

# e-Care e Anziani fragili

Una sperimentazione  
tra Bologna e Ferrara

a cura di Costantino Cipolla,  
Francesca Guarino

RICERCA  
SPENDIBILITÀ

**S**alute e  
società



FrancoAngeli

## Salute e Società

---

collana diretta da Costantino Cipolla

La Collana *Salute e Società* si inserisce in una rete di natura più vasta, collegata operativamente da un logo comune e concettualmente da un *Manifesto* programmatico (pubblicato sul n. 1, a. I, 2002 della Rivista omonima), che contempla le seguenti iniziative, qui segnalate con i rappresentanti che ne compongono il *Consiglio di direzione*:

- Laurea Specialistica in *Sociologia, Politiche Sociali e Sanitarie* (con curriculum in *Sociologia della Salute*): Costantino Cipolla, Università di Bologna;
- Rivista *Salute e Società*, quadrimestrale edito da FrancoAngeli: Antonio Maturò, Università di Bologna;
- Delegato SISS (*Società Italiana di Sociologia della Salute*): Tullia Saccheri, Università di Salerno;
- Master Universitario di II livello in *Valutazione della qualità dei servizi socio-sanitari dal punto di vista del cittadino*: Leonardo Altieri, Università di Bologna;
- Centro di Ricerca Interdipartimentale sui *Sistemi Sanitari e le Politiche di Welfare* (C.R.I.S.P.): Guido Giarelli, Università della Magna Graecia (Catanzaro);
- Master Universitario di I livello in *Il coordinamento, la progettazione e la gestione dei servizi di educazione, comunicazione e promozione della salute*: Sebastiano Porcu, Università di Macerata;
- Centro di Studi Avanzati sull'*Umanizzazione delle Cure e sulla Salute Sociale* (Ce.Um.S): Francesca Cremonini, Università di Bologna;
- Master Universitario di I livello in *Funzioni Specialistiche e Gestione del coordinamento nelle Professioni Sanitarie*: Anna Coluccia, Università di Siena;
- Storico per la *Croce Rossa Internazionale*: Paolo Vanni, Università di Firenze.

Attività di Alta Formazione:

- Corso di Alta Formazione in *Welfare State e cittadinanza: gay, lesbiche, bisex, trans* (Università di Bologna): Tutor Agnese Accorsi, agnese.accorsi@libero.it.
- Corso di Alta Formazione in *Metodologia della ricerca sociale ed epidemiologica applicata alle sostanze psicoattive* (Università di Bologna): Tutor Alessia Bertolazzi, alessia.bertolazzi@libero.it.
- Corso di Alta Formazione in *Sociologia della salute e Medicine non convenzionali* (Università di Bologna): Tutor Veronica Agnoletti, agnoletti.veronica@libero.it

Ognuna delle attività citate fa capo a reti singole e collettive nazionali ed internazionali, accademiche e professionali, sociologiche e di altre discipline che concorrono complessivamente, a vario titolo, alla presente iniziativa editoriale.

La Collana, che prevede, per ogni testo, la valutazione di almeno due *referee anonimi*, esperti o studiosi dello specifico tema, si articola in tre sezioni:

### *Confronti*

In questa sezione sono pubblicati testi che fanno della comparazione geografico-istituzionale, storica, epistemologica il senso della propria elaborazione nell'ottica della tolleranza, del pluralismo competitivo e delle soluzioni, o decisioni, migliori per la qualità della vita socio-sanitaria dei cittadini. La continuità e la coerenza di tale approccio è garantita dalla Rivista *Salute e Società*.

### *Teoria e metodologia*

In questa sezione compaiono testi teorici o di riflessione metodologica sulle dimensioni sociali della medicina di impianto anche interdisciplinare e, comunque, inerenti le scienze umane concepite in senso lato.

### *Ricerca e spendibilità*

In questa sezione sono presentati volumi che riprendono indagini, più o meno ampie, di natura empirica o che investono in un'ottica applicativa e spendibile sia lungo il percorso culturale e co-educativo della divulgazione e della vasta diffusione, sia nella prospettiva dell'incidenza sulla realtà socio-sanitaria o, più in generale, dell'influenza sulla salute/malattia.

Responsabile redazionale: Ilaria Iseppato, [ilaria.iseppato@libero.it](mailto:ilaria.iseppato@libero.it)

I lettori che desiderano informarsi sui libri e le riviste da noi pubblicati possono consultare il nostro sito Internet: [www.francoangeli.it](http://www.francoangeli.it) e iscriversi nella home page al servizio “informazioni” per ricevere via e-mail le segnalazioni delle novità o scrivere, inviando il loro indirizzo, a: “FrancoAngeli, viale Monza 106, 20127 Milano”.

# **e-Care e Anziani fragili**

Una sperimentazione  
tra Bologna e Ferrara

a cura di Costantino Cipolla,  
Francesca Guarino

FrancoAngeli

La cura redazionale ed editoriale del volume è di Veronica Agnoletti.

Copyright © 2009 by FrancoAngeli s.r.l., Milano, Italy.

*L'opera, comprese tutte le sue parti, è tutelata dalla legge sul diritto d'autore. L'Utente nel momento in cui effettua il download dell'opera accetta tutte le condizioni specificate sul sito [www.francoangeli.it](http://www.francoangeli.it)*

## *Indice*

<b>Prefazione</b> , di <i>Giuliano Barigazzi</i>	pag. 7
<b>Introduzione</b> , di <i>Costantino Cipolla</i>	» 9
<b>1. I progetti e-Care a Bologna e Ferrara: le reti home care per l'assistenza socio-sanitaria rivolta agli anziani fragili e ad altre fasce deboli di popolazione</b> , di <i>Roberto Cassoli, Carla Fiori, Simone Lodi, Donatella Nardelli e Diego Cavallina</i>	» 11
<b>2. La ricerca sui progetti della rete e-Care, tra profili operativi di fragilità e impatto del servizio</b> , di <i>Francesca Guarino</i>	» 41
<b>3. Dentro i progetti della rete bolognese: per una qualità di vita a specifica personalizzazione</b> , di <i>Francesca Guarino, Laura Lanzi e Sabrina Raspanti</i>	» 79
<b>4. La rete e i suoi nodi: la città metropolitana e i percorsi di comunicazione nell'assistenza all'anziano</b> , di <i>Cristina Malvi e Simona Ferlini</i>	» 115
<b>5. A casa, dopo l'ospedalizzazione: il progetto e-Care Scompenso Cardiaco a Bologna</b> , di <i>Serena Broccoli, Gerardo Lupi e Walther Orsi</i>	» 133
<b>6. Progetti e-Care e Giuseppina: profilo degli utenti e impatto dell'assistenza telematica nel Comune di Ferrara</b> , di <i>Veronica Agnoletti e Simone Lodi</i>	» 159

<b>7. Gli anziani di Massa Fiscaglia e gli appartamenti domotizzati: sinergie per il miglioramento della qualità della vita</b> , di <i>Veronica Agnoletti</i>	pag. 185
<b>8. Teleortogeriatrics nella provincia di Ferrara</b> , di <i>Fernando Anzivino, Francesca Artioli e Simone Lodi</i>	» 201
<b>9. Il Telemonitoraggio dei bisogni nelle demenze nel Distretto Ovest di Ferrara</b> , di <i>Alessandro Pirani, Davide Zaccherini, Cristina Tulipani e Fernando Anzivino</i>	» 215
<b>10. Fra Bologna e Ferrara, uno sguardo di sintesi tra progetti sperimentali e linee di spendibilità</b> , di <i>Roberto Cassoli, Francesca Guarino e Cristina Malvi</i>	» 227
<b>11. Epilogo: il progetto e-Care come anticipazione della sanità al tempo di Internet</b> . Colloquio con Mauro Moruzzi	» 245
<b>Nota metodologica</b> , di <i>Francesca Guarino e Linda Lombi</i>	» 257
<b>Bibliografia di riferimento</b>	» 289
<b>Notizie sugli autori</b>	» 299

## *Prefazione*

di *Giuliano Barigazzi*

Mi piace pensare che Don Milani avrebbe condiviso il richiamo al suo “I Care”, mi importa, condotto verso un più tecnologico “e-Care”, che del messaggio originale di Barbiana intende però mantenere tutta la carica umana e l’interesse per la tutela dei più deboli.

e-Care si rivolge principalmente agli anziani fragili, è una presa in cura telematica di persone che da un momento all’altro passano (per malattia, lutto, isolamento) da uno stato di discreta autosufficienza a una condizione di dipendenza. E restano disorientati, impreparati ad affrontare questa nuova faticosa dimensione.

Se consideriamo questa fragilità non come una situazione fisiologica ma come un complesso di fattori biologici, psicologici e sociali (dove la solitudine gioca un ruolo fondamentale), che condizionano la vita di un anziano allora possiamo pensare che riallacciare relazioni sociali, sentirsi ed essere seguito e curato possa servire a gestire meglio il passaggio verso una diversa fase della propria vita.

La rete di assistenza che a Bologna si va sperimentando dal 2005 è un’esperienza unica, un progetto per diffondere forme evolute di cura sanitarie e sociali in rete.

È la convinzione che dalla connessione tra tutti i soggetti – pubblici e privati – che lavorano sui problemi di anziani e disabili possa nascere un sistema di solidarietà operativa che argina l’isolamento e contrasta il disagio della persona fragile.

“Rete” è la parola magica su cui si poggia l’intero sistema e-Care, una rete tecno-sociale che copre i servizi, le attività sanitarie e sociali, che avvolge e coinvolge il singolo assistito così come le associazioni di volontariato e gli operatori del settore.

Tramite la rete si intende attivare una reazione a catena, in cui una collaborazione attiva e organizzata fra servizi socio-sanitari, istituzioni e organizzazioni di volontariato che già si muovono nel mondo della vulnerabilità



senile sviluppa una forte alleanza per aiutare l'anziano a gestirsi nel proprio ambiente, responsabilizzandolo e contemporaneamente valorizzando le sue risorse.

La solida e incarnata propensione al sociale, così specifica del nostro territorio, rende la provincia di Bologna un ottimo banco di prova per questo progetto, il capitale sociale qui rappresentato dal grande numero di associazioni e di volontari che svolgono attività a favore degli anziani è un patrimonio prezioso a cui rapportarsi.

Le potenzialità insite in questo patrimonio sociale, congiunte all'impegno concreto dell'amministrazione, dei dirigenti e degli operatori, possono dare corpo e impulso a un modo dinamico e innovativo di realizzare assistenza sociale e sanitaria, un sistema che si auto-implementa, dove promotori e utenti si valorizzano vicendevolmente.

Nuove tecnologie e dialogo, telematica e relazioni sociali sono i binari entro cui muoversi per dare corpo e vita a un'e-Care tecnologica e umana che possa prospettare a breve termine una realtà di cittadini/utenti più informati e diretti protagonisti dell'e-government.

Questa esperienza è dunque, in ultima sintesi, la concreta metafora della realizzazione di una nuova idea di welfare comunitario.

## *Introduzione*

di *Costantino Cipolla*

La ricerca che qui introduco e che ha avuto in Francesca Guarino il suo perno centrale sia metodologico che concettuale, è un'indagine sicuramente innovativa e imprescindibile onde capire meglio ed essere in grado di valutare il futuro, per altro non eludibile, dell'assistenza e-Care con particolare riferimento agli anziani e agli interventi di natura domiciliare.

In questa sede, nel ringraziare tutti coloro che hanno con sensibilità e impegno contribuito alla presente investigazione ricognitiva, mi limiterò a sottolineare gli elementi di forza che emergono dal progetto facente capo a CUP 2000 e promosso dal suo direttore generale, Mauro Moruzzi insieme all'Assessore alla sanità e servizi sociali, associazionismo, volontariato della provincia di Bologna, Giuliano Barigazzi.

A loro va il merito di aver permesso e sostenuto questa iniziativa di natura pionieristica.

Tornando al cuore del nostro problema, mi pare che i vantaggi differenziali propri di questo tipo di evoluzione dell'assistenza domiciliare possano essere sintetizzati in maniera molto schematica, che peraltro è sviluppata in molti luoghi del volume:

- a.* alleggerire in ogni caso i luoghi di primo intervento sanitario;
- b.* trasferire al soggetto e ai suoi mondi vitali primari un senso più quotidiano e vasto di sicurezza;
- c.* ampliare e migliorare nell'ottica della completezza la percezione di salute e la completezza propria del cittadino;
- d.* anticipare in un certo qual significato ed esplicitare, accedendovi in maniera più appropriata, la domanda latente dell'anziano;
- e.* accrescere le forme relazionali che ruotano intorno al soggetto, evitando l'isolamento e sviluppando la coesione e la coerenza finalizzata delle sue reti sociali primarie;
- f.* sostenere l'anziano fragile in maniera più personalizzata e orientata sulla sua domanda specifica di assistenza;

- g. mantenere costante e in maniera esperta un monitoraggio votato alla tutela dell'assistito anche con la presenza di figure esterne a suo sostegno;
- h. rafforzare o favorire per la prima volta obiettivi che vedano il volontariato incentivato ad assolvere alle sue funzioni più intrinseche.

Accanto a questi elementi che si sono dimostrati di grande interesse e utilità, nonché passibili di ulteriori e proficui sviluppi, si sono ovviamente individuati dei passaggi e degli elementi di criticità che naturalmente sono stati messi in evidenza in maniera esplicita in tante parti del nostro lavoro.

Tra queste, considerando la decisa gioventù del nostro progetto, mi pare di poter sottolineare che vada ampliata l'informazione socio-sanitaria che gli operatori debbono fornire ai soggetti assunti in carico. Inoltre va tenuto presente che i criteri di selezione, come del resto i processi di segnalazione debbano essere chiari, uniformi e circolari, secondo un modello fruttuoso fra cittadino e suo primo referente comunicativo.

A parte altre questioni metodologiche minori, evidenziate per esempio nella parte conclusiva dovuta a Francesca Guarino, mi limito a segnalare che un progetto di questo genere, come peraltro tutti i progetti innovativi, se non proprio tutti i progetti di assistenza, dovrebbe essere valutato nel corso della sua lunga e articolata implementazione.

In ogni caso, credo che l'idea di favorire una nuova domiciliarità socio-sanitaria *Home Care* alternativa all'opprimente ospedalizzazione e al precoce ricorso alle residenze sanitarie, sia un merito indiscutibile, ascrivibile a quanto da noi studiato, considerando anche la riduzione dei costi che ciò importa.

Mantenere un anziano in condizioni di fragilità il più possibile nel suo contesto sociale e abitativo, utilizzando l'ICT (*Information and Communication Technology*) è più un destino che una scelta: una scelta che va fatta secondo criteri di qualità e responsabilità che solo un'attenta ricerca sociale può garantire.

Bologna, 16 febbraio 2009

*1. I progetti e-Care a Bologna e Ferrara:  
le reti home care per l'assistenza socio-sanitaria  
rivolta agli anziani fragili  
e ad altre fasce deboli di popolazione*

di Roberto Cassoli, Carla Fiori, Simone Lodi, Donatella Nardelli e  
Diego Cavallina\*

**1. Introduzione: i nuovi approcci a seguito delle trasformazioni socio-demografiche**

La domanda sanitaria, specialmente negli ultimi anni, risulta condizionata dall'evoluzione della composizione demografica e dal consistente aumento della popolazione anziana, portatrice di patologie, e quindi di domanda, in misura assai più ampia del resto della popolazione.

I dati demografici riferiti all'anno 2008, riportati nell'Annuario statistico dell'ISTAT [2008] confermano il costante incremento del processo di invecchiamento della popolazione italiana dove un cittadino su cinque ha già compiuto 65 anni e gli *over 80* rappresentano il 5,3% degli italiani. In particolare, l'indice di vecchiaia, che misura il rapporto tra la popolazione con più di 65 anni e quella che ne ha meno di 15, ha subito, in questi anni, un sensibile incremento, raggiungendo il 142,6%.

Questo fenomeno è presente anche nella nostra regione nella quale si registra un notevole aumento della popolazione anziana. L'Emilia-Romagna, infatti dopo la Liguria, è la regione italiana con la più elevata proporzione di anziani. Al 1° gennaio 2008 sono 968 mila le persone *over 65* (il 22% del totale della popolazione) – di cui 291.000 ultraottantenni a rischio di incorrere nella condizione di non autosufficienza – e questo processo di invecchiamento si riscontra anche nelle provincie di Bologna e Ferrara.

Nel territorio bolognese, per esempio, gli ultrasessantacinquenni sono oltre 100.000 unità e rappresentano il 27% della popolazione. Fra questi, oltre 33.000 hanno più di 79 anni (l'8,9%). Leggermente inferiore risulta essere invece la percentuale di *over sessantacinquenni* nella società ferrare-

\* Il capitolo è stato realizzato grazie al contributo di tutti gli autori. In particolare, la parte relativa al progetto di Bologna è stata redatta da Donatella Nardelli (parr. 1, 2, 3 e 4), mentre quella sul progetto di Ferrara è stata redatta da Simone Lodi (parr. 1, 2, 3 e 5), Roberto Cassoli (par. 5) e Diego Cavallina (parr. 2 e 5). Il par. 6 è stato redatto da Carla Fiori.

se (25,5% dei residenti pari a 90.835 unità). I dati relativi la sola città di Ferrara evidenziano una percentuale di persone con più di 65 anni (26,4%, quasi quattro punti percentuali sopra la media regionale).

Le tendenze demografiche in provincia di Ferrara mostrano in particolare una crescita della fascia dei “grandi anziani” (80 e più anni) che sfiorano quasi il 12% della popolazione locale, e una forte femminilizzazione della popolazione anziana (più di due terzi dell’universo anziano sono donne) [Rer 2008].

Il complesso dei mutamenti demografici comunque si intreccia con altri processi di trasformazione degli assetti sociali, in particolare del mercato del lavoro e della famiglia. Tale dato assume ancora più rilevanza in rapporto ai forti cambiamenti dell’istituzione famiglia, che evidenziano una minore potenzialità di cura a fronte di un aumento dei bisogni: le famiglie bolognesi e ferraresi<sup>1</sup> sono in aumento come numero, ma sono molto più piccole che in passato, assumono forme nuove e diverse, hanno meno figli e meno generazioni compresenti nello stesso nucleo, non possono quindi contare su una rete parentale allargata, sono complessivamente più a rischio di povertà.

In un siffatto contesto, i nuovi e complessi bisogni sociali degli anziani residenti nelle province di Bologna e Ferrara, rischiano di rimanere confinati all’interno delle famiglie, da sempre risorse per il sostegno e l’integrazione sociale, ma oggi sottoposte a una nuova e fortissima tensione.

Il crescente aumento della popolazione anziana, infatti, spesso è accompagnato da un aumento del carico di problemi di salute e da malattie di tipo cronico degenerativo (conseguenza inevitabile dell’invecchiamento) che incrementano fortemente il numero di cittadini non completamente autosufficienti e causano un bisogno sempre maggiore di cura e di assistenza, oltre che una progressiva dipendenza dai servizi socio-sanitari.

Inoltre, le patologie croniche, anche se esigono raramente un prolungato soggiorno in ospedale, costringono il malato a sottoporsi a cure continuative che comportano una frequente interazione con il sistema sanitario, in termini sia di prestazioni diagnostiche, sia di visite mediche e prescrizioni farmaceutiche.

La maggioranza degli anziani cronici si appoggia al tessuto sociale che lo circonda e una parte importante del sostegno ai malati è realizzata in relazioni sociali esterne al sistema sanitario, anche se è sempre più manifesto l’impatto che la malattia ha sulle strutture familiari e le reti di parentela,

<sup>1</sup> Il 28,4% delle famiglie ferraresi sono costituite da un’unica persona. In molti casi si tratta di anziani soli (circa 7.000 quelli residenti nel comune di Ferrara), con netta prevalenza di donne (80% degli anziani soli ultrasettantacinquenni) [Ausl Ferrara 2008].

che si rivelano sempre più in difficoltà a offrire assistenza adeguata e continuativa. Tale difficoltà è enfatizzata anche da livelli di informazione sull'offerta e disponibilità di servizi (pubblici, ma anche di volontariato) e da procedure di accesso che spesso richiedono ancora una "competenza comunicativa" non sempre posseduta dagli utenti e dalle loro famiglie, e generano bisogni assistenziali inevasi di anziani e vecchi in condizioni critiche a domicilio e lontani dai servizi, spesso a questi sconosciuti [Paltrinieri, Pierantoni e Salizzoni 2001]; da qui la necessità di creare nuove forme di domiciliarità socio-sanitaria e interventi personalizzati per una "presa in carico" dell'utente anziano, oltre a interventi personalizzati, basati su una rete integrata di servizi e su un'efficace continuità assistenziale (rete e-Care).

In questi anni gli interventi per gli anziani hanno puntato sempre sulla centralità della famiglia, al fine di evitare l'istituzionalizzazione e la delega assistenziale delle funzioni di cura soprattutto per quelli con autosufficienza limitata. Forte è stato anche lo sviluppo della progettualità sulle tematiche delle reti e delle tecnologie ICT applicate ai servizi per anziani e soggetti fragili e per il supporto alla non autosufficienza con l'emanazione di linee di indirizzo regionali e programmi di sostegno delle reti sociali e di prevenzione per gli anziani fragili<sup>2</sup> che, oltre a valorizzare l'apporto delle associazioni e di tutte le realtà sociali operanti nel territorio, indicano la cornice strategica di riferimento, soprattutto in situazioni di disagio sociale o di emergenza.

Il progetto e-Care nasce per far fronte alle sfide dell'invecchiamento sopra indicate. Achille Ardigò, decano della sociologia in Italia, e Mauro Moruzzi, direttore generale di CUP 2000, hanno identificato un sistema per passare dalla telematica a un modello di presa in carico e cura di nuova tipologia, il modello dell'e-Care appunto. Con quel prefisso che indica elettronica.

Ardigò motiva questo innovativo approccio di presa in carico e gestione del cittadino, in particolare quello fragile, poiché tale «passaggio è stato richiesto per la necessità di apporti non solo di reti telefoniche semplici, ma anche di supporti telecomunicativi, fino all'uso sempre più massiccio di supporti in rete Internet attraverso i moderni call center o i contact center e i portali. È prevedibile che quando si avrà il superamento dell'attuale crisi economica generale, l'intermediazione di e-Care, tra pazienti e strutture erogatrici di cure, si arricchirà di sempre più nuovi strumenti aggiornati di telecomunicazioni, a partire dai telefoni mobili e da

<sup>2</sup> Vedi delibera di giunta n. 509 del 16 aprile 2007 "Fondo regionale per la non autosufficienza – Programma per l'avvio nel 2007 e per lo sviluppo nel triennio 2007-2009".

palmari, di diretto accesso a Internet [...]. Cominciamo ad aprirci alla prima sperimentazione di un nuovo modello di e-Care plurale, anche approfondendo le novità normative della legge 328/2000 e della legge regionale 2/2003. La prima di queste novità ha di mira l'integrazione in orizzontale tra una pluralità di servizi socio-assistenziali offerti dalle strutture professionali di assistenza ma anche migliorie nelle abitazioni, servizi di aiuto nelle faccende domestiche, supporti alimentari, di aiuto alla mobilità, sollecitando la responsabilità dei familiari che ricevono assegni di cura dalla regione tramite i comuni. Il tutto con la collaborazione delle circoscrizioni o dei centri sociali che ricevono supporti dagli enti locali. Attraverso vie di sperimentazione si dovrà cercare di sviluppare quella assistenza plurale, anche sul principio della sussidiarietà in orizzontale, al cui scopo sarà quanto mai rilevante l'attivazione di quel sistema informativo dei servizi sociali previsto dalla legge n. 2/2003 della Regione dell'Emilia-Romagna» [Ardigò 2003: 12].

## **2. La normativa di riferimento per la prevenzione della non autosufficienza e le sue applicazioni locali**

La promozione al sostegno degli anziani "fragili" è riconosciuta anche dalla delibera di Giunta regionale 1206/2007<sup>3</sup>, che riporta le attività correlate al Fondo per la non autosufficienza (FRNA) e auspica l'adozione di interventi per prevenire la condizione di non autosufficienza, specialmente per quelli con particolari caratteristiche sociali e sanitarie; argomento ripreso anche dalla Conferenza territoriale sociale e sanitaria di Bologna che individua proprio nel Piano Sociale e Sanitario del prossimo triennio 2008-2010<sup>4</sup> le azioni da promuovere per concorrere a tale obiettivo. Esso fornisce un quadro di riferimento normativo del FRNA e promuove, oltre al consolidamento di alcuni servizi e-Care come la teleassistenza e il telesoccorso, anche un approccio innovativo centrato soprattutto sui bisogni e sull'autonomia delle persone, sia di quelle non autosufficienti, che di chi se ne prende cura, con interventi e servizi di e-Care che favoriscano la domiciliarità.

Il Piano rappresenta inoltre un'opportunità concreta per attivare percorsi e attuare interventi efficaci nell'area della prevenzione e si propone di

<sup>3</sup> Vedi la Delibera di giunta n. 1206/2007 approvata il 30 luglio 2007 "Fondo Regionale non autosufficienza. Indirizzi attuativi della deliberazione G. R. 509/2007".

<sup>4</sup> Cfr. "Piano Sociale e sanitario 2008-2010", deliberazione di Giunta regionale n. 1448 del 1° ottobre 2007 proposta dell'assemblea legislativa, p. 45.

sviluppare servizi e azioni per fornire una “rete” comunicativa di supporto all’anziano, alla sua famiglia, alle risorse sociali del territorio (non profit, associazionismo, volontariato, reti di auto e mutuo aiuto ecc.) inserendo, nell’ambito della nuova programmazione regionale integrata del “Fondo regionale per la non autosufficienza” (FRNA), l’e-Care tra i servizi fondamentali di sostegno e di supporto alla domiciliarità, da sviluppare nel prossimo triennio e da finanziare all’interno dello stesso Fondo<sup>5</sup>.

L’obiettivo del prossimo triennio è invece quello di perfezionare la rete tecno-sociale e-Care già esistente, adottando modelli assistenziali alternativi e sviluppando nuove opportunità di assistenza e cura con forme di aiuto a supporto del *caregiver*, che integrino le “reti” di sostegno (sociali e sanitarie) per facilitare la permanenza a domicilio dell’anziano.

Allo stesso modo, nella realtà ferrarese le istituzioni locali hanno individuato l’e-Care tra le priorità per il benessere e la salute della popolazione fragile residente nella provincia di Ferrara. Conseguentemente a ciò, Comune e Provincia di Ferrara, aziende sanitarie ferraresi (Ausl e Azienda ospedaliero-universitaria Sant’Anna), farmacie pubbliche e quelle private, Università di Ferrara e CUP 2000, hanno costituito un comitato di programmazione al fine valorizzare, sviluppare e coordinare i progetti e le attività di ricerca nel campo del sistema e-Care, con particolare riferimento alla promozione e allo sviluppo di tematiche di ricerca di importanza strategica per l’applicazione dell’Information and Communication Technology nelle strutture sanitarie, sociali e socio-sanitarie.

Il Comitato sta quindi agendo per la valorizzazione e la diffusione delle reti Internet applicate ai servizi sociosanitari quali la telemedicina, i servizi di *home care*, la domotica (per le tecnologie riguardanti le nuove costruzioni, il restauro, la bioarchitettura), l’incentivazione all’utilizzo della telematica applicata ai servizi sanitari, sociali e di ricerca, in particolare attraverso le strutture della connessione in fibre ottiche che si stanno attivando nel territorio ferrarese, a supporto dei servizi legati la pubblica amministrazione e la sanità.

### **3. La rete e-Care: un servizio per la presa in carico del cittadino**

I servizi e-Care, intesi come forma di presa in carico dei pazienti con l’ausilio di tecnologie telecomunicative (teleassistenza, telemonitoraggio,

<sup>5</sup> Il Fondo Regionale per la non autosufficienza per lo sviluppo nel triennio 2007-2009, è stato istituito con Delibera GR del 16 aprile 2007, p. 41.



telemedicina, telesicurezza, teleinformazione), rappresentano ancora, in Italia, aree di sperimentazione.

Questa nuova forma di servizio socio-sanitario *on-line* si sta affermando soprattutto nell'assistenza home care dei pazienti anziani (affetti da malattie croniche, soli e fragili e dimessi da strutture ospedaliere). L'area prioritaria dell'e-Care è quella di dare unitarietà e mettere in rete tutti i vari servizi a domicilio erogati da una pluralità di soggetti «nei campi della sanità, della salute, dell'assistenza domiciliare, della sicurezza, della solidarietà e dell'accesso alla pubblica amministrazione» [Moruzzi 2005: 173].

Il fine di queste sperimentazioni è soprattutto quello di rispondere in modo coordinato ai bisogni socio-assistenziali e socio-sanitari della popolazione anziana tramite un sistema a “rete” di servizi volti a creare nuove forme di domiciliarità, mantenendo la persona assistita il più possibile nel proprio contesto abitativo.

In Emilia-Romagna le azioni intraprese per contrastare la non autosufficienza, in questi anni, sono state molteplici: dalla costituzione del call center e-Care per la teleassistenza e il telemonitoraggio delle condizioni fisiche dell'anziano – avviato dalla Provincia di Bologna nel 2005 – al progetto di grande rilevanza europea OLDES, promosso dal Comune di Bologna per la costruzione della piattaforma tecnologica per la domiciliarità, al progetto regionale per la costruzione di un sistema informativo di programmazione e controllo per la gestione del FRNA, ai progetti dell'Azienda Ausl di Bologna per il telemonitoraggio dello scompenso cardiaco e dell'Ausl di Ferrara per la teleortogeriatría.

Già nel corso dell'anno 2005 è stata realizzata una prima sperimentazione del servizio e-Care rivolto agli anziani in condizioni di fragilità e/o di solitudine, attraverso la predisposizione di una rete di supporto ai servizi già operanti, secondo la logica della sussidiarietà.

Il progetto, promosso e coordinato dalla Provincia di Bologna, ha voluto sperimentare un modello di relazione con il cittadino per l'utilizzo dei servizi sociali e sanitari in grado di promuovere accessibilità, trasparenza, fruibilità ed efficienza operativa. Un servizio innovativo<sup>6</sup> per la presa in carico elettronica di cittadini anziani (over 75) in condizioni di

<sup>6</sup> «L'e-Care agisce per favorire una gestione plurale della distribuzione elettronica dei servizi, compresi i servizi pubblici e di interesse pubblico. Questo sistema rappresenta una prima forma d'avvicinamento tra il mondo della Rete e quello della salute. [...]. Esso avviene attraverso la conoscenza e l'integrazione con i siti specializzati per la sanità. L'e-Care si dimostra quindi una *Rete delle reti* che si basa sulla diffusione degli e-Services, in particolare quelli inerenti le aree sociali, sanitarie e di sicurezza, in risposta alle domande dei cittadini, soprattutto quelli anziani» [Moruzzi 2005: 204].

solitudine, conosciuti dai servizi sociali del Comune di appartenenza, ma non ancora in carico.

L'obiettivo era quello di consentire loro di vivere il più a lungo possibile nel proprio contesto sociale e abitativo permettendogli così di ritardare l'accesso a costose strutture protette, ridurre i periodi di ospedalizzazione, utilizzare le reti sociali di solidarietà (sia reali che potenziali), creare situazioni home care abitative di sicurezza, con particolare riferimento a situazioni di emergenza (caldo estivo, situazioni influenzali ecc.).

Il progetto ha inteso migliorare la qualità della vita delle persone anziane<sup>7</sup> sole consentendo loro di vivere a casa propria, in un ambiente sicuro e protetto, mediante un aiuto quotidiano e un sostegno psicologico con telefonate giornaliere che fornivano compagnia e rilevavano eventuali situazioni di "disagio" altrimenti non avvertite dai servizi territoriali, mantenendo il contatto con l'utente sino alla soluzione del bisogno rilevato. Spesso infatti i problemi di salute nascondono e fanno crescere disagi sociali, non altrimenti avvertibili, e rendono necessaria la gestione integrata delle due attività: sanitaria e sociale. Per questo motivo, nella sperimentazione del progetto, questi due aspetti non sono mai stati separati.

Inizialmente il progetto è stato coordinato dalla provincia di Bologna e ha coinvolto anche il territorio e gli Enti della provincia di Ferrara.

In questa fase sperimentale a valenza sociale hanno partecipato al progetto, individuando la tipologia di anziani da seguire, il Comune di Bologna<sup>8</sup>, quattro comuni della provincia (Budrio, S. Pietro in Casale, Vergato, S. Lazzaro di Savena), l'Azienda Usl di Bologna, oltre al Comune di Ferrara e al Consorzio Ferrara e-Care.

Nell'anno 2007, attraverso il finanziamento regionale all'Ausl di Bologna, è stata avviata nell'area provinciale bolognese la sperimentazione del servizio e-Care a valenza clinico-assistenziale, indirizzato ad anziani con scompenso cardiaco residenti nei tre distretti: Bologna città (35 utenti), Porretta e San Lazzaro (20 utenti).

L'obiettivo del progetto era quello di verificare se l'intervento di *follow*

<sup>7</sup> «La *telecompagnia* per le persone anziane sole si colloca in un'area di interesse sperimentale. In Italia, durante le ultime estati calde, molti anziani soli, a volta ultraottantenni, sono rimasti *intrappolati* nei loro appartamenti (senza aria condizionata), in particolare nei centri storici delle grandi città. Durante gli inverni particolarmente freddi è accaduta la stessa cosa. In questi casi la *telecompagnia*, insieme al teleascolto, diventa qualcosa di più di un servizio rivolto alle persone sole: è anche un mezzo per avere un quadro delle situazioni a rischio e prevenirle» [Ivi].

<sup>8</sup> La sperimentazione ha monitorato circa 662 anziani nelle province di Bologna e Ferrara, fornendo anche assistenza al progetto "caldo estivo" dei due comuni emiliani, con oltre 10.000 contatti telefonici gestiti.

*up* telefonico di personale non sanitario (Servizio e-Care SC) poteva indurre nelle persone seguite:

- un ricorso più appropriato a prestazioni sanitarie (con un maggior utilizzo di servizi di tipo diagnostico-preventivo e una diminuzione del ricorso a pronto soccorso, prestazioni di urgenza e ricoveri ospedalieri);
- un miglioramento della qualità della vita (QdV);
- un incremento della conoscenza della propria condizione di salute.

Uno degli obiettivi che si intendeva raggiungere era quello di far diventare la casa dell'anziano il "luogo" in cui essere regolarmente seguiti e assistiti, pianificando percorsi di assistenza personalizzati con attività rivolte al miglioramento della stessa qualità della vita, come la socializzazione, le opportunità ricreative e culturali di compagnia e di svago. Ciò al fine di mantenere attiva la vita della persona anziana, contrastandone il rischio legato alla "solitudine involontaria", in un contesto di integrazione, non solo tecnologica, ma anche organizzativa.

#### **4. Gli obiettivi del progetto e-Care Bologna: una rete di servizi per gli anziani fragili e altre fasce deboli di popolazione**

La valutazione positiva della prima fase sperimentale del progetto 2005-2006 da parte della Provincia di Bologna, che coordinava il progetto, ha portato, nell'anno 2007, all'estensione del servizio e-Care a tutto il territorio dell'Ausl di Bologna.

Pertanto, su mandato della Conferenza territoriale sociale e sanitaria, l'Azienda Usl ha affidato l'incarico di gestire la seconda fase del progetto alla società CUP 2000, che aveva già realizzato la prima fase di sperimentazione, finanziandolo tramite il FRNA.

A partire dal gennaio 2008, poi, all'interno del progetto e-Care è rientrato anche tutto il filone di attività relativo al progetto "e-Care Scompenso Cardiaco", che nel 2006-2007 aveva usufruito di un finanziamento *ad hoc* della regione, nell'ambito dei progetti ICT del PITER.

Nel corso dell'anno 2007-2008 l'obiettivo che si è cercato di raggiungere è stato quello di costruire ed estendere una rete di servizi per gli anziani fragili e altre fasce deboli di popolazione; una rete comunicativa relazionale e di supporto per l'anziano fragile ultra settantacinquenne in situazione di fragilità o solitudine, integrando e coordinando le "reti" di sostegno sia sociali che sanitarie, già presenti sul territorio con l'intento di:

- sostenerlo a domicilio mediante informazione, ascolto e monitoraggio;
- migliorare la socializzazione e la qualità della vita;

- facilitare la comunicazione tra anziano, operatori dei servizi socio-sanitari e risorse sociali del territorio mediante la telecompagnia, il teleorientamento e il telemonitoraggio, integrando e coordinando le “reti” di sostegno (sociali e sanitarie) che possono facilitare la permanenza a domicilio dell’anziano con attività rivolte al miglioramento della qualità della vita come la socializzazione, le opportunità ricreative e culturali di compagnia e di svago, contrastandone il rischio legato alla “solitudine involontaria”.

Proprio per la realizzazione di quest’ultimo obiettivo è stato svolto un grosso lavoro capillare per promuovere il primo coinvolgimento del volontariato e delle risorse sociali (sindacati pensionati, centri sociali, parrocchie del territorio ecc.).

La *governance* e il monitoraggio sull’andamento del progetto sono stati garantiti da un comitato tecnico, nominato dalla Conferenza territoriale sociale e sanitaria, composto da quattro rappresentanti degli Enti coinvolti, con il compito principale di compiere le scelte strategiche per la conduzione del progetto. Quest’ultimo ha anche promosso la costituzione di un gruppo operativo<sup>9</sup> di volta in volta invitato in base alle competenze necessarie.

Al gruppo operativo è stato demandato il compito di assumere tutte le decisioni attuative delle scelte strategiche del gruppo tecnico.

Inoltre, sempre su mandato del comitato tecnico, il gruppo operativo e di monitoraggio ha identificato i criteri per la selezione degli anziani fragili che stanno entrando a far parte del servizio e-Care, individuando tre tipologie di fragilità (clinica, funzionale e sociale) segnalabili dai medici di medicina generale, dai servizi sociali e dagli infermieri domiciliari, che consentono all’utente di essere inserito nel servizio.

Più specificatamente, si tratta di anziani fragili ultrasessantacinquenni, ossia in situazione dove la solitudine (individuale o di coppia) o la rarefazione delle reti familiari e sociali è associata a fattori di fragilità:

- funzionali (difficoltà nell’alimentazione, difficoltà nel movimento, cadute, deficit sensoriali);
- clinici (disturbi respiratori e/o cardiaci, patologie con terapie complesse, patologie con frequenti accertamenti clinici e/o visite specialistiche di controllo, dolore cronico, ricoveri ospedalieri, depressione);
- sociali (caregiver di persona con necessità di assistenza continuativa, persona che vive in zone isolate o degradate, basso reddito, situazione abitativa inadeguata, assenza di aiuto di familiari o conoscenti).

<sup>9</sup> Il gruppo operativo e di monitoraggio è composto dai rappresentanti degli uffici di piano, dagli MMG (medici di medicina generale) dei servizi sociali del territorio, dagli Infermieri domiciliari, da un geriatra e dal Programma salute anziani dell’Ausl Bologna, con il supporto tecnico-organizzativo di CUP 2000.