dal sistema.

Altro elemento che può essere utilizzato per approfondire i dati raccolti è le modalità di finanziamento dei diversi servizi, potrebbe risultare interessante capire che tipologia di correlazione esiste tra la modalità di finanziamento e il numero di attivazioni.

Complessità ed elementi da tenere in considerazione nella raccolta dei dati

Durante il lavoro di ricerca e raccolta sono emerse molteplici difficoltà di cui elenco le principali:

- le schede sociali sono redatte da operatori di sportello che hanno funzioni amministrative e che conoscono i servizi attivabili da parte del SST, questo può comportare il fatto che la richiesta del cittadino venga ricondotta ai soli servizi attivabili già in fase di compilazione della scheda;
- possibili *bias* cognitivi che influenzano l'esposizione del bisogno da parte del cittadino e la trascrizione della richiesta da parte dell'operatore di sportello;
- dati numerici non sempre estrapolabili dal contesto della scheda sociale che per sua natura è descrittiva;
- in alcuni casi è stato necessario interpretare la descrizione del bisogno riferita dal cittadino e trascritta dall'operatore di sportello, effettuando di fatto una doppia traduzione;

¹² (Benessere e Indipendenza nell'anziano) è lo strumento di valutazione multidimensionale utilizzato in Emilia-Romagna, inclusa Bologna, dalla UVM (Unità di valutazione Multidimensionale) per definire i bisogni socio-sanitari degli anziani. La Bina valuta mobilità, cognitività, funzioni vitali e rete familiare per attivare servizi come l'inserimento in struttura, l'assistenza domiciliare, l'inserimento in centro diurno, l'erogazione dell'assegno di cura.

¹³ La non autosufficienza nelle ADL ([Activities of Daily Living](#)) indica l'incapacità di una persona di svolgere autonomamente le funzioni basilari del quotidiano, come lavarsi, vestirsi, nutrirsi, andare in bagno e spostarsi

Considerazioni conclusive

In base al Rapporto annuale ISTAT 2023¹⁴, al 1° gennaio 2023, le persone con più di 65 anni sono 14 milioni 177 mila, il 24,1% (quasi un quarto) della popolazione totale. L'età media della popolazione è salita da 45,7 anni all'inizio del 2020 a 46,5 anni all'inizio del 2023. All'aumento consistente degli anziani, per effetto di alti livelli di longevità per entrambi i sessi, corrisponde una stima della speranza di vita alla nascita indicata in 80,5 anni per gli uomini e di 84,8 anni per le donne. Cresce anche il numero di persone ultraottantenni, che arrivano a 4 milioni 529 mila e rappresentano il 7,7% dei residenti, mentre da inizio millennio il numero di ultracentenari è triplicato. A fronte di tale aumento, diminuiscono gli individui in età attiva, tra i 15 e i 64 anni, che scendono a 37 milioni 339 mila (il 63,4%). Rispetto a gennaio 2021, secondo gli ultimi dati a consuntivo, l'indice di vecchiaia continua a crescere con un aumento di 5,0 punti percentuali, raggiungendo al 1° gennaio 2022 quota 187,9 anziani ogni cento giovani, confermando la crescita costante dell'indice, ormai in atto da circa due decenni.

Da tutti i dati oggi disponibili si può affermare che la questione non è più rappresentabile come un problema ma come un dato strutturale di cambiamento.

In Italia abbiamo 1,5/1,6 % del pil dedicato alle politiche familiari con altri paesi che sono al 4%.

Le politiche familiari spesso sono confuse con politiche di contrasto alla povertà e alla vulnerabilità sociale, in realtà dovrebbero sostenere i cittadini e le cittadine nei loro ruoli di cura e familiari.

I dati numerici non possono esaurire la raccolta di informazioni su un tema così delicato e crescente, è necessario comprendere quali siano le motivazioni alla base delle richieste dei cittadini, rendendo il sistema flessibile e capace di personalizzare sempre di più la risposta.

Oggi, in una Regione tra le più virtuose in termini di risorse economiche investite nei servizi rivolti agli over 65, si è implementato un sistema di risposte codificato che convoglia le richieste dei cittadini in modo schematico se pur funzionale. In un contesto economico che non riuscirà più a rispondere con la stessa efficacia alle richieste crescenti di cura ed assistenza è urgente pensare a politiche familiari che sostengano il sistema dei servizi che ad oggi sembra essere l'unica porta d'accesso al supporto assistenziale dei cittadini.

¹⁴ Il rapporto annuale ISTAT 2023 è reperibile sul sito dell'Istat <https://www.istat.it>

Bibliografia

- *Piano nazionale per la non autosufficienza 2022-2024*, reperibile sul sito del Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali <https://www.lavoro.gov.it>
- *Dossier Camera Deputati su definizione di non autosufficienza*, reperibile sul sito della Camera dei deputati https://documenti.camera.it/leg18/dossier/testi/AS0201.htm?_1613393334379
- *Il Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (Recovery and Resilience Plan)*. Il PNRR dell'Italia è stato approvato il 13 Luglio 2021 con [Decisione di esecuzione del Consiglio](#), e successivamente modificato. In questo project work i riferimenti principali del PNRR sono stati:
 - I. La missione 6, componente 1, *Reti di prossimità, strutture intermedie e telemedicina per l'assistenza sanitaria territoriale*;
 - II. La missione 5, componente 2, *Infrastrutture sociali, famiglie, comunità e terzo settore*
- Legge 8 novembre 2000, n. 328 *Legge quadro per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali*;
- Legge Regionale 12 marzo 2003, n. 2 *Norme per la promozione della cittadinanza sociale e per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali*
- *Piano Nazionale dei Servizi e degli Interventi Sociali 2021-2023*, adottato con Decreto Interministeriale del 22 ottobre 2021
- Franzoni F., Anconelli M., 2021, *La rete dei servizi alla persona. Dalla normativa all'organizzazione*. Terza Edizione Roma, Carocci

Sitografia consultata in data 1 Febbraio 2026

- Le funzioni dello Sportello Sociale a Bologna sono consultabili presso il sito istituzionale <https://www.comune.bologna.it/informazioni/sportelli-sociali-comune-bologna>
- *Rapporto annuale 2023 La situazione del Paese*, presentato venerdì 7 luglio 2023 a Roma presso Palazzo Montecitorio e reperibile sul sito dell'Istat <https://www.istat.it>