

FONDAZIONE PERUGIA

DOCUMENTO DI CO-PROGRAMMAZIONE

Bando intersettoriale per il welfare e la vita indipendente

Linea 2 – Invecchiamento attivo, degenerazioni cognitive e fragilità emergenti

Elaborazione a partire dal Focus Group con i servizi socio-sanitari territoriali
Sede Regione Umbria, Perugia

Documento a uso interno – Propedeutico alla costruzione del bando

Premessa metodologica

Il presente documento di co-programmazione è stato elaborato a partire dalla trascrizione integrale del focus group condotto dal Dott. Nicola Basile con dirigenti e professionisti del sistema socio-sanitario umbro, nell'ambito del percorso promosso da Fondazione Perugia per la costruzione di un bando intersettoriale su welfare e vita indipendente.

Il documento traduce le evidenze raccolte in un quadro analitico strutturato secondo la sequenza contesto – problemi – obiettivi – strategia – scenari – indicatori, finalizzato a orientare le scelte della Fondazione per la Linea 2 del bando, dedicata all'invecchiamento attivo e alle fragilità connesse.

Il testo distingue sistematicamente tra: (a) evidenze dirette dal focus group, (b) inferenze analitiche, (c) integrazioni necessarie.

1. Contesto

1.1 Contesto demografico e territoriale

Il focus group restituisce un quadro demografico caratterizzato da tendenze convergenti che aggravano le condizioni di fragilità della popolazione anziana.

Invecchiamento e riduzione dei nuclei familiari. Più partecipanti hanno segnalato la crescita delle famiglie monocomponente e delle coppie di soli anziani, con figli dispersi sul territorio nazionale. Il conduttore ha osservato che ci troviamo probabilmente di fronte alla prima generazione di anziani con significativamente meno figli rispetto al passato, dentro un welfare fortemente familiarizzato che entra in crisi strutturale.

Spopolamento delle aree interne. L'Umbria presenta aree montane, piccoli comuni, frazioni disperse e distanze significative. È stato sottolineato come il territorio, pur avendo “la popolazione di un quartiere di Roma”, sia talmente variegato da rendere impossibile l'omogeneità dell'offerta. Le persone più fragili si concentrano nelle aree più isolate, generando un paradosso tra bisogno e accessibilità.

Specificità dell'area perugina. Anche Perugia, per estensione territoriale e dispersione delle frazioni, presenta criticità di accessibilità non riconducibili alla sola dimensione rurale.

1.2 Contesto istituzionale e normativo

Il panorama istituzionale è in fase di profonda trasformazione, con opportunità e incertezze.

- **Nuovo Piano socio-sanitario regionale:** in elaborazione, primo piano quinquennale dell'Umbria (il precedente risale al 2009), per la prima volta “socio-sanitario”.
- **D.Lgs. 62/2024 sulla disabilità:** Il progetto di vita prevede la partecipazione della persona e della famiglia nella stesura del progetto all'interno dell'UVM.
- **Piano d'azione “Umbria per Tutti”:** mira ad armonizzare fonti di finanziamento per la disabilità, introducendo risorse e cercando di affrontare la frammentazione dei fondi.
- **Riorganizzazione territoriale:** apertura ospedali di comunità, istituzione PUA, rafforzamento UVM, integrazione con aziende ospedaliere sulle dimissioni protette aprono a delle possibilità di collaborazione prima inesplorate.
- **Sollecitazioni ACRI:** orientamento delle fondazioni bancarie verso l'interazione con PA e Terzo Settore per l'innovazione sociale.

1.3 Contesto dei servizi e delle risorse

Servizi attivi citati nel focus group:

- Centri diurni Alzheimer (2 nel Distretto del Perugino, con liste d'attesa significative)
- Laboratori di stimolazione cognitiva (fermi per carenza di personale psicologico)
- UVM per disabili adulti e anziani (funzionanti, da consolidare e rendere omogenee)
- PUA (in fase di attivazione capillare)
- Rete per l'invecchiamento attivo con Caritas
- Sportelli psicologici (scolastici, comunali, sanitari – molteplici ma non integrati)
- Esperienza IPS per inserimento lavorativo in salute mentale (38 pazienti, 9 inseriti)
- Corsi per caregiver (esperienza pilota, adesione superiore alle attese)
- Residenze protette, RSA, ospedali di comunità (liste d'attesa ~80 persone nella Media Valle del Tevere)

Attori chiave della rete:

- ASL Umbria 1 e 2, Azienda Ospedaliera di Perugia, Regione Umbria
- Dipartimento di Salute Mentale ASL Umbria 1, Distretti sanitari
- Zone sociali e comuni, Università, Caritas
- Terzo Settore (partner cruciale ma frammentato), Fondazione Perugia e altre fondazioni private

1.4 Contesto culturale e sociale

Stigma verso la malattia mentale. In molti hanno denunciato uno stigma pervasivo, definendolo “non soltanto da parte della popolazione, ma anche da parte degli operatori”. I pazienti psichiatrici sono sistematicamente esclusi dalle iniziative di socialità e inclusione. Lo stigma è stato indicato anche come ostacolo all'accesso ai servizi: la Legge 180, titolata “Disciplina del trattamento sanitario obbligatorio”, segnala per definizione che i pazienti “si perdono prima ancora di essere avvicinati”.

Welfare familiarizzato in crisi. Il modello culturale che affida alla famiglia (e in particolare alle donne) il carico assistenziale è stato descritto come strutturalmente in crisi. La coordinatrice UVM ha osservato che i caregiver sono “bombardati internamente a casa” e “bombardati fuori con stili e comunicazioni dissonanti”.

Approccio prestazionale vs. relazionale. Più partecipanti hanno criticato un modello di servizi orientato alla prestazione piuttosto che alla relazione. In molti hanno segnalato in termini espliciti di non essere degli erogatori: “Non siamo dei supermercati. Dobbiamo uscire dalla logica del c'hai una persona, c'hai una famiglia, gli fai la domanda,

hai una risposta”, proponendo un approccio fondato sull’empowerment e sull’attivazione delle reti.

Comunicazione istituzionale inadeguata. Alcuni dei partecipanti hanno evidenziato come i cittadini arrivino ai servizi “che già sanno quello che vogliono”, con aspettative modellate da informazioni non autorevoli (Google, AI), rendendo più difficile la costruzione di percorsi appropriati.

2. Problemi

L'analisi del focus group consente di identificare una struttura di problemi articolata su tre livelli: problemi primari (esplicitamente sollevati), problemi sottostanti (fattori causali strutturali) e problemi trasversali.

2.1 Problemi primari

P1. Solitudine e isolamento sociale degli anziani

Descrizione: crescente numero di anziani che vivono soli o in coppie di soli anziani, privi di reti familiari e sociali di prossimità, esposti a rapido deterioramento a seguito di eventi acuti.

Target: anziani 65-85 anni, in particolare residenti in aree interne e frazioni disperse.

Evidenze: è stato descritto il meccanismo per cui una persona autonoma di 70-75 anni, a seguito di una frattura o un ricovero, innesca una cascata di bisogni assistenziali in assenza di reti familiari.

Connessioni: alimenta P2 (inappropriatezza), P3 (carico caregiver), P5 (discontinuità).

P2. Vuoto nella filiera: assenza di servizi intermedi

Descrizione: mancanza di setting assistenziali tra domiciliarità e residenzialità, con conseguente inappropriatezza nell'uso di risorse sanitarie (ricoveri prolungati, inserimenti in RSA per carenza di alternative).

Target: anziani fragili nella “fascia grigia” (né autosufficienti né completamente non autosufficienti), “giovani anziani” 65-75 anni con fragilità incipiente.

Evidenze: è stata segnalata la presenza di pazienti mantenuti in strutture sanitarie per mancanza di “un contesto sociale accogliente”. Il conduttore ha sintetizzato: “è come se nella filiera mancasse qualcosa di intermedio”. La coordinatrice UVM ha riportato il caso di persone dimesse dai centri diurni Alzheimer perché cognitivamente troppo abili, ma prive di offerte alternative.

Connessioni: conseguenza di P6 (modello obsoleto); causa di P1 (solitudine) e di inappropriatezza.

P3. Sovraccarico e isolamento dei caregiver familiari

Descrizione: i caregiver (prevalentemente donne 50-60 anni) sono esposti a un carico assistenziale crescente senza adeguato supporto, con rischio di esaurimento e breakdown della rete di cura.

Target: “generazione sandwich”, caregiver familiari di anziani non autosufficienti e di persone con demenza.

Evidenze: viene riferito, per esempio, di un corso per caregiver con adesione superiore alle attese (“dovevamo mandare via le persone”), interpretato come segnale di bisogno di

riconoscimento e ascolto. I caregiver vengono rappresentate come figure “bombardate” da comunicazioni dissonanti tra servizi diversi.

Connessioni: alimentato da P1 e P2; aggravato da P7 (comunicazione).

P4. Esclusione sociale delle persone con disagio mentale

Descrizione: i pazienti psichiatrici subiscono un’esclusione sistematica dalla vita sociale in tre ambiti: lavoro, abitare, partecipazione. L’invecchiamento aggrava questa esclusione con una “doppia problematica”.

Target: persone con disagio mentale di tutte le età; in particolare ultra-75enni con lunghe storie di malattia e giovani 14-24 anni.

Evidenze: viene dichiarato che i pazienti hanno “poco diritto di cittadinanza a tutti i livelli” e che una parte significativa del suo lavoro è “rispondere agli amministratori di condominio che parlano male dei pazienti”. È stato citato il dato Caritas sull’aumento del 154% delle depressioni, l’80% per cause sociali.

P5. Discontinuità progettuale e frammentazione dei finanziamenti

Descrizione: la temporaneità dei progetti e la frammentazione delle fonti di finanziamento impediscono la costruzione di percorsi di vita duraturi, vanificando i risultati ottenuti.

Target: tutti i beneficiari di interventi a progetto; operatori e organizzazioni del Terzo Settore.

Evidenze: la rigidità dei periodi di programmazione è emersa come uno dei vincoli strutturali più critici: quasi una certezza più che un rischio, e l'aspetto più frustrante del sistema. È stato portato il caso di un ragazzo autistico che aveva ricevuto assistenza domiciliare per un solo mese – un intervento che funzionava – interrotto alla scadenza del periodo di programmazione senza che le condizioni della persona lo richiedessero. La problematica è riconosciuta anche a livello regionale, ed è esplicitamente presente nel Piano "Umbria per Tutti".

P6. Esplosione del disagio mentale giovanile

Descrizione: raddoppio dei casi seguiti dai CSM nella fascia 14-24 anni dal 2019 al 2023, con incremento dei fenomeni suicidari. I giovani si perdono nelle transizioni tra servizi e nell’assenza di accompagnamento continuativo.

Target: giovani 14-24 anni con disagio mentale; studenti universitari.

Evidenze: Il Dipartimento di Salute Mentale registra un raddoppio dei casi, con almeno due prime visite settimanali riguardanti studenti di psicologia. È stata segnalata anche un'esperienza positiva: un giovane accompagnato dal carcere minorile fino al completamento del percorso scolastico, a testimonianza delle potenzialità di un intervento continuativo e integrato.

2.2 Problemi sottostanti (fattori causali)

PS1. Modello assistenziale obsoleto

Più partecipanti hanno indicato che il modello complessivo di assistenza è “troppo vecchio” per rispondere alle trasformazioni demografiche e sociali. È stato affermato: “forse è il nostro modello complessivo di assistenza che dovrebbe essere rivisto e rimodulato”. È stata criticata la logica prestazionale: “Perdiamo le persone quando pensiamo in termini di interventi e attività da erogare”.

PS2. Carenza di personale qualificato

La difficoltà di reperire personale qualificato investe tanto i servizi pubblici quanto il Terzo Settore. L’università registra un calo di iscrizioni a scienze dell’educazione. Il Terzo Settore è “in enorme difficoltà” a garantire personale per i servizi.

PS3. Deficit infrastrutturale tecnologico

La telemedicina, discussa da vent’anni, trova difficoltà di applicazione nelle aree dove sarebbe più necessaria, per inadeguatezza delle infrastrutture.

2.3 Problemi trasversali

PT1. Frammentazione del sistema e mancanza di integrazione

Attraversa tutti i problemi primari: servizi che non comunicano, molteplici porte d’accesso che non confluiscono in percorsi strutturati, separazione tra sanitario e sociale, tra pubblico e Terzo Settore, tra livello regionale e locale.

PT2. Mancanza di prevenzione e intercettazione precoce

Il sistema interviene prevalentemente a seguito di eventi acuti o di crisi conclamate. La mancanza di strategie proattive di lettura del territorio e di intercettazione delle fragilità emergenti è stata segnalata come criticità trasversale all’invecchiamento, alla salute mentale e alla non autosufficienza.

PT3. Crisi nell’uso dei dati

È stato segnalato un utilizzo dei dati “quasi mai oggettivo” a tutti i livelli, definendolo “un problema molto serio” che non è stato possibile approfondire in sede di focus group.

3. Obiettivi di policy

3.1 Obiettivo generale (goal)

Promuovere un invecchiamento attivo, dignitoso e in salute per la popolazione del territorio della Fondazione Perugia, attraverso il rafforzamento dell'integrazione socio-sanitaria, la prevenzione delle fragilità e il contrasto alla solitudine e all'esclusione sociale, in una prospettiva di comunità e di continuità dei percorsi di vita.

3.2 Obiettivi specifici (outcomes)

Ciascun obiettivo specifico è collegato ai problemi identificati nella sezione precedente.

Cod.	Obiettivo specifico	Problema di rif.	Cambiamento atteso
OS1	Ridurre l'isolamento sociale degli anziani fragili e potenziare le reti di prossimità	P1, PT1	Aumento della densità relazionale e riduzione della solitudine percepita
OS2	Sviluppare un'offerta di servizi intermedi tra domiciliarità e residenzialità per la fascia grigia	P2, PS1	Nuovi setting assistenziali attivi e fruiti dalla popolazione target
OS3	Rafforzare il supporto e l'empowerment dei caregiver familiari	P3	Riduzione del carico percepito e aumento delle competenze di cura
OS4	Favorire la partecipazione sociale e l'inclusione delle persone con disagio mentale	P4, PT1	Aumento delle opportunità di inserimento lavorativo, abitativo e sociale
OS5	Intercettare precocemente le fragilità emergenti nella popolazione anziana e giovanile	P6, PT2	Riduzione del tempo tra emersione del bisogno e presa in carico
OS6	Garantire continuità e sostenibilità degli interventi oltre la durata del singolo progetto	P5	Interventi che proseguono o si integrano nel sistema ordinario dopo il finanziamento

3.3 Risultati operativi (outputs)

Per ciascun obiettivo specifico si indicano i principali prodotti/servizi attesi.

- **OS1** → Programmi di socialità e attivazione comunitaria per anziani; iniziative intergenerazionali; servizi di trasporto sociale; attivazione del volontariato anziano.
- **OS2** → Laboratori di stimolazione cognitiva per demenze lievi; centri di attivazione diurna a bassa soglia; spazi di aggregazione non sanitarizzati; moduli di cohousing o abitare condiviso.
- **OS3** → Gruppi di auto-mutuo aiuto per caregiver; percorsi di coaching e supporto psicologico; interventi di sollievo strutturati; corsi di formazione per caregiver.

- **OS4** → Programmi IPS di inserimento lavorativo; percorsi di abitare supportato; attività di partecipazione sociale e culturale inclusive; azioni anti-stigma.
- **OS5** → Servizi di prossimità e outreach territoriale; sportelli integrati di primo accesso; protocolli di individuazione precoce; programmi di accompagnamento per giovani in transizione tra servizi.
- **OS6** → Piani di sostenibilità obbligatori in fase progettuale; protocolli di aggancio con UVM e servizi ordinari; formazione condivisa per operatori pubblici e del Terzo Settore.

4. Strategia e possibili azioni

4.1 Approccio strategico

Dall'analisi del focus group emerge con chiarezza la necessità di un approccio strategico che integri quattro dimensioni complementari:

1. **Approccio di comunità:** superamento della logica prestazionale verso un modello che attivi le risorse della comunità (reti di vicinato, volontariato, associazionismo) come parte integrante della risposta ai bisogni. Come sintetizzato dalla coordinatrice UVM: “Dobbiamo essere innescatori di processo”.
2. **Integrazione socio-sanitaria:** costruzione di percorsi che colleghino la componente sanitaria e quella sociale, superando la frammentazione tra servizi e la separazione tra porte d'accesso.
3. **Prevenzione e intercettazione precoce:** spostamento dell'intervento dalla fase acuta alla fase anticipatoria, con strategie di outreach e lettura proattiva del territorio.
4. **Continuità e sostenibilità:** disegno di interventi che si aggancino strutturalmente alle programmazioni ordinarie, superando la logica progetto-a-progetto.

[Inferenza analitica: questo approccio integrato corrisponde a quanto nella letteratura internazionale viene definito “community-based integrated care”. Si suggerisce alla Fondazione di adottare esplicitamente questo framework nella formulazione del bando.]

4.2 Linee di azione

Linea di azione 1 – Prossimità e contrasto alla solitudine

Obiettivo: OS1 (ridurre isolamento), OS5 (intercettazione precoce)

Descrizione: attivazione di reti di prossimità e programmi di socialità che intercettino gli anziani fragili prima che entrino in una spirale di isolamento, con particolare attenzione alle aree interne e alle frazioni disperse.

Tipologie di intervento:

- Programmi di vicinato solidale e sentinelle di comunità
- Servizi di trasporto sociale per l'accesso ad attività di socializzazione
- Iniziative intergenerazionali (es. il modello De Hogeweyk/Humanitas)
- Attivazione del volontariato anziano (intercettare il “capitale sociale non valorizzato” segnalato dalla coordinatrice UVM: anziani che si offrono come volontari ma non trovano collocazione)
- Punti di aggregazione leggeri in aree a bassa densità di servizi

Target: anziani 65-85 autonomi o con fragilità incipiente; residenti in aree interne.

Attori: Terzo Settore, comuni, parrocchie, associazioni di volontariato, MMG.

Priorità: ALTA (emersa come criticità trasversale in tutti gli interventi)

Linea di azione 2 – Servizi intermedi per la fascia grigia

Obiettivo: OS2 (servizi intermedi), OS5 (intercettazione precoce)

Descrizione: creazione di offerte di attivazione e stimolazione per persone con fragilità incipiente (demenza lieve, primo decadimento cognitivo, fragilità sociale) che non trovano collocazione nei servizi esistenti.

Tipologie di intervento:

- Laboratori di stimolazione cognitiva con approcci diversificati (non solo psicologici)
- Centri di attivazione diurna a bassa soglia, non sanitarizzati
- Moduli sperimentali di cohousing intergenerazionale
- Spazi di attività culturali e creative per anziani con risorse cognitive residue.

Target: “giovani anziani” 65-75, persone con demenza lieve, anziani dimessi da centri diurni.

Attori: Terzo Settore, ASL (centri diurni, UVM), comuni, cooperative sociali.

Priorità: ALTA (indicata esplicitamente da più partecipanti come seconda priorità)

Linea di azione 3 – Supporto ai caregiver

Obiettivo: OS3 (empowerment caregiver)

Descrizione: sistema integrato di supporto ai caregiver familiari che comprenda dimensioni psicologiche, formative, di sollievo e di empowerment.

Tipologie di intervento:

- Gruppi di auto-mutuo aiuto facilitati
- Percorsi di coaching e supporto psicologico
- Interventi di sollievo strutturati (accoglienza temporanea, sostegno domiciliare)
- Corsi di formazione sulla gestione della cura
- Sportello unico di orientamento per caregiver (superando le comunicazioni dissonanti)

Target: caregiver familiari, in particolare “generazione sandwich” 50-60 anni.

Attori: Terzo Settore, ASL, zone sociali, associazioni di familiari.

Priorità: ALTA (terza priorità indicata dalla discussione)

Linea di azione 4 – Inclusione e accompagnamento per la salute mentale

Obiettivo: OS4 (partecipazione sociale), OS5 (intercettazione precoce)

Descrizione: interventi di inserimento lavorativo, abitare supportato e accompagnamento continuativo per persone con disagio mentale, con attenzione sia alla popolazione anziana sia a quella giovanile.

Tipologie di intervento:

- Estensione del modello IPS (Individual Placement and Support) ad altre zone del territorio
- Percorsi di abitare supportato e affidamento a famiglie di supporto
- Programmi di accompagnamento continuativo nella transizione tra servizi (es. dal ricovero alla scuola, dal carcere minorile al reinserimento)
- Attività di partecipazione sociale e culturale inclusive
- Azioni anti-stigma rivolte alla comunità

Target: persone con disagio mentale (tutte le età); giovani 14-24 anni; pazienti psichiatrici anziani.

Attori: Dipartimento Salute Mentale, Terzo Settore, comuni, scuole, università.

Priorità: ALTA per la componente giovanile; MEDIA-ALTA per la componente anziani *(da calibrare rispetto al perimetro del bando)*

Linea di azione 5 – Formazione condivisa e costruzione di competenze

Obiettivo: OS6 (continuità), trasversale a tutti gli OS

Descrizione: programmi di formazione condivisa tra operatori pubblici e del Terzo Settore per costruire un linguaggio comune, competenze relazionali e capacità di lavoro integrato.

Tipologie di intervento:

- Formazione congiunta operatori ASL/Terzo Settore su temi specifici (demenze, salute mentale, empowerment)
- Formazione sulla comunicazione e l'accoglienza qualificata
- Coinvolgimento dell'università nella formazione delle nuove figure professionali

Target: operatori sociali e sanitari, educatori, volontari qualificati.

Attori: ASL, Università, Terzo Settore, Regione.

Priorità: MEDIA-ALTA (indicata come trasversale, condizione necessaria)