

**UNIVERSITA' DEGLI STUDI DI BOLOGNA**  
**MASTER IN GOVERNANCE E INNOVAZIONI DI WELFARE**  
**LOCALE**  
**A.A.2020/2021**

**LA TUTELA DELL'ANZIANO FRAGILE NEL WELFARE COMUNITARIO**

**PAROLE CHIAVE**

**GOVERNANCE – FRAGILITA' - PREVENZIONE - INTEGRAZIONE  
DOMICILIARITA'- RETI DI PROSSIMITA'**

**SESSA SABRINA**

# INDICE

INTRODUZIONE

IL PROGETTO “CRA APERTA” :  
LA CASA RESIDENZA ANZIANI INSIEME ALLA COMUNITA’

LA COSTRUZIONE DEL PROGETTO ED I SUOI ELEMENTI COSTITUTIVI

- A) IL CONTESTO E LA GENESI DEL PROGETTO
- B) GLI ATTORI
- C) GLI OBIETTIVI
- D) I DESTINATARI
- E) LE ATTIVITA’
- F) IL BUDGET

L’AVVIO DEL PROGETTO: TRA SFIDE, COMPLESSITA’ E CRITICITA’

REALIZZARE E RIPENSARE AL PROGETTO:  
I TEMI DELLA GOVERNANCE

CONCLUSIONI

## INTRODUZIONE

Le sfide poste dall'invecchiamento della popolazione inquadrano il tema della Long- Term Care nel ciclo di vita dell'individuo sottolineando la necessità di rafforzare ed implementare la funzione preventiva-promozionale del sistema di Welfare a sostegno della fragilità e della domiciliarità, potenziando l'anello di congiuntura tra l'ambito dedicato all'invecchiamento attivo di anziani in salute e la rete dei servizi socio-sanitari rivolta alla non autosufficienza. L'intreccio fra tendenze demografiche centrate sull'incremento della durata media della vita e la riduzione dei tassi di natalità, sociali legate alla rarefazione delle reti primarie di cura e sanitarie per la diffusione di malattie cronico degenerative e di condizioni di comorbilità pongono temi di sostenibilità economica della spesa socio-sanitaria e di diversificazione e qualificazione degli interventi di supporto.

L'individuazione precoce di uno stato di fragilità e la messa in atto di interventi in grado di ostacolare l'evoluzione verso la perdita dell'autonomia costituiscono obiettivi strategici per il miglioramento della qualità della vita degli anziani.

Il paradigma biomedico o clinico espresso da Fried e Coll. (2004) definisce la fragilità come “una sindrome fisiologica caratterizzata dalla riduzione delle riserve funzionali e dalla diminuita resistenza agli stressors risultante dal declino cumulativo di sistemi fisiologici multipli che causano vulnerabilità e conseguenze avverse”,evidenziando gli elementi fisiologici che caratterizzano la progressiva diminuzione delle riserve funzionali e della resilienza dell'anziano.

Il paradigma bio-psico-sociale di Gobbens e Coll. (2010), invece, descrive la fragilità come “uno stato dinamico che colpisce un individuo che sperimenta perdite in uno o più domini funzionali (fisico, psichico, sociale), causate dall'influenza di più variabili che aumentano il rischio di risultati avversi per la salute”. L'analisi di Van Campen ( 2011) si concentra sulla fragilità sociale della persona connessa ad “un deficit nelle relazioni sociali” determinata dalla precarietà dei legami familiari e sociali e dal conseguente progressivo isolamento.

In linea generale l'approccio bio-psico-sociale non è focalizzato esclusivamente sulla malattia ma si apre ad una prospettiva globale e multidimensionale. La fragilità è un fenomeno dinamico e reversibile con basi fisiologiche legate al progressivo decadimento fisico in cui i determinanti sociali, economici ed ambientali devono essere presi in considerazione come fattori di precarietà e di rischio ma anche di opportunità in quanto, se precocemente intercettati e sostenuti, rendono tale condizione reversibile.

Si deve considerare che l'invecchiamento non ha una connotazione omogenea e sussistono diversi livelli di indipendenza e dipendenza dei soggetti rispetto alle reti primarie familiari e secondarie di assistenza e cura in una evoluzione soggettiva e personalizzata.

Un cambio di passo nell'osservazione delle varie condizioni della vita anziana può permettere di costruire interventi di Welfare che abbiano caratteristiche di flessibilità e tempestività per dare risposta a necessità rimaste latenti affiancando interventi complementari alla rete dei servizi già definita. La strutturazione di progetti di assistenza domiciliare “leggera” con attività di socializzazione, interventi di telecompagnia e di sostegno nella gestione della quotidianità per la gestione della casa, della spesa e dei pasti, per la sorveglianza nell'assunzione della terapia, oltre a fornire aiuto concreto,consentono di stabilire relazioni, di mantenere contatti con la persona e con il caregiver per rilevare bisogni e criticità e rafforzare il senso di fiducia interpersonale e di appartenenza comunitaria.

L'organizzazione dell'assistenza ha sempre gravato principalmente sulle risorse umane ed economiche della famiglia ma la modificazione delle strutture demografiche, economiche, lavorative e culturali prospettano una significativa riduzione della capacità del sistema familiare di mantenere il ruolo di “pilastro” nell'assistenza agli anziani.

Contestualmente l'emergenza pandemica ha reso più intense e diffuse le fragilità ed è stato necessario rafforzare il coordinamento delle azioni di sostegno domiciliare sociale e sanitario, valorizzando la capacità organizzativa del Terzo Settore di agire in maniera flessibile e tempestiva.

Inoltre è stato incentivato l'utilizzo di supporti digitali per contrastare la solitudine che accelera il processo di fragilizzazione della persona anziana quale fattore aggiuntivo all'età, alle patologie croniche ed alla perdita parziale o totale di autonomia, determinando una significativa riduzione delle condizioni di benessere ed una maggiore esposizione al rischio di isolamento e di forme di decadimento multiple.

In un sistema di Welfare comunitario è fondamentale far emergere l'esistenza di bisogni relazionali e rivalutare il valore ed il significato dei legami comunitari (L. Bulmer, 1987). In tale prospettiva, la presa in carico delle forme di vulnerabilità avviene nella comunità di riferimento attraverso forme di domiciliarità allargata e reti di prossimità attivando le risorse delle persone e dei network primari e secondari ed innescando dinamiche di empowerment dei singoli e delle comunità in una logica di sussidiarietà. In tale prospettiva lo Stato assume una funzione abilitante in quanto deve promuovere connessioni tra gli attori territoriali per implementare le competenze e la corresponsabilità nelle relazioni di cura, riconoscendo "il bisogno di riaffiliazione, il bisogno della comunità, il bisogno di relazioni significative, il bisogno di luoghi fatti di persone e ponti, unitamente alla necessità di operare un cambiamento culturale che riconnetta la collettività alla dimensione dell'ascolto e dell'accoglienza, ad un senso comune di appartenenza ed ai valori di solidarietà" (D. De Leo e M. Trabucchi, 2019; Z. Bauman, 1999).

## **II PROGETTO "CRA APERTA"**

### **LA CASA RESIDENZA ANZIANI INSIEME ALLA COMUNITA'**

La riflessione sull'attuale geografia dei servizi e la necessità di costruire una filiera di azioni a sostegno della fragilità con interventi personalizzati, flessibili, integrati e progettati per la bassa e media intensità assistenziale, richiedono un sistema di Welfare capace di ricomporre risorse pubbliche e private delle famiglie e di stimolare lo sviluppo della capacità collettiva di sostenere lo scenario della fragilità.

In questa direzione acquistano un ruolo fondamentale:

- la prevenzione con l'adozione di corretti stili di vita nel corso della vita adulta e quindi prima dell'invecchiamento;
- la promozione delle relazioni e dei legami intergenerazionali basata su un'osmosi culturale ed affettiva tra generazioni che generi scambio e circolarità tra l'apertura degli anziani ad un mondo globalizzato e digitale e l'interesse delle nuove generazioni per le storie di vita coinvolgendo i contesti intrafamiliari, i quartieri, le comunità locali e la città;
- l'utilizzo trasversale delle tecnologie dell'informazione e della comunicazione come strumenti utili per consolidare le reti sociali e contrastare i rischi della solitudine e dell'isolamento;
- la diversificazione della rete di servizi rivolti alla popolazione anziana promuovendo, soprattutto per gli anziani fragili, nuovi modi di abitare e di vivere la socialità;
- il sostegno ai compiti di cura dei caregiver per evitare forme precoci di istituzionalizzazione dell'anziano non solo con il potenziamento degli interventi assistenziali ma riconoscendo il caregiver come portatore di specifici bisogni da sostenere in modo trasversale con azioni mirate ma anche con politiche di sostegno al lavoro (ad esempio permessi temporanei, turni di lavoro flessibili);
- la qualificazione, in termini di competenze e di contenuto, del servizio di assistenza domiciliare a sostegno della fragilità, in una chiave di prevenzione e promozione della salute, valorizzando anche il ruolo di presidio e di facilitazione delle connessioni a supporto della rete di cura. In questo senso la progettazione personalizzata e multidimensionale deve mettere in relazione supporti di natura differenziata realizzati da diversi attori in considerazione delle esigenze assistenziali, sanitarie, sociali ed emotive della persona. L'efficacia degli interventi di sostegno è depotenziata nei casi in cui è assente o frammentata la valutazione e gestione congiunta dei progetti da parte della rete

professionale sociale, sanitarie e comunitaria che attivano servizi o interventi nel contesto di vita della persona;

- la valorizzazione di progettualità territoriali per la popolazione anziana caratterizzata da processi collaborativi e partecipativi volti ad integrare competenze e risorse in sistema di Welfare in cui deve essere garantita l'equità nell'accesso alla rete dei servizi, l'adeguatezza e l'appropriatezza degli interventi e della gestione delle risorse, forme di coordinamento fra le diverse componenti del sistema ( cure formali e informali - assistenza sociale e sanitaria) in un quadro di attori pubblici, privati e non profit.

Nel Comune di Bologna da anni sono condotti ed implementati interventi di prevenzione e sostegno alla fragilità della popolazione anziana in una cornice cittadina tracciata da direttive nazionali, regionali e metropolitane che trovano nel territorio locale l'ambito privilegiato di sviluppo ed implementazione.

Il Piano di zona definisce le scelte strategiche, gli interventi e le progettualità delle politiche sociali e socio-sanitarie in coerenza con gli indirizzi tracciati dal Piano Sociale e Sanitario Regionale coniugando la dimensione del livello politico rappresentato dal Comitato di Distretto, del livello tecnico con la partecipazione dei tecnici ed esperti dei servizi, della società civile con l'attivazione di sei Laboratori di Quartiere di programmazione partecipata per il sostegno alla fragilità e vulnerabilità dei cittadini e l'individuazione di progettualità condivise.

Le azioni di promozione dell'invecchiamento attivo e di supporto alla fragilità degli anziani definiti con la scheda n°20 nel Piano di Zona per la salute ed il benessere sociale del Distretto Città di Bologna 2018-2020 evidenziano il percorso di programmazione ed attuazione svolto dagli Enti Pubblici locali in collaborazione con gli attori della comunità e la molteplicità di progetti realizzati insieme alle reti informali per sviluppare nei territori azioni di prossimità.

La narrazione del progetto "CRA Aperta": la Casa Residenza Anziani insieme alla Comunità è esposta assumendo la prospettiva della mia esperienza professionale di Assistente Sociale che da anni lavora presso il Servizio Sociale Territoriale del Comune di Bologna e di recente ha assunto il ruolo di Responsabile dell'Ufficio Fragilità, Non Autosufficienza e Disabilità dell'Area Welfare e promozione del benessere di comunità.

Il protocollo di collaborazione del progetto "CRA Aperta" è stato approvato con determinazione dirigenziale del Comune di Bologna PG 574408/2021 del 21-12-2021 a seguito della trasmissione della proposta di collaborazione inviata in data 03-11-2021 dall'Arcivescovo di Bologna, Cardinale Matteo Maria Zuppi ma la strutturazione dell'idea progettuale è avvenuta nel corso dell'anno 2021 in un percorso di riflessione e confronto tra gli attori territoriali.

Il progetto si pone l'obiettivo di incrementare il livello di benessere e di inclusione sociale degli anziani fragili, contribuire alla rilevazione di bisogni latenti, prevenire il peggioramento delle condizioni sociali e sanitarie puntando al mantenimento delle autonomie residue nell'ambito di un percorso assistenziale personalizzato e multidimensionale. Si ritiene fondamentale valorizzare la promozione culturale del significato e del valore della cura della popolazione anziana fragile e la dimensione costruttiva e generativa delle relazioni professionali e comunitarie nei percorsi di sostegno alla persona,

La Casa Residenza Anziani "Beata Vergine delle Grazie" intende costituire un punto di riferimento di prossimità per il contesto territoriale nell'ambito di una collaborazione integrata e continuativa tra tutti gli attori sociali, sanitari ed informali per la segnalazione, valutazione e presa in carico degli anziani fragili e dei loro caregiver.

## **LA COSTRUZIONE DEL PROGETTO ED I SUOI ELEMENTI COSTITUTIVI**

### **A) IL CONTESTO E LA GENESI DEL PROGETTO**

Il progetto si sviluppa nei Quartieri Savena e Santo Stefano, medesimo territorio in cui è situata la Casa Residenza Anziani “Beata Vergine delle Grazie” e le 4 Parrocchie della zona pastorale a cui afferisce la rete di volontari. Si inserisce in una realtà territoriale ed istituzionale in cui è attivo il ruolo di organizzazioni del Terzo Settore, dell’Ufficio reti e lavoro per la comunità quale presidio operativo con cui i Quartieri favoriscono la partecipazione dei cittadini singoli e associati nella realizzazione di progetti di rigenerazione urbana e delle Case di Quartiere come spazi pubblici espressione di cittadinanza attiva e di accoglienza ed inclusione delle persone con fragilità.

L’idea progettuale ha assunto in premessa l’incremento demografico della popolazione anziana e dei nuclei familiari unipersonali e focalizzandosi sui bisogni degli anziani fragili, e sul ruolo vitale svolto dalle reti comunitarie.

In riferimento all’analisi del contesto ha avuto un ruolo importante il tessuto di sinergie attivato nell’ambito del protocollo di collaborazione del progetto “Al Tuo Fianco” sottoscritto dalla medesima Casa Residenza Anziani “Beata Vergine delle Grazie”, su mandato e finanziamento dell’Arcidiocesi di Bologna, ed il Comune di Bologna - Area Welfare ed approvato con determinazione dirigenziale PG 13761/2021 del 18-01-2021 per la realizzazione di azioni di supporto alle persone anziane. Tale progetto di prossimità si è strutturato, sempre nei Quartieri Savena e Santo Stefano, nel corso del 2020, ha avuto un primo periodo di sperimentazione e attuazione nel 2021 ed è stato rinnovato nel 2022. Tale percorso ha valorizzato l’accoglienza, l’ascolto e l’accompagnamento alla rete dei servizi degli anziani fragili e dei loro caregiver svolto da una psicologa e ha garantito agli anziani fragili il supporto dei volontari in collaborazione con il Servizio Sociale Territoriale Non Autosufficienza e con gli enti del Terzo Settore attivi sul territorio. Il progetto ha generato un sistema di relazioni e connessioni tra gli attori per intercettare anziani fragili non conosciuti dalle rete e risponderi ai loro bisogni con una modalità condivisa e coordinata. Nella fase iniziale del progetto “CRA Aperta” sono stati svolti alcuni incontri tra i referenti dell’Area Welfare del Comune di Bologna (U.O. Fragilità, Non Autosufficienza e disabilità), dell’Azienda USL (U.O. Governo clinico, ricerca, formazione e qualità e Direzione delle Attività Socio Sanitarie), della Direzione della Casa Residenza Anziani e delle Parrocchie della zona pastorale per l’esplorazione di una possibile idea progettuale nella convinzione condivisa della necessità di generare un processo di miglioramento, individuando direttrici e modalità operative per qualificare il sistema territoriale di accoglienza e protezione con il contributo della comunità.

Nella fase successiva, la bozza dell’idea progettuale è stata discussa e condivisa con i Responsabili del Servizio Sociale Territoriale Savena e Santo Stefano e sono stati organizzati incontri in presenza dei coordinatori del Servizio Sociale di Comunità- Area Non Autosufficienza, della psicologa referente di entrambi i progetti( “Al tuo Fianco” e “CRA Aperta”) e con referenti sanitari dei servizi territoriali (referente Dipartimento Cure Primarie, coordinatori del Servizio infermieristico domiciliare, dell’Ambulatorio infermieristico della cronicità rivolto ad anziani fragili o con patologie croniche e del Punto di coordinamento di assistenza primaria) per una riflessione allargata per valorizzare il capitale sociale e relazionale delle diverse organizzazioni in un dialogo circolare che ha consentito di mettere a fuoco la proposta progettuale attraverso l’analisi del problema e dei destinatari e la definizione degli obiettivi.

Nel corso degli incontri sono stati esplicitati i valori ispiratori ed il contributo di competenza e di collaborazione dei diversi attori come unico patrimonio al servizio della realizzazione del progetto. E’ stata inoltre condivisa l’importanza di avere un supporto metodologico per gli approfondimenti delle aree di fragilità degli anziani per la gestione del percorso progettuale e di valutazioni degli esiti con il coinvolgimento dell’Università di Bologna, Dipartimento di Psicologia che, in un contatto informale intercorso con la Direzione della Casa Residenza Anziani, aveva già espresso la disponibilità a partecipare al progetto.

## **B) GLI ATTORI**

- Il Comune di Bologna Area Welfare e promozione del benessere della Comunità (U.O. Fragilità, Non Autosufficienza e disabilità) e Servizio Sociale Territoriale Area Non Autosufficienza del territorio Savena e Santo Stefano.

L'Ente pubblico, soprattutto in riferimento alla sua componente centrale, deve svolgere un ruolo di coordinamento del progetto anche attraverso la sottoscrizione di un protocollo volto a formalizzare, in un percorso partecipato, gli obiettivi, le azioni e le responsabilità condivise dagli attori.

Contestualmente i professionisti del Servizio Sociale Territoriale contribuiscono con le loro competenze ad una modalità integrata di presa in carico dell'anziano fragile, alla funzione di orientamento ed accesso alla rete degli interventi assistenziali, alle azioni di sostegno alla domiciliarità con un ruolo di sintesi e di raccordo nelle relazioni tra i nodi della rete sociale, sanitarie e comunitaria per costituire un sistema di protezione della persona;

- L'Azienda USL del Distretto Città di Bologna nelle sue articolazioni di referenti dell'U.O. Governo clinico, ricerca, formazione e qualità, Direzione delle Attività Socio Sanitarie ed i referenti dei servizi sanitari specialistici territoriali (referente Dipartimento Cure Primarie che garantisce l'organizzazione della cura e dell'assistenza attraverso la rete territoriale di strutture e professionalità integrate, i coordinatori del Servizio infermieristico domiciliare, dell'Ambulatorio infermieristico della cronicità rivolto ad anziani fragili o con patologie croniche e del Punto di coordinamento di assistenza primaria che assicura l'attivazione dei percorsi assistenziali territoriali e domiciliari e la continuità delle cure nelle dimissioni protette ospedaliere). Tale partecipazione raccoglie la sfida di una concezione ampia e multidimensionale della salute, in chiave non esclusivamente sanitaria e clinica, e dell'importanza di rafforzare le azioni di promozione della salute ed i servizi domiciliari valorizzando il ruolo della comunità nell'attività delle Case della Comunità;

- L'Arcidiocesi di Bologna, promotrice della proposta progettuale, che ha coordinato le risorse di volontariato attive nelle Parrocchie territoriali attraverso il ruolo di supporto organizzativo e formativo della Casa Residenza Anziani Beata Vergine delle Grazie, e ha garantito con apposito finanziamento la collaborazione professionale di una psicologa nei progetti "Al tuo Fianco" e "CRA Aperta" con funzione di accoglienza degli anziani fragili e dei caregiver ed interazione con i servizi socio-sanitari territoriali e i volontari nei percorsi di sostegno domiciliare.

- La Casa per Anziani "Beata Vergine delle Grazie" sita a Bologna in Via Gigli n°6 (Quartiere Santo Stefano) è una struttura accreditata di accoglienza residenziale, adotta uno stile di accoglienza basato sulla relazione con gli ospiti ed i familiari, ha una conoscenza approfondita del territorio ed una rete di collaborazioni con attori locali per interventi sostegno alla domiciliarità degli anziani fragili e di supporto psicologico ai caregiver.

Il patrimonio di competenze dell'Equipe Multidisciplinare della CRA, l'esperienza organizzativa e professionale maturata dai professionisti, l'attenzione al benessere ed alla partecipazione degli anziani, delle famiglie ed ai legami interpersonali rappresentano contributi rilevanti nella lettura dei bisogni e nella valutazione e gestione di interventi domiciliari personalizzati. In questo la CRA può costituire un punto di riferimento non solo per il target di accoglienza residenziale, ma per la comunità territoriale per vicinanza, collaborazione e supporto alle reti di prossimità.

- Le Parrocchie della zona pastorale Savena e Santo Stefano e la rete di volontari.

Le Parrocchie hanno assunto un ruolo di promozione per l'attivazione di una rete di circa 50 volontari, svolgendo una funzione di coordinamento interno per i gruppi di volontari e coordinamento esterno per la verifica dell'andamento del progetto, delle criticità e delle esigenze emerse. I volontari hanno partecipato alla formazione organizzata dalla CRA e prima della pandemia alle attività di socializzazione organizzate all'interno della residenza anziani. I volontari, con le loro competenze e con le loro risorse relazionali, oltre a fornire aiuti diversificati e flessibili favoriscono l'inclusione dell'anziano fragile nel contesto della comunitaria e, se necessario, facilitando l'accompagnamento alla rete dei servizi;

- L'Università degli Studi di Bologna, Dipartimento di Psicologia "Renzo Canestrari" fornisce un supporto metodologico relativo all'approfondimento dei bisogni, alla modalità di coinvolgimento e di partecipazione dei beneficiari, alla gestione degli interventi e all'individuazione degli strumenti di valutazione degli esiti del progetto in relazione ai fattori di possibile replicabilità.

### **C) GLI OBIETTIVI**

- Promuovere il benessere e qualità di vita e non solo la presa in carico prestazionale di un problema sanitario o sociale ed incontrare e conoscere gli anziani fragili ed i caregiver, non limitandosi ad un'analisi clusterizzata su patologie, bisogni e servizi disponibili;
- Potenziare la condivisione e la collaborazione fra istituzioni, professionisti e comunità territoriale per contaminare competenze e saperi e creare un contesto di alleanza in cui sperimentare attivare forme di sostegno domiciliare "leggero" per tipologia di interventi, modalità di attuazione e capacità degli attori di lavorare insieme;
- Promuovere l'inserimento degli anziani fragili in reti di relazioni e supportare l'utilizzo della tecnologia per contrastare l'isolamento;
- Promuovere la partecipazione della Comunità incentivando l'ampliamento della rete dei volontari e di altri enti del Terzo Settore diffondendo la conoscenza del progetto anche con incontri specifici;

### **D) I DESTINATARI**

- Persone anziane che vivono al loro domicilio nel territorio dei Quartieri Savena e Santo Stefano, contesto di riferimento della CRA e delle Parrocchie;
- Caregiver informali e professionali impegnati nell'attività di cura;

Il confronto ha portato gli attori a condividere alcuni criteri di orientamento per individuare gli anziani fragili ed i caregiver da inserire nel percorso.

La valutazione deve essere effettuata in modo complessivo ed integrato tenendo conto della rilevanza dei singoli fattori e delle loro connessioni in riferimento alle condizioni di fragilità sociale, sanitaria, culturale; alle condizioni di solitudine e isolamento soprattutto se caratterizzate da una difficoltà di aggancio per atteggiamento di diffidenza e tendenziale chiusura dell'anziano; all'assenza o precarietà della rete familiare/amicale; alle autonomie e capacità da sostenere; alla presenza di un caregiver a rischio burden.

Si è concordato di comporre nella fase iniziale un primo gruppo di beneficiari con caratteristiche diversificate per consentire un confronto su tematiche, valutazioni e possibili progettazioni di diverso contenuto. Le attività oggetto del supporto non sono state preventivamente definite, individuate o descritte per sfidare, in relazione ad ogni singola situazione, le mappe di pensiero consolidate ed immaginare nuove e diverse opportunità di sostegno, non limitandosi alle pratiche ed ai servizi esistenti.

### **E) LE ATTIVITÀ**

La definizione condivisa degli obiettivi ha contribuito a dare concretezza al progetto iniziando a declinare un piano di attività.

- Decidere i criteri per la selezione delle persone anziane da coinvolgere nell'attività del progetto e la procedura di segnalazione alla psicologa delle situazioni conosciute o intercettate nei vari nodi della rete;
- Definire criteri e strumenti di lavoro, integrati e condivisi per conoscere le persone anziane, i loro bisogni, problemi, interessi e desideri con adozione di una scheda multitematica da compilare con la persona;
- Definire funzioni e compiti attraverso le diverse strutture di gestione del progetto:
  - la Cabina di regia con ruolo di coordinamento del progetto e composto dai referenti dell'Area Welfare (Ufficio Fragilità, Non Autosufficienza e Disabilità); dell'Azienda USL di Bologna (U.O.

Governo clinico, ricerca, formazione e qualità; Direzione delle Attività Socio Sanitarie e Dipartimento cure primarie), del Dipartimento di Psicologia dell'Università di Bologna, della Direzione della Casa Residenza Anziani e delle Parrocchie ;

-il gruppo operativo composto dalle equipe operative ( psicologa referente del progetto; Equipe della Casa Residenza Anziani; coordinatori del Servizio Sociale Territoriale Area Non Autosufficienza Savena e Santo Stefano; Assistenti sociali responsabili del caso; Medici di Medicina generale che hanno in carico l'anziano; coordinatori del Servizio infermieristico territoriale, dell'Ambulatorio della cronicità, del Punto di coordinamento dell'assistenza primaria, altri referenti sanitari;

- il gruppo di ricerca con i referenti del Dipartimento di psicologia ed alcuni professionisti della cabina di regia e del gruppo operativo;

- Procedere alla valutazione, attivazione, gestione e monitoraggio dei progetti personalizzati assicurando una collaborazione continuativa in una rete di circolarità di comunicazione e supporto reciproco;
- Organizzare e promuovere eventi ed attività all'interno della CRA rivolti anche agli anziani fragili che vivono al domicilio ai loro caregiver;
- Organizzare e promuovere sul territorio incontri gestiti dai professionisti della CRA e rivolti al sostegno del caregiver;
- definire gli strumenti concettuali ed operativi finalizzati alla valutazione degli esiti.

Il progetto mira a promuovere un cambiamento sia nelle azioni di sostegno alla fragilità sia nei processi che definiscono le relazioni e le collaborazioni tra gli attori territoriali nell'ottica della personalizzazione della cura e della capacità di rimodulare le modalità di presa in carico degli anziani fragili in relazione all'evoluzione dei bisogni, facendo emergere i fattori relazionali che generano inclusione ed aumentano le competenze ed il contributo dei vari stakeholder per la crescita di comunità attive e resilienti. A tal fine è necessario adottare un approccio flessibile che consenta di modificare in itinere il progetto, pur mantenendo la sua struttura identitaria, accogliendo elementi inaspettati, esigenze di trasformazione che nascono dalla pratica o dall'apporto di nuovi attori e/o percorsi.

## **F) IL BUDGET**

Si considerano budget di progetto il finanziamento dell'Arcidiocesi di Bologna per la copertura dei compensi professionali della psicologa e le competenze umane e professionali dei professionisti e dei volontari e la rete degli interventi sociali e sanitari.

## L'AVVIO DEL PROGETTO: TRA SFIDE, COMPLESSITA' E CRITICITA'

Successivamente all'approvazione del protocollo ed a distanza di alcuni mesi dall'ultimo incontro operativo ad inizio del mese di Febbraio 2022 è stata convocato il gruppo appartenente alla Cabina di Regia con i referenti delle diverse organizzazioni. Prende quindi avvio una fase complessa di ri-allineamento degli attori intorno ad obiettivi ed attività, soprattutto da parte dell'Ente pubblico coordinatore del progetto, e di programmazione della "messa a terra" del progetto, definendo gli step di graduale realizzazione del percorso.

Ad oggi non si identificano specifiche problematiche che sicuramente si presenteranno in corso d'opera ma è importante definire le scansioni della realizzazione del progetto con conseguente investimento di tempo, metodo e competenze per non comprimere ed appiattare le sue potenzialità.

I temi della costruzione della collaborazione e del coinvolgimento degli attori nell'ecosistema del progetto rappresentano sfide complesse alla realizzazione degli obiettivi condivisi, all'implementazione delle reti di relazioni ed alla valutazione degli esiti.

La collaborazione nasce da un percorso che mette al centro la comunicazione e la capacità di dialogo degli attori, la comprensione e la fiducia reciproca, la capacità di agire insieme sulla base di un terreno comune di informazioni e conoscenze necessari per approfondire i problemi, rappresentarli nella loro complessità e individuare possibili soluzioni.

Nell'azione di coordinamento del progetto è fondamentale garantire un tempo adeguato per favorire i processi collaborativi e dare senso all'impegno comune.

Da questo punto di vista nel progetto "CRA Aperta" è stato dedicato uno spazio più ampio al confronto tra i referenti della Cabina di Regia rappresentativi della direzione delle diverse organizzazioni in relazione ad aspettative, compiti, apporti e responsabilità mentre ora deve essere necessariamente previsto all'interno del gruppo operativo composto dall'equipe professionali. Mirare a collaborazione intenzionali ed a convergenze consapevoli consente di identificare i fattori che ostacolano cambiamenti attesi, le criticità che impediscono le evoluzioni, gli elementi che accompagnano i cambiamenti e di far convergere nel progetto energie rigenerative ed aiuti reciproci.

Il processo collaborativo pone le basi per allargare le competenze, le opportunità e la mappa degli attori alimentando i reticoli di connessioni attraverso le reti a cui i partecipanti stessi appartengono.

Pertanto considerato che le equipe professionali operative del progetto possono avere una composizione variabile, coinvolgendo di diversi professionisti sociali e sanitari che hanno in carico la persona, può essere affidato un ruolo di presidio sui temi e sulle modalità di collaborazione ai membri fissi delle equipe operative territoriali quali i coordinatori dell'Area Non Autosufficienza e dei servizi sanitari territoriali, alla psicologa e alla referente dei volontari sia nel funzionamento delle equipe operative del progetto sia all'interno alla propria organizzazione e del gruppo di colleghi di riferimento.

La sperimentazione del progetto intende iniziare a superare la prassi spesso osservata nei servizi di attivare i contatti della rete in un'ottica ristretta alla prestazione o alla risoluzione di un singolo problema oppure di avere collaborazioni proficue sulla base di singole disponibilità o di pregresse interazioni, potenziando il sistema complessivo delle relazioni fra gli attori.

Inoltre nel progetto "CRA Aperta" si ritiene importante sviluppare il tema della valutazione degli esiti del progetto con la definizione degli strumenti e delle modalità di valutazione che accompagneranno lo sviluppo del progetto attraverso il contributo metodologico dei referenti dell'Università. Non sono stati ancora svolti approfondimenti specifici sull'impostazione del percorso nel progetto ma si coglie la complessità di operare in ambiti scarsamente applicati.

La valutazione è un percorso di confronto, ricerca ed analisi finalizzato ad apportare un cambiamento ed un miglioramento che in questo progetto significa offrire risposte più appropriate ai bisogni degli anziani fragili e migliorare le loro condizioni di vita.

Per tale ragione l'attenzione al tema valutativo deve accompagnare l'intero sviluppo del progetto

come valutazione ex ante per esaminare i bisogni e la domanda a cui si vuole dare risposta ed in itinere per valutare eventuali modifiche alle attività del progetto o alla modalità di svolgimento in relazione agli elementi che emergono dalla operatività e/o dal contesto.

La valutazione ex post alla conclusione del progetto consente, invece, di generare un apprendimento trasformativo e di documentarlo all'esterno.

La valutazione deve essere condotta con regole, definire la metodologia e procedure a cui attenersi attraverso un percorso strutturato di ricerca per garantire l'affidabilità dei risultati e la loro verificabilità. Nello specifico significa procedere con ordine per identificare gli obiettivi della valutazione e dell'oggetto di valutazione e scegliere gli strumenti più idonei alla realizzazione della ricerca valutativa, mantenendo alto il coinvolgimento e l'impegno degli attori nelle diverse fasi del percorso di valutazione.

## **REALIZZARE E RIPENSARE AL PROGETTO “CRA APERTA”**

### **I TEMI DELLA GOVERNANCE**

Il progetto “CRA Aperta” rappresenta il mio “Laboratorio” di riflessione e sperimentazione degli apprendimenti acquisiti nel corso del Master che, pur necessitando di un consolidamento concettuale e di una messa in pratica, rappresentano un bagaglio di potenzialità.

Il progetto “Cra Aperta”, attualmente nella fase di avvio, consente di approfondire i temi della governance dal punto della Pubblica Amministrazione che rappresenta il mio contesto lavorativo nell'ambito del Comune di Bologna e dell'Area Welfare.

La graduale realizzazione del progetto mentre si compie mi consente contestualmente di “ripensarla” con una visione più consapevole e focalizzata sul ruolo che l'Ente pubblico deve assumere in un sistema di Welfare Comunitario per attivare e raccogliere le sollecitazioni che provengono dal Terzo Settore e dalla comunità territoriale, per garantire una partecipazione inclusiva nella costruzione delle politiche e delle progettualità e supervisionare la capacità del territorio di tessere relazioni e generare risorse.

In un contesto di governance plurale, la progettazione poliattore è espressione di prospettive, conoscenze, competenze e risorse differenti e consente di creare una dinamica circolare tesa ad includere la diversità, superare le tensioni conflittuali, fare emergere questioni nuove e letture condivise dei problemi comuni, creando collaborazioni progettuali efficaci in una comunità più coesa e competente.

Da questo punto di vista il progetto “CRA Aperta”, pur collocandosi in un contesto territoriale attivo e potendo valorizzare le esperienze di interazione con altre realtà locali realizzate anche nell'ambito progetto “Al tuo fianco”, ha allargato la progettazione all'Azienda USL di Bologna ed all'Università di Bologna per le finalità sopra descritte e ha inserito la collaborazione con altri stakeholder nella enucleazione degli obiettivi, senza configurare nella fase di costruzione e condivisione del progetto un processo partecipativo inclusivo.

Una progettazione partecipata allargata poteva essere realizzata con una modalità allargata al territorio attraverso un avviso pubblico di manifestazione di interesse oppure individuando in modo diretto e nominale gli attori il cui contributo in termini di saperi o di azioni poteva essere valutato utile per l'arricchimento del progetto come ad esempio l'Ufficio Reti dei due Quartieri, le Case di Quartiere e le Associazioni che organizzano attività di socializzazione o supporti domiciliari.

Allo stesso tempo manca nel progetto “CRA Aperta” la “voce” dei destinatari degli interventi espressione diretta del problema e suggeritori “qualificati” di prospettive di miglioramento.

In relazione alla tipologia e finalità del progetto poteva essere previsto una forma adeguatamente supportata di partecipazione degli anziani fragili attraverso la raccolta delle storie di vita oppure dei loro contributi, anche in forma semplificata, su proposte volte al miglioramento delle loro condizioni fisiche psicologiche o sociali. In presenza di sufficienti condizioni di realizzabilità

dettate dall'emergenza pandemica, tale coinvolgimento si sarebbe potuto realizzare anche attraverso la creazione di piccoli gruppi favorendo la socializzazione e l'interazione.

Nella costruzione dell'idea progettuale, fin dalle fasi iniziali, deve essere strutturata non solo la mappatura dei bisogni ma anche degli stakeholder e devono essere individuati gli strumenti operativi ed amministrativi per attivare e condurre i processi partecipativi, tenendo conto del contesto, degli obiettivi e del focus del progetto.

Contestualmente l'Ente pubblico deve rafforzare e consolidare le attività di pianificazione, coordinamento, gestione e monitoraggio per valorizzare la dimensione territoriale e la continuità dei progetti, implementare le connessioni e le contaminazioni tra le diverse esperienze, garantire la partecipazione e l'interazione tra gli attori del sistema.

Le progettazioni in favore degli anziani fragili devono collocarsi in un assetto organizzativo e funzionale di governance locale in cui "agire", in una relazione biunivoca, la ricomposizione territoriale di programmi, azioni e risorse all'interno di una lettura condivisa, e mai statica, di bisogni e possibili risposte e di una visione generativa di opportunità e connessioni.

In questo senso anche la realizzazione del progetto "CRA Aperta", pur avendo uno sviluppo circoscritto a due Quartieri, quale espressione delle sinergie della comunità territoriale si colloca nel sistema di un Welfare cittadino, attento a cogliere i fattori di replicabilità di micro-progettazione e traiettorie di innovazione sociale.

## **CONCLUSIONI**

Tessere trame per sostenere la fragilità significa superare una visione a compartimenti stagni e progettare le politiche, i servizi, gli interventi secondo chiavi di lettura intersettoriali, multidisciplinari e multi-attore in cui le dimensioni dell'abitare, della mobilità e della cultura si intrecciano agli ambiti di cura relazionale, assistenziale e sanitaria nella rete di protezione e tutela dell'anziano fragile.

L'integrazione tra policy differenti, affidata al ruolo di regia dell'Ente pubblico, costituisce un elemento fondamentale per lo sviluppo di progettazioni inclusive, garantendo le sinergie di competenze e professionalità nella programmazione ed erogazione dei servizi e l'interazione tra i diversi settori della Pubblica Amministrazione. Allo stesso tempo deve essere riconosciuto e sostenuto il valore del capitale sociale per favorire lo sviluppo locale, la coesione sociale e la creazione di una comunità accogliente che si prende cura delle fragilità.

## BIBLIOGRAFIA

N.A. Andersen, “Il Welfare delle potenzialità”, 2016

D. De Leo e M Trabucchi, “Maledetta solitudine. Cause ed effetti di un’esperienza difficile da tollerare”, 2019

Z. Bauman, “La solitudine del cittadino globale”, 2000

L. Bulmer, “Le basi della community care: sociologia delle relazioni informali di cura”, 1992

V. Cesareo, “Welfare responsabile”, 2017

E. Ripamonti, “Collaborare: metodi partecipativi per il sociale”, 2018

G. Cavazza e C. Malvi, “La fragilità degli anziani: strategie, progetti, strumenti per invecchiare bene”, 2014

R. Di Federico, “Reti di governance e di coordinamento: il riposizionamento degli attori dello sviluppo locale”, in Rivista trim. di Scienza dell’Amministrazione 2/2013

L.Bifulco, “Il Welfare locale: processi e prospettive”, 2015

C.Malvi, “Storie, parole, esperienze per condividere la cura delle persone fragili”, 2018