

Thematic Policy recommendation Paper

Progetto Europeo: Active Ageing Going Local (AGL)

Processo partecipativo per lo sviluppo di politiche condivise e integrate sull'invecchiamento attivo nella Regione

Regione Marche
Salute e Vita Indipendente

Sommario

Introduzione sullo stato dell'arte	1
Descrizione dei partecipanti al Tavolo di Lavoro.....	6
Sintesi degli interventi.....	7
Raccomandazioni di policy	10

Introduzione sullo stato dell'arte

La Regione Marche risulta essere tra quelle con il più alto tasso di longevità su scala nazionale; da tempo è impegnata in una politica progettuale attenta alla realtà dell'anziano per tutelarne la fragilità e soprattutto promuovere le potenzialità a favore della comunità. Il processo di invecchiamento della popolazione è uno dei fenomeni demografici più rilevanti. Negli ultimi 10 anni gli anziani nelle Marche sono progressivamente aumentati: se nel 2002 rappresentavano il 20,5% della popolazione, nel 2012 costituiscono il 22,8%, con un incremento particolare della popolazione ultraottantenne. Sia in termini assoluti che relativi è evidente la progressiva crescita della popolazione anziana (popolazione con 65 anni) e più in particolare si evidenzia l'aumento dei "grandi vecchi" (popolazione con 85 anni e più) che nel 2020 rappresenteranno il 4,3% della popolazione totale. A dimostrazione di tale sensibilità il governo regionale ha posto tra gli obiettivi di programmazione il progetto integrato sulla longevità attiva, per consolidare la centralità degli anziani nell'azione di governo, per fronteggiare le crescenti esigenze di protezione della terza età, soprattutto la non autosufficienza, per porre l'anziano come nuovo protagonista della vita sociale".

La regione Marche si impegna da anni nel settore della salute degli anziani anche grazie alla attività sul campo e attività di ricerca svolta dall'INRCA, Ente del SSR. Questi due settori strettamente connessi caratterizzano e rendono specifici i servizi erogati, che sono rivolti prevalentemente agli anziani secondo i fini istituzionali dell'Ente. La salute dell'anziano è definita in termini di capacità. Il modello utilizzato nell'organizzazione dell'attività assistenziale pone al centro questo rapporto tra patologie (multiple) e disabilità, promuovendo il recupero dell'autonomia e dell'inserimento sociale dei pazienti mediante un approccio multidisciplinare e multi specialistico; ogni patologia del paziente è affrontata insieme con le altre, ricercando un equilibrio che consenta alla persona di mantenere la massima autosufficienza, anche quando non è possibile una completa guarigione. Vengono a questo scopo utilizzati gli strumenti e le professionalità che si rendono necessarie per

sviluppare un metodo di cura globale, basato sulla valutazione multidimensionale del paziente (medica, funzionale, psicologica e sociale) seguita da un intervento multidisciplinare integrato (medici, infermieri, terapisti, psicologi, assistenti sociali).

Il Piano Socio-Sanitario Regionale (deliberazione n. 38 del 16 dic 2011) ha indicato nell'INRCA il luogo idoneo per lo sviluppo dei Centri e Laboratori di Ricerca traslazionale su dermatologia geriatrica, analisi della postura e del movimento, farmaco e neuropsicologia.

L'INRCA rappresenta inoltre un Polo Scientifico Tecnologico strutturato in centri e laboratori di studio e ricerca biomedica, socio economica e gestionale per:

- la neurobiologia dell'invecchiamento;
- la nutrizione e invecchiamento;
- le tecnologie avanzate sull'invecchiamento;
- la patologia clinica e terapia innovativa;
- i disturbi del Metabolismo nell'invecchiamento;
- la bioenergetica cellulare;
- la bioinformatica;
- la bioingegneria;
- gli aspetti psico-sociali dell'invecchiamento;
- l'economia e progettazione socio-sanitaria;
- la longevità e rapporti con il terzo settore;
- i sistemi socio-sanitari e le politiche di welfare per anziani;
- i corretti stili di vita nell'anziano.

Nella regione si svolge una intensa attività di ricerca rivolta a studiare i meccanismi dell'interazione dei fattori, che causano disabilità e perdita dell'autonomia e a misurare gli effetti dell'intervento. "Disabilità" e "Comorbilità" rappresentano quindi i cardini del nuovo modello e le basi della nuova organizzazione dipartimentale i termini di salute. Una particolare attenzione viene data ai processi di miglioramento della qualità nei suoi molteplici aspetti: da quello sanitario in senso stretto a quello organizzativo - gestionale e strutturale, con la finalità di rispondere in modo sempre più scientifico ed adeguato alle esigenze dell'utenza anziana. Queste ultime costituiscono il punto di riferimento essenziale per ogni progetto e iniziativa adottati o da realizzare e come tale sono oggetto di studio e di verifica. Sempre sul versante della ricerca è stato predisposto il Piano Strategico dell'Attività Scientifica IRCCS-INRCA 2013-2015 in cui sono stati definiti, all'interno della programmazione triennale 2013-2015 le quattro Linee di Ricerca 1. Determinanti cellulari, molecolari e genetici di invecchiamento, longevità e patologie età-associate 2. Prevenzione e trattamento della fragilità e management delle patologie e delle sindromi geriatriche 3. Invecchiamento e Farmaci 4. Valutazione multidimensionale e continuità assistenziale, con obiettivi ed indicatori, presentati alla Commissione Nazionale per la Ricerca Sanitaria (CNRS) nel corso del primo quadrimestre del 2013, e naturalmente ricomprese nelle tre grandi aree della ricerca biomedica "di base" (diretta alla identificazione di segni precoci di invecchiamento o di malattie ad esso associate), della ricerca clinica ed epidemiologica (orientata alla diagnosi, alla terapia e alla gestione delle principali patologie geriatriche nei diversi settings assistenziali) e della ricerca socio-economica e sui modelli assistenziali, con particolare attenzione alle "nuove tecnologie".

Rendere facile muoversi e fare attività fisica è la strategia del programma nazionale Guadagnare Salute (DPCM del 4 maggio 2007) che affronta i principali fattori di rischio modificabili per la malattie croniche: oltre alla sedentarietà, il fumo di tabacco, il consumo inadeguato di alcol e la scorretta alimentazione promuovere uno stile di vita attivo nella popolazione rappresenta un obiettivo di sanità pubblica, anche a fronte dei benefici economici che ne derivano per i singoli e per le comunità. Grazie all'attuazione nella Regione Marche del programma Guadagnare Salute, sono state messe in atto numerose esperienze di promozione di stili di vita salutari attraverso collaborazioni intersettoriali e trasversali dei diversi Enti e Istituzioni, che tendono a realizzare quanto raccomandato a livello europeo in tema di "Salute in tutte le Politiche". Per questo motivo nel Piano Regionale della Prevenzione 2010 – 2013 è stata approvata una specifica linea d'intervento dedicata alla promozione dell'attività fisica denominata Gente in Gamba: uno degli obiettivi di tale Linea d'Intervento ha riguardato la stesura di Linee di indirizzo regionali per la promozione dell'attività fisica che, condivise con i principali portatori d'interesse - Ufficio Scolastico Regionale, CONI e Associazioni di promozione sportiva, sono state recentemente approvate dalla Giunta Regionale. Inoltre la Regione Marche, ha creduto sin dall'inizio al progetto PASSI d'Argento considerandolo uno strumento importante per la pianificazione, la progettazione e la valutazione degli interventi sociali e sanitari rivolti alla popolazione ultra 64enne. PASSI d'Argento nasce all'interno di un progetto che il Ministero della Salute, attraverso il Centro per la prevenzione e il Controllo delle Malattie (CCM), ha affidato alla Regione Umbria per definire un modello di sorveglianza nella popolazione ultra 64enne da estendere alle altre regioni italiane. Lo Studio PASSI d'Argento ha realizzato una indagine sulla qualità della vita nelle persone con più di 64 anni e si è inserito nel sistema delle sorveglianze affiancando PASSI, OKkio alla SALUTE e HBSC rivolti rispettivamente all'età adulta, infantile e adolescenziale. La sperimentazione Passi d'Argento è stata affidata alla ex Zona Territoriale 5 di Jesi ora Area Vasta 2, sull'intero territorio 8 operatori hanno condotto 321 interviste telefoniche o faccia a faccia a cittadini di 65 anni o più, utilizzando un questionario standardizzato. Gli intervistatori, opportunamente formati, hanno operato con la guida dei coordinatori aziendali della sorveglianza PASSI del Distretto Sanitario della ex ZT5, che hanno apportato l'esperienza e la professionalità acquisita sul campo nella sorveglianza della popolazione adulta, garantendo continuità, uniformità e qualità dell'attività.

La regione ha partecipato attivamente al Progetto Mattone Internazionale, che ha lo scopo di realizzare un interscambio culturale, attraverso azioni formative, per rispondere all'esigenza condivisa di portare la sanità delle Regioni in Europa e l'Europa nei Sistemi Sanitari delle Regioni Italiane, e collabora dalla sua istituzione in maniera attiva per disseminare la conoscenza delle politiche europee e partecipare attivamente alle progettualità proposte. In tale ambito si sono svolti diversi laboratori e seminari:

“Gestire la cronicità in un’ottica di comunità. Esperienza, idee, soluzioni e confronto a livello nazionale ed internazionale”, Capacity Building. Nuove competenze per saper progettare in Europa al servizio del Sistema Sanitario Regionale”, “Promuovere il confronto europeo nell'utilizzo delle ICT in sanità: modelli organizzativi per l'implementazione e la gestione del Fascicolo Sanitario Elettronico FSE”, Politiche Europee e Programmi di finanziamenti per: Ricerca e Costruzione delle Opportunità per le Aziende Sanitarie delle Marche”, “Implicazioni della senescenza cellulare nelle patologie età correlate: focus su sarcopenia, malattie cardiovascolari e tumori “specifici per la tematica degli anziani. La regione ha condotto uno dei gruppi di lavoro, promosso dal Progetto Mattone Internazionale, coordinato dalla referente della regione Marche ed ha presentato, nell'ambito del semestre italiano, evento organizzato dal PMI nei giorni 6-7 novembre 2014, il position paper: Healthy Lyfe Styles: Reduce the burden of non trasmissible disease - Cancer.

Nella Regione Marche sono stati sviluppati numerosi progetti sugli stili di vita all'interno dei Piano Regionale di Prevenzione o partecipando a specifici progetti finanziati dal livello europeo, nazionale e regionale

La regione si caratterizza inoltre per la presenza della Macroregione Adriatico-Ionica, una strategia integrata che coinvolge regioni e nazioni diverse con l'obiettivo comune di uno sviluppo equilibrato e sostenibile di una specifica area geografica che da alcuni anni l'Unione europea sta sperimentando con l'approvazione, nel 2009, di una strategia per la regione del Mar Baltico e, successivamente nel 2011, di una strategia per la regione del Danubio. Nel dicembre 2012, il Consiglio europeo ha dato mandato alla Commissione europea, DG REGIO e DG MARE, per avviare una consultazione degli stakeholder territoriali in merito ad una Strategia Europea per la regione Adriatico-Ionica, la cosiddetta EUSAIR, e predisporre un Piano d'Azione per il coordinamento e l'integrazione dell'azione pubblica multilivello negli otto Paesi interessati dalla futura strategia: Italia, Slovenia, Croazia, Grecia, Bosnia Herzegovina, Serbia, Montenegro ed Albania. A seguito della consultazione che si è conclusa a gennaio 2014, la Commissione ha individuato 4 obiettivi detti anche "pilastri": Crescita blu, Collegare la regione: reti di trasporto ed energia, Qualità ambientale, Turismo sostenibile, e due tematiche trasversali: ricerca e innovazione e capacity building.

La Regione Marche in sinergia con il Ministero della Salute, ha promosso con DGR 1566 del 8 novembre 2010 e successiva deliberazione n. 1747 del 6.12.2010, la Rete nazionale di ricerca sull'invecchiamento e la longevità attiva "Italia Longeva". Tale Associazione rappresenta lo strumento tecnico che ha come obiettivo l'approccio interdisciplinare alle problematiche dell'invecchiamento attraverso una rete evoluta di collaborazione, partnership nazionali ed internazionali, expertises scientifiche sanitarie, sociali, economiche tecnologiche ed umanistiche.

Agli approcci sanitari e di ricerca di base tradizionali si associa lo sviluppo di strategie e *Approccio life-course* con l'obiettivo di favorire il mantenimento di un buono stato di salute lungo tutto il corso dell'esistenza per avere l'aumento dell'aspettativa di vita in buona salute che associato ad un bonus in termini di longevità, possono produrre benefici importanti a livello economico, sociale e individuale. La promozione della salute e dell'equità nella salute inizia dalla gravidanza, passa per un programma di protezione, promozione e sostegno dell'allattamento al seno e prosegue nella fase della prima infanzia. Poiché i comportamenti non salutari si instaurano spesso già durante l'infanzia e l'adolescenza, è importante il forte coinvolgimento della scuola, che va considerata come luogo privilegiato per la promozione della salute nella popolazione giovanile, in cui i temi relativi ai fattori di rischio comportamentali devono essere trattati secondo un approccio trasversale in grado di favorire lo sviluppo di competenze oltre che di conoscenze, integrato nei percorsi formativi esistenti, e quindi basato sui principi del coinvolgimento e dell'empowerment che facilitano le scelte di salute e traducendosi in benefici effettivi sulla salute. In questa logica si collocano anche le strategie volte a garantire un invecchiamento attivo e in buona salute, (WHO Active and Healthy Ageing) che interessa l'intero ciclo di vita ed è influenzato da diversi fattori. A tale strategia si richiamano gli interventi per favorire la partecipazione sociale e la solidarietà tra le generazioni, soprattutto al fine di sostenere l'anziano fragile nel contesto in cui vive, per ridurre la progressione verso la non autonomia e l'isolamento sociale (che bene si connettono, per esempio, con gli interventi di comunità per la promozione dell'attività fisica). Infine cessazione del fumo, aumento dell'attività fisica e miglioramento dei livelli di educazione, insieme a individuazione precoce e trattamento di diabete ipertensione e riduzione dei livelli di obesità, possono essere in grado di contribuire anche alla prevenzione del decadimento delle funzioni cognitive dell'anziano, anche in relazione alla malattia di Alzheimer.

- DGR n. 347 del 24/03/2014 Attuazione DGR 1102/13 Piano Regionale della prevenzione - Linee di indirizzo per la promozione dell'attività fisica nelle Marche.

La regione inoltre partecipa a progettualità europee, nazionali e regionali sull'anziano di cui si citano le più recenti:

Progetto “Casa intelligente per una longevità attiva” e indipendente dell'anziano che mira a sviluppare piattaforme integrate dedicate all'anziano ed al suo ambiente domestico.

- DGR n. 649 del 09/05/2011 Approvazione delle linee guida per la redazione di un progetto di fattibilità per la “Casa intelligente per una longevità attiva e indipendente dell'anziano” e dello schema di accordo con l'istituto di Ricovero e Cura a carattere scientifico per Anziani (I.N.R.C.A.) di Ancona
- DGR n. 1004 del 09/07/2012 Approvazione del bando per la selezione di proposte progettuali finalizzate allo sviluppo di piattaforme di integrazione dedicate all'active ageing e ambient assisted living, in attuazione del progetto “Casa intelligente per una longevità attiva ed indipendente dell'anziano” previsto dalla DGR 1464/2011; DGR 3 del 08/01/2013
- DGR n. 298 del 10/03/2014 approvazione dello schema di accordo con l'istituto Nazionale di Ricovero e Cura a carattere scientifico per anziani (I.N.R.C.A.) di Ancona per la redazione del progetto concernente la seconda fase di realizzazione della “Casa intelligente per una longevità attiva ed indipendente dell'anziano.

Progetto UP TECH che sperimenta un sistema di cure integrato di servizi nell'ambito della continuità assistenziale utilizzando un supporto nella dimissione protetta del paziente anziano con Alzheimer mediante l'uso di nuove tecnologie. Il Progetto di ricerca sperimentale è stato finanziato per oltre 1.000.000 € dal Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali con il Fondo nazionale per le non autosufficienze 2010. Il progetto, di cui è titolare la Regione Marche, vede la partecipazione dell'INRCA in qualità di referente scientifico per la realizzazione della sperimentazione di un sistema integrato di servizi nell'ambito della continuità assistenziale in caso di Alzheimer che vede protagonisti i territori di Pesaro, Ancona, Fermo, Macerata e San Benedetto del Tronto. Il progetto ha messo a disposizione di oltre 400 famiglie un operatore per il supporto assistenziale del malato in collaborazione con la famiglia, i vicini, le istituzioni, il personale sanitario e dei sussidi tecnologici per il supporto del malato e della famiglia; uno “Sportello virtuale per gli ausili tecnologici e l'adattamento all'ambiente domestico”. Nel corso dell'anno 2014 sono stati valuteranno i risultati e le modalità di prosecuzione

- DGR n.1762 del 22/12/2011 DGR n. 1727/2010 e DGR n. 1335/2011 - Approvazione dello schema di Convenzione tra la Regione Marche e l'INRCA per la realizzazione del progetto UP-TECH Sperimentazione di un sistema integrato di servizi nell'ambito della continuità assistenziale: il supporto delle nuove tecnologie nella dimissione protetta del paziente anziano con Alzheimer.

Progetto Net-Age il cui obiettivo è quello di favorire la longevità attiva e la vita indipendente degli anziani, incoraggiando la costituzione di reti tra il settore pubblico e il privato sociale (rappresentato dal mondo del volontariato/ONG) per la realizzazione di servizi socio-sanitari innovativi a favore degli anziani. La sua implementazione, che si articola in 5 Componenti di lavoro, comporta una spesa complessiva di € 1.880.437,49. Tale importo è costituito dalle quote destinate al capofila e ai 12 partner di cui € 1.598.371,83, pari all' 85%, a carico della UE (quota IPA) e € 282.065,66, pari al 15%, come quota del cofinanziamento nazionale. Il progetto avrà durata pluriennale e avrà termine il 31 maggio 2015 e vede la Regione Marche con capo fila di un gruppo di paesi balcanici quali la Slovenia, l'Albania, la Serbia, l'Albania, il Montenegro.

Progetto AGES 2.0 - Activating and Guiding the Engagement of Seniors through social media (DG Employment, Social affairs and Inclusion). Il Progetto si è posto l'obiettivo di determinare in che

modo le nuove tecnologie, e soprattutto Internet e i social network, possano promuovere l'inclusione sociale e la comunicazione delle persone anziane, e di valutare gli effetti sulla loro salute e sul loro benessere. AGES 2.0 è un progetto di ricerca sperimentale che mira a testare l'efficacia della metodologia "Easy PC", sviluppata da un gruppo di ricerca dell'Università di Exeter. "Easy PC" consiste in un programma di formazione sull'utilizzo di Internet e dei social network, modellato, in questo progetto, su due gruppi distinti di persone anziane nei due Paesi coinvolti nella ricerca (Italia e Regno Unito). Gli utenti sono seguiti e formati da assistenti sociali specializzati, e sono monitorati i loro progressi per quanto riguarda le relazioni sociali, l'alfabetizzazione informatica e la salute. Un gruppo è composto da anziani che vivono in case di riposo e di cura, e un altro gruppo è composto da anziani che vivono nelle loro case.

Descrizione dei partecipanti al Tavolo di Lavoro

Promozione della vita indipendente per un invecchiamento attivo è stato il primo tavolo di lavoro in ordine cronologico. L'invito a partecipare ai Focus Group è stato esteso a tutti i livelli di governo centrale e periferico, del sistema pubblico-istituzionale e del terzo settore, per garantire un'adeguata diagnosi strategica della progettualità e delle azioni effettuate sul territorio. Il processo di coinvolgimento è stato, pertanto, quello di avere la rappresentatività delle organizzazioni coinvolte di tutta l'area regionale. Complessivamente, i tavoli di lavoro hanno visto la presenza di circa 35 testimoni privilegiati. I partecipanti sono stati suddivisi nelle tre sessioni di lavoro previste – vita indipendente, alloggio e servizi adeguati, trasporto e ambienti – in modo da garantire per ogni sessione un gruppo eterogeneo sotto il profilo della tipologia di organizzazione rappresentata.

Di seguito l'elenco dei partecipanti :

- **ARS-REGIONE MARCHE:** Dirigente politiche del lavoro-POR, Dirigente politiche del lavoro e formazione, Dirigente Programmazione Sociale, 2 Referenti della programmazione Sociale , Dirigente Assistenza territoriale, Dirigente Assistenza ospedaliera, emergenza urgenza, ricerca e formazione, Dirigente Programmazione integrazione Attività produttive formazione e lavoro, Referente PF prevenzione.
- **IRCS Istituto nazionale riposo e cura anziani (INRCA):** Direttore Scientifico e membro del Board Scientifico di Italia Longeva, 4 Ricercatori e Progettisti dell'INRCA di Ancona.
- **Comitato di indirizzo formazione continua:**
Funzionario referente Settore Formazione Ancona, Referente Formazione Professionale Confcommercio Marche, Responsabile Formazione Confindustria Marche, Responsabile delle Politiche del Lavoro e della Formazione Confartigianato, Responsabile delle Politiche del Lavoro e della Formazione C.N.A., Coordinatrice Confagricoltura Federmarche, Responsabile area sindacale lavoro Confartigianato Marche, Responsabile del Dipartimento Formazione e Ricerca della CGIL Marche, Responsabile Area Mercato del Lavoro CISL Marche, Formazione UIL Marche, Presidente della Provincia di Ancona, Presidente della Provincia di Pesaro Urbino, Dirigente Settore Formazione della Provincia di Ancona, Dirigente Settore Formazione della Provincia di Pesaro Urbino.
- **Direttori di Distretto:** AV 4 Fermo, AV5 San Benedetto del Tronto,
- **Coordinatori di Ambito:**
 - Ambito Territoriale Sociale n. 10 - Fabriano,
 - Ambito Territoriale Sociale n. 11 Ancona,
- **Sindacati:** Sindacato Pensionati UIL, CISL, SPI – CGIL,
- **Associazione di Categoria:** CNA Pensionati Marche, Presidente Confartigianato

- **Associazioni Volontariato:** AUSER volontariato provinciale di Ancona,
- **Cooperative sociali:** COOSS. Marche, Ass. COOP. Ancona.
- **Referente IPASVI** Ancona,
- **Presidente Tribunale del Malato Ancona**

Sintesi degli interventi

Lo stile di vita è stato il primo argomento che è stato parallelamente trattato dai componenti dei tre gruppi, la discussione aperta nelle tre sessioni del tavolo di lavoro sulla Salute e Vita Indipendente si è articolata nelle seguenti tematiche: 1) vita indipendente, 2) alloggio e servizi adeguati, 3) trasporto e ambiente.

L'argomento è stato introdotto al gruppo dalla Dirigente della P.F. assistenza ospedaliera, emergenza-urgenza, formazione e ricerca in una riunione plenaria che ha preceduto la costituzione dei tre tavoli di lavoro. Successivamente sempre in plenaria si sono discussi i risultati finali prodotti da ogni gruppo.

La composizione eterogenea delle expertise dei componenti dei gruppi inizialmente ha creato delle difficoltà nel comprendere come fosse possibile contribuire ad un'analisi dei diversi argomenti.

Il tema della salute e della vita indipendente dell'anziano è stato esaminato in tutte le sue dimensioni. A partire dalla necessità di adottare stili di vita che consentano un adeguato equilibrio fisico e cognitivo, indispensabili per la prevenzione delle malattie dell'anziano. E' stata quindi effettuata una analisi dei bisogni logistici (es. accessibilità ai servizi, agli spazi pubblici e alle case; al trasporto pubblico; all'utilizzo di nuove tecnologie).

Nonostante la politica della Regione Marche sia da anni volta a favorire una progettualità attenta alla tutela della fragilità e soprattutto a promuovere l'anziano come risorsa attiva per la comunità tutti e tre i tavoli di lavoro, hanno nei loro focus Group sottolineato elementi che si sovrappongono in merito a ciò che deve essere potenziato o migliorato dalle polis regionali.

Relativamente alla tematica della vita indipendente il gruppo ha focalizzato sulla problematica inerente la promozione della salute, la prevenzione delle malattie e l'utilizzo di "ICT".

In merito alla tematica dell'alloggio e servizi adeguati il gruppo ha focalizzato le questioni relative all'autonomia e alle nuove professioni per la promozione dell'invecchiamento attivo (es. il terapeuta occupazionale, la promozione dell'attività fisica, la formazione informatica).

Rispetto, infine, alla tematica del trasporto e dell'ambiente il focus è andato maggiormente sul trasporto accessibile e sugli ambienti, beni e servizi a misura d'anziano.

Di seguito presentiamo una sintesi ragionata e integrata dei tre focus poiché le tre tematiche inevitabilmente collegate e intrecciate.

vita indipendente: il gruppo in generale ha sottolineato che la Regione Marche ha investito molto sull'anziano soprattutto in riferimento al tema dell'invecchiamento sano e attivo. E' stata fatta anche molta prevenzione primaria e secondaria. Ma il gruppo ha anche convenuto sul fatto che l'attività di informazione è scarsa e poco incisiva e non adatta agli anziani. I MMG sono visti come figure di riferimento e forse anche come i principali attori per far giungere agli anziani notizie in merito ad iniziative che li riguardano cercando di arruolarli come attori attivi e non passivi in tali iniziative. E' stata sottolineata l'importanza dell'educazione alla salute, per es. nel luogo di lavoro dove ci sono le condizioni per creare la promozione dell'invecchiamento poiché quindi la formazione incide sul futuro.

E' stata portata in discussione l'opzione di considerare le azioni da svolgere nei confronti degli anziani in base alle fasce di età 50-65; 65-70; e dopo i 70, perché le esigenze sono diverse e di conseguenza gli interventi. Diversificare le politiche dai 60 anni favorendo politiche legate ad interventi che possano prevenire la fragilità. Oppure suddividere gli anziani più che in base all'età definisce in: adulto, anziano robusto e anziano fragile.

Tale suddivisione esalta il ruolo dell'adulto ed anziano sano rispetto al fragile.

Azioni e strategie vanno pensate e organizzate in tutte le età perché il giovane di oggi è l'anziano di domani. Di fatto, le politiche da rafforzare sono quelle legate all'area socio sanitaria e tutte le politiche devono essere sviluppate in tutti gli ambiti (lavorativi, casa, trasporti, giovani, ecc.) per poter ottenere un risultato di prevenzione nell'anziano.

Si sta facendo molto soprattutto per la ricerca ma in realtà l'educazione sanitaria e la prevenzione si scontrano poi con la vita quotidiana e non sempre le strategie concordano, ci sono diversi punti di vista, sicuramente una strategia mirata e applicata può migliorare il sistema a lungo termine e ottenere risultati positivi. Il problema è che le cose che si fanno sono molte ma spesso scollegate, quindi perdono di efficacia e di efficienza. Occorre un maggiore collegamento con le cose che già esistono. C'è una grande esigenza di creare una rete che colleghi le eccellenze che questa Regione possiede; le attività devono essere mappate, censite, messe in rete e coordinate.

C'è l'esigenza di creare una rete che colleghi le iniziative, ovviamente quelle funzionanti, evitando duplicazioni e sprechi.

Anche se alcune strutture si stanno impegnando per capire e soddisfare i bisogni dell'anziano, ad esempio l'INRCA ed esistono già strutture deputate come le residenzialità, l'ADI, il sociale, tuttavia il contatto diretto con l'anziano e la sua famiglia è in primis di pertinenza del MMG ma questa figura andrebbe in buona parte ripensata per esempio affiancandogli altre figure professionali di supporto e andrebbe ripensata l'equipe territoriali all'interno delle case della salute. Queste case della salute dovrebbero essere operative con la figura del MMG che dovrebbe attuare una sanità di iniziativa, nella prevenzione, nella continuità assistenziale quindi una sanità globale che può condurre ad una reale prevenzione alla cronicità per tutta la famiglia. Di fatto l'ottica va cambiata: l'invecchiamento attivo vuol dire prevenire la disabilità. Forse le case della salute non devono essere organizzate in una struttura medico centrica ma un'itica interprofessionale, non solo sanitaria, altrimenti non si riesce a rispondere alla grande complessità della persona. Tutte le misure preventive debbono essere integrate: salute, sociale, ambiente, lavoro, trasporti, ecc.

alloggio e servizi adeguati: bisogna sostenere le capacità residuali delle persone autosufficienti e distinguere le persone che invece hanno bisogno di servizi specifici. Occorre partire da un piano di fabbisogni di servizi per gli anziani, analizzando il contesto territoriale di riferimento altrimenti si continua a perpetuare lo scollegamento tra interventi. Le strutture residenziali hanno già degli accorgimenti, mentre è importante concentrarsi maggiormente su come rendere più semplice la vita per gli anziani che vivono negli appartamenti. Ad esempio: l'abbattimento delle barriere architettoniche, gli strumenti per prevenire gli incidenti domestici, i sensori anti-gas, la telemedicina, ecc. esistono tanti tipi di non autosufficienza e non è detto che il rimanere in casa sia sempre la soluzione migliore.

Esistono strutture ben organizzate che possono aiutare a far ritornare l'anziano ad una vita sociale più compiuta. Spesso poi rimanere in famiglia costa, anche e soprattutto in presenza di anziani non autosufficienti; il contesto familiare può collassare se abbandonato a sé stesso.

E' opportuno costruire un percorso formativo che riesca ad individuare figure professionali del SSN che non esistono ancora come l'Operatore sociale (figura che esiste in altri paesi europei), il Care giver informatico, ecc.; figure intersettoriali che facciano sintesi (o integrino) le diverse azioni.

Altro grave problema è la carenza di alfabetizzazione sanitaria che si associa all'analfabetismo digitale per cui le nuove tecnologie finiscono per non raggiungere l'anziano allontanandolo dai servizi anziché facilitarlo ed avvicinarlo come sarebbe possibile mediante le ricette per via telematica, le prenotazioni delle prestazioni, le risposte degli esami via internet, la tele medicina, la richiesta di agevolazioni fiscali, etc. Il potenziale della domotica e dell'ICT è enorme ma solo se assistiamo alla sua umanizzazione dei sistemi informatici facendoli diventare utilità, valore aggiunto. Inoltre va considerato che la domotica, l'ICT, in un contesto che non presenta servizi sociali adeguati rischia di essere inattuabile o addirittura inutile.

Lavorare sulle nuove tecnologie è un processo di medio-lungo periodo. Bisogna affrontare un percorso di formazione culturale sulle nuove tecnologie affinché queste siano efficaci per gli anziani ma è opportuno legare queste con gli interventi socio-sanitari e con tutti gli ambiti che intervengono nella vita di una persona (ambiente, trasporti, ecc.). Tra 15-20 anni probabilmente la situazione sarà migliore perché saranno anziane le persone che già oggi conoscono bene le nuove tecnologie. E tuttavia gli anziani di domani avranno di fronte sfide di nuove tecnologie che si stanno sviluppando e forse saranno gravati da deficit cognitivi che li renderanno fragili di fronte alle nuove sfide tecnologiche.

Diventa interessante lavorare sull'individuazione di strumenti/servizi essenziali che dovrebbero essere presenti in tutte le case, secondo il principio della "Casa per tutti", non solo della casa per gli anziani. L'ottica della domotica è infatti quella di progettare abitazioni che vadano bene per tutta la durata della vita, non solo per gli anziani. Ma, come detto, la domotica va integrata con gli aspetti sociali e sanitari.

Un punto di partenza quindi potrebbe essere quello di attivarsi con chi vive da solo e ha più di 65 anni e tra questi, vedere chi ha già l'assegno di accompagnamento. È difficile incrociare i dati sull'ADI e chi ha i dati censuari, tuttavia dall'incrocio di tali dati si potrebbero avere notizie per realizzare dei progetti adeguati per introdurre delle azioni semplici in casa e per facilitare la vita dell'anziano. Azioni personalizzate e programmate in un'ottica preventiva e coinvolgendo diversi settori. A queste andrebbero affiancate azioni personalizzate e più di emergenza nelle situazioni già gravi o di difficile gestione

Forse più che investire su nuove risorse, andrebbero professionalizzate ancora di più figure che esistono già come gli OSS, che potrebbero divenire sempre di più un tramite tra la famiglia e altri soggetti della rete di cura dell'anziano. Le professionalità sanitarie come gli OSS devono essere formate anche sugli aspetti psicologici e sociali, di fatto "sulle relazioni". Altra figura su cui continuare ad investire sono le badanti che i cittadini pagano e che spesso sono incapaci di far fronte alle vere emergenze sanitarie che si trovano ad affrontare.

Le figure che andrebbero sviluppate cambiano in base all'età e spesso non si considera la qualità che l'anziano come lo abbiamo definito prima "robusto", "non fragile" può metter in campo realizzando interventi qualificanti e non necessitando di interventi di sostegno alcuno ma al contrario dando valore aggiunto in termini di esperienza e di disponibilità oraria.

Mentre di fronte all'anziano fragile ma ancora attivo potrebbero essere utili le figure dell'animatore "sul territorio" che coinvolga e orienti gli anziani e le figure del "mediatore digitale", ossia un assistente familiare con competenze aggiuntive che può essere di supporto per l'introduzione di nuove soluzioni e tecnologie informatiche nella vita dell'anziano. Per realizzare questi ultimi

interventi occorrono risorse mentre nel caso dell'anziano "non fragile" potrebbe essere lui il soggetto che può svolgere tali ruoli divenendo risorsa per la formazione e per agevolare l'introduzione all'uso dell'ICT.

Per gli anziani auto-sufficienti, serve una nuova modalità per trasferire le competenze delle persone anziane ai giovani. Sarebbe utile lavorare sulla riscoperta delle vecchie professioni per trasferirle ai giovani, grazie all'aiuto di un facilitatore.

trasporto e ambiente: in merito al trasporto pubblico risulta che esistono progetti a favore degli anziani a livello provinciale ma non tutti gli attori del sistema ne sono a conoscenza. Tra le richieste espresse dal tavolo il primo aspetto sottolineato è relativo alla necessità di abbassare i costi (in parte già attuato). Il secondo aspetto riguarda il trasporto sanitario (sul quale lavorano le associazioni di volontariato) ma che andrebbe meglio ripensato ed integrato. Tra i progetti sul trasporto e la mobilità l'AUSER sta conducendo un progetto che si chiama "Guidare sicuri dopo i 70 anni" in collaborazione con istruttori di guida, scuole guida e la polizia municipale per ri-insegnare all'anziano a guidare (ruota di scorta, parte elettronica). Si tratta di un progetto pilota. Le nuove regole della strada creano confusione nelle persone che hanno preso la patente tanto tempo prima.

Lo sforzo delle aziende di trasporti nell'abbassare i costi e l'impegno delle associazioni di volontariato nell'ambito del trasporto sanitario (e sociale) non hanno ancora consentito di raggiungere l'obiettivo. Anche in questo caso la parola chiave è "integrazione". La soluzione potrebbe essere a portata grazie ad un tavolo integrato che consenta di fare sinergie prima di intenti, poi di competenze necessarie e infine di analisi delle risorse necessarie.

La stessa cosa dovrebbe essere fatta con chi si occupa di urbanistica. Le Marche sono caratterizzate da un territorio vario che spazia dal mare ad un entroterra collinare e montuoso molti anziani vivono in paesi collinari e la struttura urbanistica non agevola la mobilità degli stessi. Si stanno elaborando, anche attraverso la ricerca e all'innovazione, modelli adeguati per riprogettare aree urbane, quartieri orientati a favorire una sempre maggiore autonomia dell'anziano.

Raccomandazioni di policy

Dall'analisi del contesto e dei bisogni dalla realtà e dalle informazioni disponibili date anche dalle ricerche realizzate e dal monitoraggio dei risultati, sono emerse alcune criticità. Per quanto la regione Marche ha da tempo attuato politiche sull'anziano attivo ad oggi comunque esistono ancora frammentazioni legate anche ad una visione non olistica sull'anziano e soprattutto alla mancanza di intersectorialità che è spesso causa di duplicazione di azioni. Altrettanto vero però è che scorretti stili di vita hanno portato ad un aumento delle fragilità e della disabilità. Attraverso il lavoro dei focus sono anche state individuate possibili strategie di policy:

- Potenziare la prevenzione primaria e secondaria per migliorare la qualità di vita e prevenire le disabilità.
- Suddividere la popolazione in base a condizione di fragilità o assenza della stessa perché diversi sono i bisogni assistenziali e le possibili azioni/risorse che gli stessi possono mettere a disposizione della società.
- Sviluppare un approccio integrato e multisetoriale (salute, sociale, lavoro, ambiente, urbanistica, trasporti ecc.) che sia operativo e non solo formale per coinvolgere il terzo settore e creare strategie condivise, che impattino sui reali bisogni dei cittadini.
- Migliorare la sicurezza e l'accesso ai trasporti attraverso l'abbassamento dei costi e l'abbattimento delle barriere architettoniche.

- Agevolare l'uso di strumenti utili a prevenire incidenti domestici (domotica es. sensori antigas, ecc..) e migliorare la vita in autonomia.
- Mappare, coordinare e mettere in rete tutte le iniziative che esistono e vengono fatte nella Regione.
- Trovare una strategia di comunicazione efficace ed efficiente nei confronti dei cittadini e degli operatori sociali, sanitari e socio-sanitari.
- Promuovere la trasmissione del sapere, incentivando l'integrazione tra vecchie e nuove generazioni anche in ambito lavorativo.
- Fare maggior uso di tecnologie informatiche, telemedicina, alfabetizzazione informatica, domotica ecc. in maniera adeguata ai bisogni del cittadino anziano, semplificata e a misura di uomo.
- Riqualificare gli operatori sociali e sanitari attraverso una formazione continua incentrata sui nuovi bisogni dell'anziano, prevedere nuove figure professionali di supporto che agevolino una vita indipendente, per promuovere l'attività fisica, l'uso delle nuove tecnologie informatiche (es. mediatori digitali).
- Far diventare buone pratiche da applicare al territorio regionale, i progetti regionali, nazionali ed europei che testimoniano un miglioramento in termini di efficienza e o di efficacia degli interventi.
- Potenziare nella pratica le regole esistenti per monitorizzare l'appropriatezza delle prestazioni e recuperare margini di risorse da ridistribuire eliminando gli sprechi.
- Agevolare ed incentivare la creazione di Strutture Residenziali che possano facilitare i rapporti di comunità ed erogare servizi a favore di una vita indipendente.

n.	Policy	Descrizione	Target	Impatti
1	Interventi socio-sanitari mirati ed adeguati anche attraverso il miglior uso delle tecnologie (domotica, etc)	Ambito sanitario, sociale, trasporti, edilizia, ecc. devono condividere intenti, strategie, competenze e risorse (l'ottica è quella del completamento delle azioni)	Policy makers Aziende pubbliche Aziende profit	Autonomia degli anziani Miglioramento della qualità di vita Interventi mirati Diminuzione degli sprechi
2	Ridefinizione dei profili delle figure professionali idonee	Le figure del SSN impiegate nella cura degli anziani nel proprio ambiente di vita devono potenziare le loro skills e diversificare le loro competenze. Debbono essere figure in grado di fare sintesi degli interventi e delle opportunità che possono derivare da diversi ambiti (sanità, sociale, ambiente, lavoro, formazione, trasporti, ..).	Operatori del SSN Aziende pubbliche Aziende profit	Professionalizzazione degli operatori del SSN Integrazione degli interventi Diminuzione degli sprechi
3	Politica di integrazione tra i settori	L'Ente pubblico deve essere deputato a realizzare piani di azione contrastando la frammentazione degli interventi e realizzando piani intersettoriali	Operatori del SSN Aziende profit Aziende pubbliche Volontariato	Integrazione degli interventi Diminuzione degli sprechi