

Corso di Rivalidazione della formazione manageriale
2020 - 2021

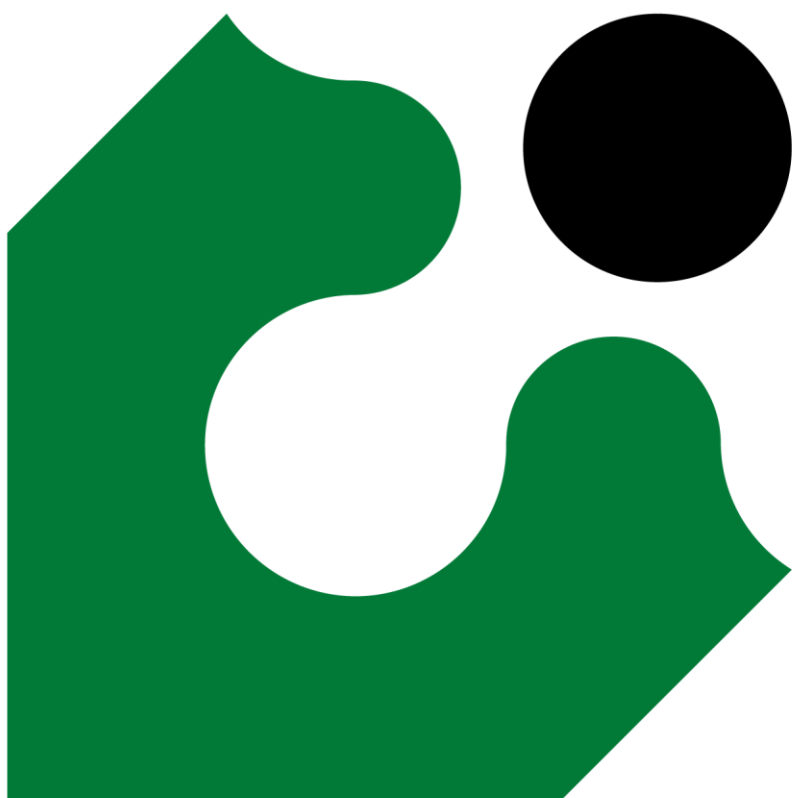
Soggetto erogatore: Progea

Codice corso: PRG 19002DE

**Potenziamento “silente” della rete assistenziale
in emergenza epidemica in provincia di Bergamo**
“La Casalzheimer” della Fondazione Carisma

Fabrizio Lazzarini

Accademia di formazione per il servizio sociosanitario lombardo



PROJECT WORK

Corso di Rivalidazione della formazione manageriale

Progea

PRG 19002DE

GLI AUTORI

Fabrizio Lazzarini, Direttore Generale, Fondazione Carisma Onlus Bergamo,
f.lazzarini1963@gmail.com

IL RESPONSABILE DIDATTICO SCIENTIFICO

Antonello Zangrandi, professore, Università di Parma

Pubblicazione non in vendita.
Nessuna riproduzione, traduzione o adattamento
può essere pubblicata senza citarne la fonte.
Copyright® PoliS-Lombardia

PoliS-Lombardia
Via Taramelli, 12/F - 20124 Milano
www.polis.lombardia.it

INDICE

1	INTRODUZIONE	7
2	OBIETTIVI SPECIFICI E STRATEGICI DEL PROGETTO.....	9
3	METODOLOGIA ADOTTATA.....	11
3.1	L’analisi del contesto	11
3.2	Metodologia di analisi SWOT	35
4	DESTINATARI/BENEFICIARI DEL PROGETTO.....	37
5	DESCRIZIONE DEL PROGETTO, DELLE SUE FASI E TEMPISTICHE	40
5.1	Ideazione e identificazione del progetto	40
5.2	Sviluppo e pianificazione/progettazione del progetto	41
5.3	Realizzazione dell’opera	47
6	COSTI DI PROGETTAZIONE E DI REALIZZAZIONE	49
6.1	Costi di progettazione	49
6.2	Costi di realizzazione dell’opera	49
6.3	Oneri finanziari	50
6.4	Gestione economica.....	50
7	RISULTATI ATTESI	51
8	CONCLUSIONI	52
9	RIFERIMENTI NORMATIVI.....	53
10	BIBLIOGRAFIA	55
11	SITOGRAFIA	56

Potenziamento “silente” della rete assistenziale in emergenza epidemica in provincia di Bergamo
“La Casalzheimer” della Fondazione Carisma

1 INTRODUZIONE

La Fondazione Carisma Onlus, con la sua significativa offerta di prestazioni sociosanitarie assistenziali e riabilitative a favore della popolazione anziana, di natura residenziale (500 posti letto), semiresidenziale, ambulatoriale e domiciliare, rappresenta il soggetto leader del settore sociosanitario bergamasco.

Negli ultimi anni La Fondazione, intercettando il crescente bisogno di assistenza delle persone affette da demenza, nonché dei loro familiari, e in ottemperanza ai suoi scopi statutari, dopo aver attuato con successo un complesso intervento di risanamento aziendale nel periodo 2006-2009 e aver provveduto alla realizzazione di nuove residenze nel periodo 2010-2015, ha deciso di realizzare la CASAlzheimer, una nuova struttura di circa 100 posti letto, con caratteristiche di avanguardia per ospitare gli anziani colpiti dall'Alzheimer e dalle demenze in generale. La malattia di Alzheimer, sindrome definita anche epidemia silente del terzo millennio, in considerazione degli sconcertanti dati epidemiologici. A Bergamo e provincia si stimano circa 9.000 malati, ma il dato è sicuramente in difetto, tanto che nei prossimi vent'anni è previsto il raddoppio dei casi.

La percezione del mondo da parte di queste persone cambia: cambiano il visus e il motus. La difesa della motricità e la strutturazione di un ambiente che la promuova sono obiettivi possibili ed acquistano valenza etica rilevante.

Le armi farmacologiche che la medicina ha a disposizione per la cura di questa malattia sono, infatti, alquanto smusse e la ricerca non promette soluzioni a breve termine.

La demenza, oltre a sintomi cognitivi, quali perdita di memoria e orientamento e turbe del linguaggio, porta con sé anche disturbi neuropsichiatrici: irrequietezza, aggressività, insonnia, vagabondaggio, affaccendamento, ideazioni deliranti, allucinazioni, scoppi d'ira, sono solo alcuni di tali disturbi. Tutti questi sintomi risentono positivamente ed in modo considerevole, di una buona gestione e la buona gestione non può prescindere dalla progettazione di un adeguato ambiente di vita.

È per questa ragione che la Fondazione Carisma, attiva nel campo della cura e assistenza alle persone anziane, tra cui quelle affette da demenza, ha deciso di realizzare una struttura dedicata a loro. Una struttura che consenta di dare loro lo spazio per azioni ed emozioni che sopravvivono alla perdita di memoria. Luoghi belli e accessibili, studiati e disponibili ad accettare individui complessi, ma estremamente ricchi di energia.

Una realtà unica nel suo genere, progettata ex novo sulla base delle esigenze di cura degli anziani affetti da demenza grazie all'esperienza pluriennale in quest'ambito del team di professionisti di Fondazione Carisma, quali manager, specialisti medici, psicologici, educatori, infermieri ed esperti di settore, a sostegno delle scelte tecnico-architettoniche in capo ad un team di progettisti e paesaggisti. Il personale della Fondazione in 30 anni di attività a fianco dei malati di Alzheimer ha, infatti, accumulato una significativa esperienza, rinnovata nel tempo attraverso la formazione continua specialistica e la sperimentazione di modelli innovativi di assistenza, accanto a un'attività congressuale costante e all'impegno nella ricerca scientifica di settore, sia autonoma che in collaborazioni universitarie, attestata da pubblicazioni di livello internazionale.

Un progetto studiato in tutti i suoi particolari che, dopo le fasi preliminari di analisi di fattibilità che hanno richiesto tempo e particolare impegno di studio e di coordinamento, si trova ora nella fase iniziale dell'esecuzione dell'opera.

Un progetto che, pur mantenendo la sua peculiare finalità, è stato oggetto di recente ri-orientamento rivolto a rispondere anche alle potenziali esigenze provenienti dalla fibrillazione del contesto ambientale, strettamente connesso al mutare delle variabili di sistema innescate dall'improvvisa emergenza sanitaria da Sars-Cov-2, meglio conosciuta come pandemia da coronavirus.

In questo specifico contesto la Fondazione, quale soggetto che ha più di altri contribuito alla gestione dell'emergenza sanitaria locale - che ha particolarmente colpito, più di altre, Bergamo e la sua provincia nella primavera 2020 - mettendo a disposizione la propria struttura di riabilitazione quale supporto per la cura e l'assistenza alle persone provenienti dagli ospedali del territorio, ha immediatamente colto la necessità di sostenere lo sviluppo di un futuro piano pandemico locale, revisionando il proprio progetto in corso e introducendo modifiche tecniche ed architettoniche in grado di garantire adeguati provvedimenti di isolamento dei ricoverati affetti da malattie infettive, sicurezza per gli operatori e, al contempo, rappresentare una soluzione subito disponibile per la gestione di una eventuale emergenza epidemiologica. Ciò, anche in relazione al vigente processo di revisione della legge regionale 23/2015¹ che prevede la declinazione del piano pandemico regionale. Ciò che è successo, in particolare nella provincia di Bergamo, ha mostrato la necessità, di fronte alla diffusione di nuove infezioni, di un potenziamento generale dell'assistenza territoriale e la contestuale esigenza di disporre di strutture decentrate, e tecnicamente adeguate, in grado di contenere gli effetti sanitari di un'epidemia diffusa.

Un progetto che aspira, pertanto, a soddisfare due grandi finalità, senza dubbio diverse tra loro, ma accumulate dallo scopo comune di garantire alla comunità soluzioni di assistenza adeguate al mutare, anche improvviso, delle variabili di contesto ambientale.

Un progetto unico nel suo genere che prevede un investimento di circa 20 milioni di euro, in parte già finanziati dalla Fondazione, in parte oggetto di specifiche operazioni di *fundraising*, in parte, ci si auspica, quale contributo del sistema sociosanitario per il ruolo potenziale o silente che la struttura assume nel contesto sociosanitario locale.

Significativi sono gli obiettivi e i relativi risultati attesi del progetto, strettamente connessi alla messa in funzione della struttura. Sul versante Alzheimer si segnala la riduzione dei tempi di attesa per effetto dell'aumento dell'offerta residenziale; il miglioramento della qualità di vita con indicatori relativi alla riduzione del consumo di farmaci, dei mezzi di contenimento, dello stress, dei comportamenti aggressivi e/o dell'apatia. Sul versante “silente” gli indicatori sono connessi alle modalità di attivazione della struttura in caso di emergenza pandemica, in coerenza con alcuni obiettivi/azioni posti dall'OMS e acquisiti dal Piano Pandemico Nazionale (cfr PPN Fase 3 - Definire il piano per l'attivazione di posti letto aggiuntivi).

Non di poco conto, sono ulteriori indicatori di sistema in linea con gli obiettivi del recente **Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR)**, strettamente correlati all'offerta di posti letto e/o di spazi ulteriori per attività sanitarie e sociali legati al progetto, quali il potenziamento delle funzioni di presa in carico dei pazienti cronici e fragili (Casa della comunità e Centrale operativa territoriale), l'aumento dei posti letto di Cure intermedie (Degenze di comunità), l'offerta di posti letto residenziali a valenza sociale.

¹ Dgr n° 5068 del 22/07/2021 avente oggetto "Proposta di progetto di legge recante: "modifiche al titolo I e al titolo VII della legge regionale 30 dicembre 2009, n.33 (testo unico delle leggi regionali in materia di sanità)" e relativi allegati, ex art. 4ter.

2 OBIETTIVI SPECIFICI E STRATEGICI DEL PROGETTO

In relazione alla duplice destinazione della struttura oggetto del presente progetto, gli obiettivi possono essere così descritti, sia nella loro dimensione più propriamente strategica, (scopo/finalità), sia in quella più oggettiva (obiettivi specifici).

Pertanto, il progetto presenta le seguenti finalità:

1. contribuire a migliorare la risposta del sistema sociosanitario locale nell’ambito dell’assistenza alle persone affette da demenza, e alle loro famiglie, in coerenza con gli scopi statutari della Fondazione e con gli indirizzi di programmazione sociosanitaria;
2. sostenere la programmazione locale nella definizione degli indirizzi e delle azioni finalizzate alla gestione di una futura emergenza epidemica;
3. consolidare e rafforzare il ruolo della Fondazione nel contesto locale, quale principale interlocutore delle istituzioni per le politiche di programmazione e gestione dei servizi per la popolazione anziana, in un contesto dinamico come quello sociosanitario post pandemico, anche in relazione agli obiettivi del recente **Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR)**, in particolare quelli relativi alla **Missione 6 Salute** – “M6C1: reti di prossimità, strutture e telemedicina per l’assistenza sanitaria territoriale” e a quelli della **Missione 5 Inclusione e coesione** – “M5C2.1: Servizi sociali, disabilità e marginalità sociale” in materia di realizzazione di gruppi di appartamenti autonomi - alloggi protetti per anziani e fragili, in luogo a posti letto di Rsa. Ne consegue l’implementazione delle Case della comunità, delle Centrali operative territoriali (COT), degli Ospedali di comunità e delle Residenze sociali per anziani.

Si identificano, pertanto, i seguenti obiettivi specifici attribuibili al progetto *de quo*:

1. potenziare l’offerta residenziale di 98 posti letto per l’ospitalità di persone anziane affette da demenza, 80 in nuclei specialistici e 18 quali Villaggio Alzheimer ex Dgr 1046/2018², garantendo la riduzione dei tempi di attesa di almeno il 40% rispetto agli attuali;
2. in caso di emergenza epidemica, garantire 98 posti letto collocati in camere singole con bagno dedicato, anticamera per vestizione/svestizione, ventilazione meccanica con ricambio d’aria primaria e impianto a muro di ossigenoterapia e aspirazione, oltre ad appropriati percorsi

² Dgr 1046/2018 recante «Determinazioni in ordine alla gestione del servizio sociosanitario per l’esercizio 2019» - allegato “Regole di Gestione del Servizio Sociosanitario 2019 – Area sociosanitaria - Piano regionale demenze e modello di presa in carico – Villaggio Alzheimer. Con la Dgr n. X/7600/17, regione Lombardia aveva introdotto la possibilità “di sperimentazioni innovative nella presa in carico di persone con demenza, anche attraverso la realizzazione di villaggi Alzheimer, purché realizzati da enti con documentata esperienza nella gestione di servizi socio-sanitari e previa approvazione della ATS territorialmente competente”. Il Villaggio Alzheimer rappresenta una delle più attuali modalità di assistenza alle persone affette da demenza, che vengono accolte in centri residenziali dedicati che sono organizzati come un piccolo paese, in grado di permettere agli ospiti di condurre una vita quasi normale ricevendo allo stesso tempo le cure necessarie. Si tratta di una soluzione valida per affrontare il percorso di invecchiamento nelle persone affette da demenza, consentendo di gestire le difficoltà e le limitazioni che la malattia causa sulle capacità e sulle libertà personali e prolungando significativamente l’autonomia di vita. Rappresenta una modalità di cura che vuole rallentare la progressiva perdita di autonomia e ridurre al minimo le disabilità nella vita quotidiana, offrendo alla persona residente l’opportunità di continuare a vivere una vita ricca e adeguata alle sue capacità, ai suoi desideri e ai suoi bisogni.

separati per le persone con malattia infettiva, per il personale in entrata ed in uscita, nonché idonei percorsi “sporco-pulito”;

3. realizzare ambienti capaci di sostenere il miglioramento continuo della qualità di vita della persona affetta da demenza, anche attraverso l'utilizzo di soluzioni tecnologiche e/o ambientali innovative capaci di ridurre entro certi range:
 - a) il consumo di farmaci;
 - b) il ricorso ai mezzi di contenzione;
 - c) lo stress e i comportamenti aggressivi tra malati;
4. ottenere la riduzione dei tempi di permanenza dei pazienti affetti da demenza in Ospedale e la riduzione degli accessi in pronto soccorso;
5. migliorare il livello di soddisfazione del personale operante presso le specifiche attività assistenziali delle demenze, riducendo lo stress da lavoro correlato sia attraverso la possibilità di operare in ambienti adeguati, sia potenziando specifiche politiche di coinvolgimento del singolo e/o del gruppo nei processi assistenziali;
6. contribuire al miglioramento del livello di soddisfazione dei familiari e degli stakeholder in generale.

3 METODOLOGIA ADOTTATA

Al fine di sostenere la realizzabilità del progetto qui illustrato e di soddisfare, quindi, le finalità e gli obiettivi proposti, si è seguita la seguente metodologia, soddisfacendo le seguenti fasi, ognuna di esse poi costituita da azioni articolate e sequenziali.

In questa sezione si pone l’accento sul metodo adottato, descrivendo in sintesi il sistema di variabili preso a riferimento per l’implementazione del progetto stesso, in particolari quelle di natura ambientale e di contesto³, lasciando alla sezione successiva, come richiesto, la descrizione dei contenuti relativi al progetto e alle sue fasi e tempistiche.

Il metodo utilizzato per sostenere la presente progettazione può, pertanto, essere rappresentato dalle seguenti fasi:

1. Analisi del contesto
2. Ideazione e identificazione del progetto
3. Sviluppo e pianificazione/progettazione del progetto
4. Realizzazione del progetto
5. Valutazione dei risultati attesi del progetto

3.1 L’analisi del contesto

L’analisi del contesto generale in cui opera la Fondazione, quale sistema organizzativo, si è concentrata in particolare, al fine di orientare al meglio l’idea di progetto e la sua identificazione e successiva implementazione, sullo studio di quelle che Seiler (1967) e Rugiadini (1979) definiscono variabili ambientali e di contesto organizzativo, come da schema successivo. Questa fase si è posta l’obiettivo di analizzare i fattori esterni ed interni all’azienda al fine di identificare l’oggetto del progetto e la sua necessità. Tra le variabili ambientali incidenti sul funzionamento dell’azienda e, quindi, quali fattori incidenti e interagenti sulla ideazione e identificazione del progetto, sono state, pertanto, indagate e qui rappresentate, le seguenti variabili ambientali:

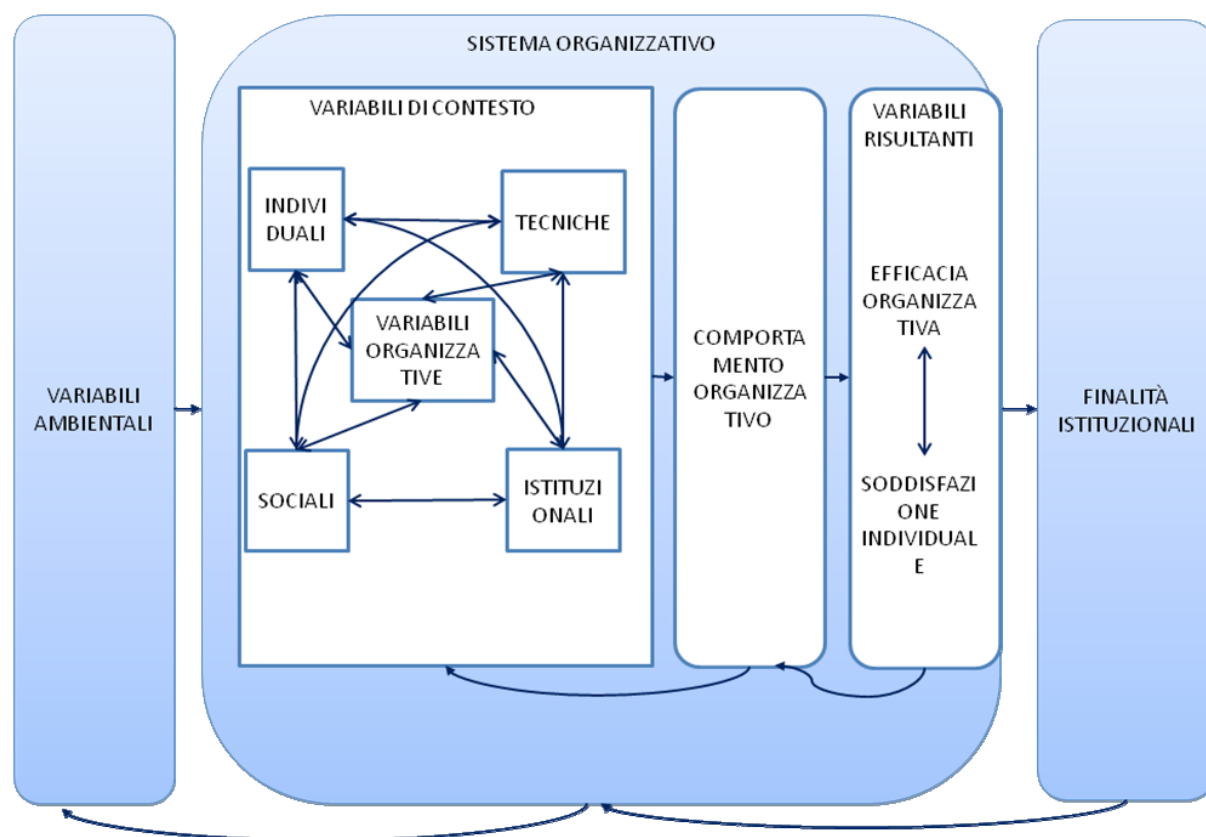
- a) fenomeni demografici incidenti sull’area di mercato dell’azienda;
- b) la fragilizzazione della popolazione e l’evoluzione degli indici di cronicità;
- c) gli indirizzi legislativi e/o regolamentativi;
- d) I bisogni delle famiglie caregiver;
- e) Il mercato di riferimento e l’offerta di servizi.

Sono, inoltre, state indagate, e qui rappresentate, le seguenti variabili interne di contesto aziendale:

- a) finalità statutarie e assetto di governance;
- b) l’assetto organizzativo e le risorse;

³ Un sistema organizzativo si configura come un insieme di elementi e fenomeni negli aspetti che influenzano il comportamento organizzativo o che da esso derivano; di questi elementi o fenomeni rivestono particolare rilevanza le relazioni di connessione reciproca, poiché consentono di comprendere le condizioni di modificabilità di qualunque sistema (Rugiadini 1979)

Sono state, altresì, analizzate, e qui rappresentate, le singole “aree d’affari” aziendali, da intendersi quale output dell’attività organizzativa.



Al fine di valutare gli effetti dell’interazione delle variabili in cui si innescano le potenziali azioni di sviluppo del progetto, il metodo è, poi, stato arricchito con l’analisi secondo il modello SWOT⁴ attraverso il quale si sono evidenziati i punti di forza, quelli di debolezza, in un quadro di opportunità e rischi provenienti dall’esterno.

3.1.1 Le variabili ambientali

3.1.1.1 Fenomeni demografici incidenti sull’area di mercato dell’azienda

3.1.1.1.1 Struttura demografica della popolazione

La popolazione mondiale è stata interessata da una crescita continua sin dalla fine della piaga della peste nera, nel corso del XIV secolo⁵.

Durante la rivoluzione industriale, i progressi della medicina e l'aumento della qualità della vita nei paesi sviluppati portarono alla cosiddetta rivoluzione demografica; il tasso di mortalità scese

⁴ Il termine SWOT è un acronimo che sta per: Strength (punti di forza), Weaknesses (punti di debolezza), Opportunities (opportunità), Threats (minacce). Tale tecnica è attribuita a Albert Humphrey, che guidò un progetto di ricerca all'Università di Stanford fra gli anni '60 e '70 utilizzando i dati forniti dalla Fortune 500.

⁵ La peste nera ridusse presumibilmente la popolazione umana da 450 a 350-375 milioni di abitanti; questa piaga rappresenta l'ultimo periodo in cui la popolazione mondiale ebbe un decremento tanto evidente, che fu recuperato solo dopo circa quasi due secoli.

vertiginosamente e un contemporaneo tasso di natalità elevato portò ad un raddoppio della popolazione mondiale in solo due secoli. Nel corso del XIX secolo la popolazione Europea in particolare passò da 100 milioni a quasi 200 milioni di individui. Nel 1975 la popolazione mondiale raggiunge i 4 miliardi di individui, raddoppiando in 35 anni e toccando la propria velocità di crescita più elevata.

Ad oggi la popolazione mondiale ammonta a circa 7,450 miliardi di persone, con un aumento di 500 milioni solo negli ultimi 5 anni.

Il paese più popoloso al mondo è la Cina con 1,4 miliardi di abitanti, seguita dall'India con 1,29 miliardi. L'Italia è 23esima con 60 milioni di abitanti.

La densità di popolazione media del mondo era, nel 2006, di 48 persone per chilometro quadrato. L'Europa ha un'alta densità di popolazione pari a 70.6 abitanti/Km². L'Italia è al 42° posto della graduatoria con 203 abitanti per Km².

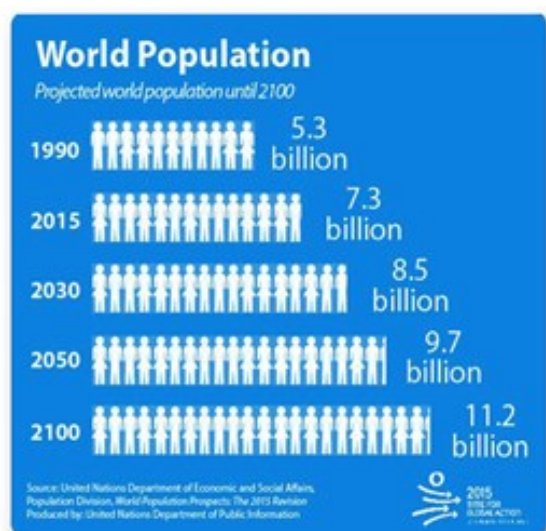


Figura 2: Proiezione della popolazione mondiale fino al 2020

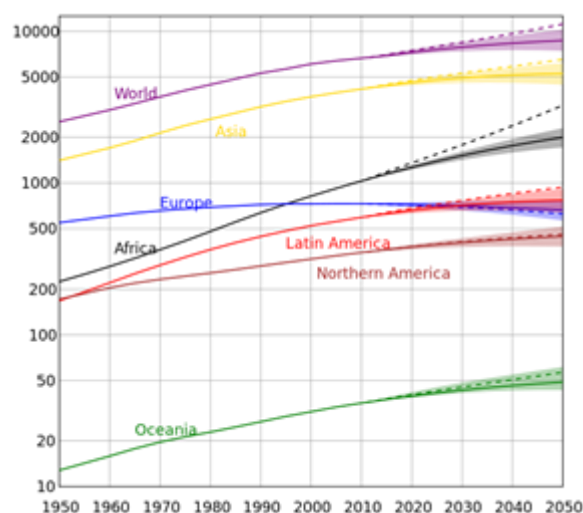
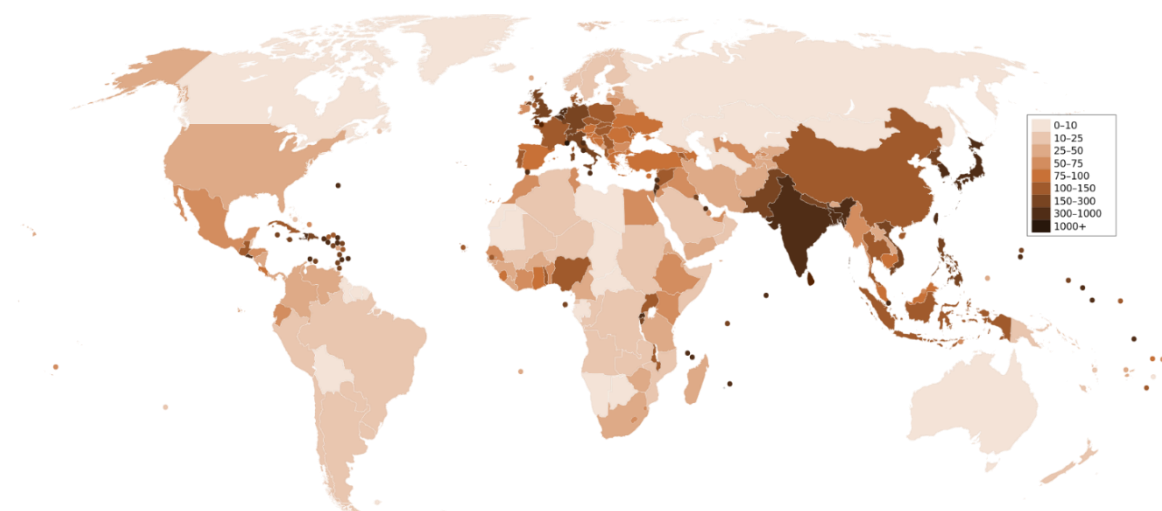


Figura 2: Proiezione della popolazione mondiale per aree

Figura 3: Densità di popolazione per territori (2006) - Persone per km²



Fonte: Wikipedia

3.1.1.1.2 L'invecchiamento della popolazione

Diversi studi evidenziano l'effetto che il futuro cambiamento della struttura demografica avrà sui sistemi di cura nazionali. In base alle stime fornite dalla World Bank nei prossimi 45 anni la popolazione mondiale passerà da 7,2 a 9,5 miliardi di persone. La variazione della fascia di popolazione più giovane sarà pari a un +8%, al contrario la coorte di popolazione più bisognosa in termini di cure, ovvero la popolazione anziana con più di 85 anni, aumenterà del 281%. L'Europa, e particolarmente l'Italia – secondo Paese più “vecchio” al mondo dopo il Giappone – non sono esenti dal progressivo invecchiamento della popolazione.

Secondo le stime fornite dalla Commissione Europea (European Commission, 2015) rispetto alla totalità della popolazione anziana, tra il 2013 e il 2060, in Europa la quota di ultra-ottantacinquenni passerà da poco meno di un terzo della popolazione al 41%, mentre in Italia questa quota raggiungerà poco meno del 50%. In termini di spesa pubblica la modificazione della struttura demografica comporterà, per quanto riguarda l'Italia, uno sforzo economico, che in base allo scenario previsionale utilizzato, porterà nel 2060 la spesa pubblica a oltre 3 punti di Pil.

La popolazione residente con almeno 65 anni d'età nei Paesi dell'Unione europea negli ultimi 25 anni è salita del 6%. Nel 2015 era pari 19,4%, con stime di crescita dell'1,2% annuo. Si stima che nel 2060 rappresenti il 30% della popolazione totale.

Nel complesso dei ventisette paesi membri dell'Unione Europea, attualmente, ci sono quattro persone in età lavorativa per ogni ultrasessantacinquenne. Le stime Eurostat appena pubblicate rivelano che i trend demografici e migratori faranno variare tale rapporto, fino a raggiungere nel 2060 un valore dimezzato: due persone in età lavorativa per ogni over 65. Un dato questo che non potrà non condizionare le politiche previdenziali nazionali, che saranno tenute a perseguire idonee riforme strutturali al fine di garantire la sostenibilità dei rispettivi sistemi nel lungo periodo.

Se le previsioni sono corrette nei due Paesi OCSE in cui l'invecchiamento è maggiore, l'Italia e il Giappone, all'incirca una persona su quattro sarà ultrasessantacinquenne nel 2020 (23,5% in Italia e 27,8% nel Sol Levante).

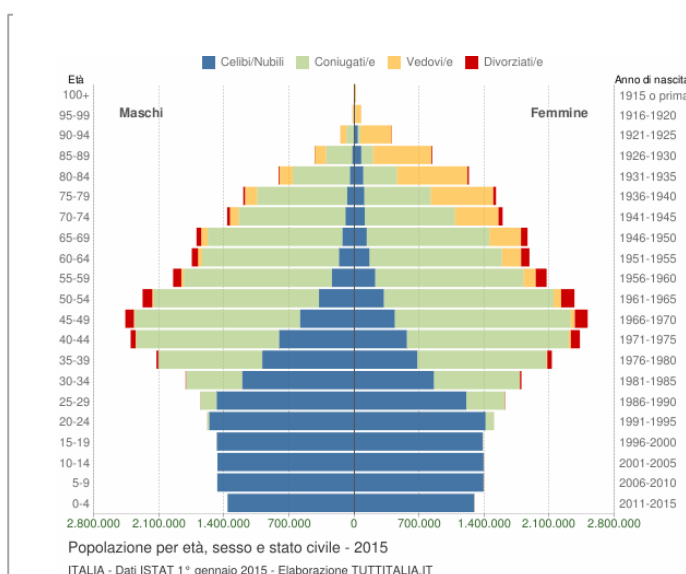
3.1.1.1.3 La situazione in Italia, in Lombardia, a Bergamo

Al 1° gennaio 2015 risultano residenti in Italia 60.795.612 persone. Per la prima volta negli ultimi novant'anni si registra una diminuzione consistente della popolazione di cittadinanza italiana, mentre la popolazione straniera aumenta di 11.716 unità. I residenti con cittadinanza straniera sono in tutto 5.026.153 e provengono da circa duecento paesi: il primo è la Romania. Non si arresta l'invecchiamento della popolazione residente: l'età media è di 44,7 anni.

In diminuzione risultano sia la popolazione in età attiva (15-64 anni) sia quella fino a 14 anni di età. La prima scende a 39 milioni, il 64,3% del totale, la seconda comprende 8,3 milioni di ragazzi e rappresenta il 13,7%.

Quanto esposto è raffigurato nel grafico della Piramide delle Età, che rappresenta la distribuzione della popolazione residente in Italia per età, sesso e stato civile al 1° gennaio 2015.

Figura 4: Piramide maschi e femmine per età e condizione sociale - Italia



La percentuale di popolazione ultrasessantacinquenne è passata dal 18,7% nel 2001 al 22% nel 2015. L'aumento è stato sensibile anche per le età più avanzate.

L'aumento è stato sensibile anche per le età più avanzate: la popolazione di 75 anni e più è passata dall'8,4% del 2001 (4.762.414 persone) al 10,4% del 2011 (6.152.411 persone). Anche i “grandi vecchi”, ovvero gli ultra ottantacinquenni, incrementano il loro peso percentuale sul totale della popolazione residente (dal 2,2% del 2001, al 2,8% del 2011, al 3,29% del 2016) ma, se si analizzano le variazioni percentuali all'interno di questo sottoinsieme di persone, risulta che l'incremento maggiore si registra nella classe 95-99 anni (+78,2%) e

in quella degli ultracentenari (+138,9%).

Come precedentemente accennato, nell'ultimo decennio gli ultracentenari sono più che raddoppiati. Erano 6.313 nel 2001, di cui 1.080 maschi e 5.233 femmine, mentre nel 2011 ne sono stati rilevati 15.080, con una percentuale di donne pari all'83,7% (12.620 unità).

Nel 2001 si contavano in Italia 11,1 persone di 100 anni e più ogni 100.000 residenti; nel 2011 il valore dell'indicatore si attesta a 25,4, con punte di 46,2 registrate in Liguria e 41,9 in Friuli-Venezia Giulia. La Lombardia è la regione in cui, in valore assoluto, è stato rilevato il maggior numero di ultracentenari (2.391, 15,9%), seguita dall'Emilia-Romagna (1.533, 10,2%) e dal Veneto (1.305, 8,6%)⁶.

La speranza di vita alla nascita in Italia nel 2015 era stimata in 80,1 anni per gli uomini e 84,7 per le donne, dati entrambi superiori alla media europea, stimata in 77,8 e 83,3. Le differenze regionali in questo caso sono minime.

La speranza di vita a 65 anni nel 2002 era 16,9 per gli uomini e 20,8 per le donne, mentre nel 2014 è salita rispettivamente a 18,8 e 22,2. Sempre nel 2014 la speranza di vita a 80 anni era di 8,8 anni negli uomini e 10,9 anni nelle donne.

L'indice di vecchiaia⁷ in Italia, nel 2014, era pari a 157,7, salito a 161,4 nel 2016. Il dato è particolarmente grave al Centro (166,4) e a Nord Ovest (164,4), molto significativo a Nord Est (157,3) e assai più mitigato al Sud (131,1) la regione più vecchia è la Liguria (239,5), seguita da Friuli-Venezia Giulia (196,1) e Toscana (190,1). L'indice di vecchiaia più basso si riscontra in Campania (109,4), seguita da Trentino-Alto Adige (125,0) e Sicilia (134,2). La Lombardia ha un indice pari a 149,5, salito a 155,7 nel 2016⁸.

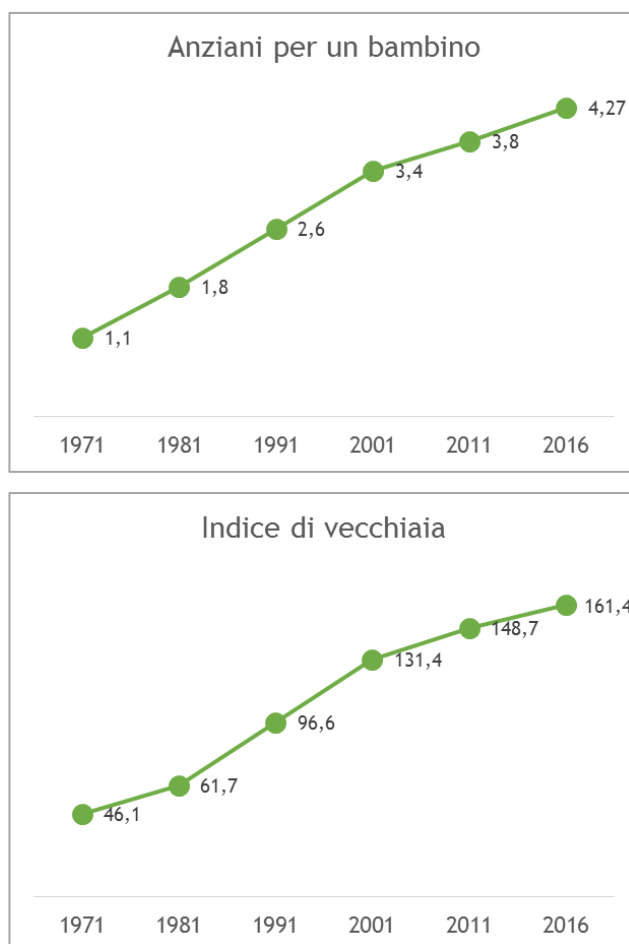
⁶ Istat - 15° Censimento generale della popolazione e delle abitazioni, 9 ottobre 2011

⁷ L'indice di vecchiaia è il rapporto tra popolazione over 65 e popolazione under 15, cioè tra i giovani e gli anziani. Si esprime ponendo a 100 la quota dei giovani sotto i 15 anni.

⁸ Solo la Germania presenta un dato maggiore e si attesta su un indice di vecchiaia di 158, mentre la media europea è di 116,6. Vi sono paesi che hanno un indice di vecchiaia inferiore al 100: è il caso della Francia (96,7) e della Gran Bretagna (97,7).

Nei grafici seguenti si rappresentano il numero di anziani per un bambino⁹ e l'indice di vecchiaia degli ultimi 5 censimenti e dell'anno 2016. Si evidenzia come si sia passati da 46,1% del 1971 al 161,4% del 2016.

Figura 5: Anziani per un bambino e Indice di vecchiaia



Fonte: Elaborazioni dati ISTAT

Anche l'età mediana¹⁰ della popolazione, in Italia, si attesta a 44,5 anni nel 2015: nel 1960 era di 31 anni, nel 1983 era di 34,8 anni e si stima che nel 2060 sia di 51 anni. La media europea è di 41,9.

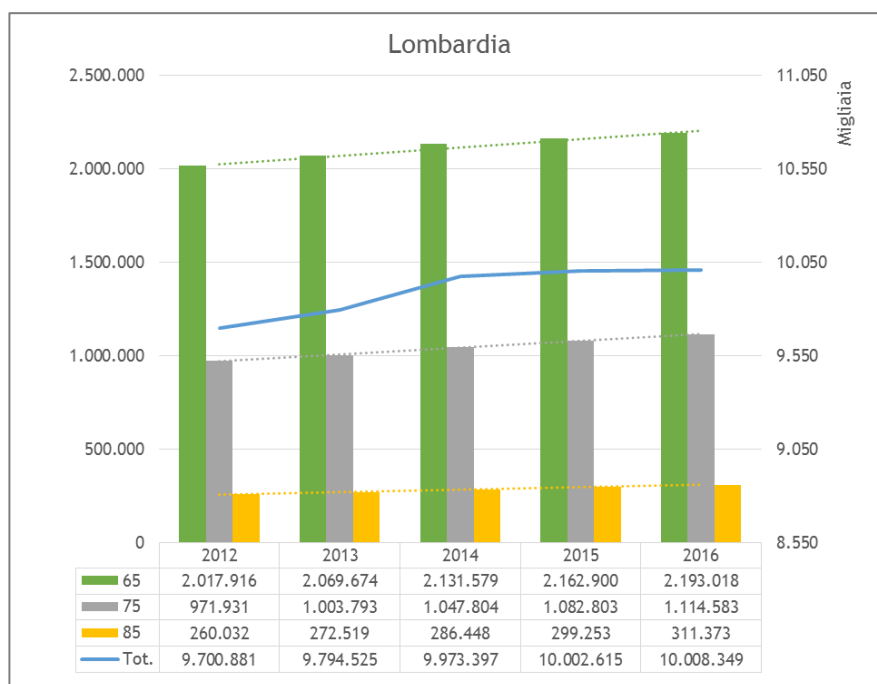
Anche in Lombardia e nella provincia di Bergamo, la popolazione presenta sostanzialmente le caratteristiche di crescente invecchiamento, accompagnato dall'incremento delle malattie cronicodegenerative, con un progressivo processo disabilitante della persona, in particolare rilevante in età anziana.

⁹ Anziani per un bambino: rapporto tra popolazione over 65 e bambini 0-5 anni.

¹⁰ L'età mediana, da non confondersi con la media delle età, è quel valore che ripartisce una popolazione, ordinata appunto secondo le età dei suoi componenti, in due gruppi ugualmente numerosi. È considerata una misura più affidabile perché meno influenzata dagli estremi di quanto non sia l'età media.

Il grafico seguente evidenzia la crescita della popolazione anziana in Lombardia nell’ultimo quinquennio¹¹.

Figura 6: Popolazione in Regione Lombardia (2012-2016): popolazione totale, popolazione over 65, over 75 e over 85.



Per quanto riguarda la provincia di Bergamo il punto sull’invecchiamento della popolazione è ben rappresentato nei grafici che seguono. Confermato il costante aumento delle persone anziane, in particolare di quelle più anziane. I residenti di età superiore o uguale a 65 anni rappresentano, nel 2016, una quota percentuale sull’intera popolazione pari al 20%. Nell’ultimo quinquennio le persone over 65 sono aumentate di ben 22mila unità, quelle over 75 di 14mila e quelle over 85 di ben 5mila.

L’incidenza dei “grandi vecchi”¹² sulla totalità degli anziani è progressivamente in aumento con un tasso dell’1,1% nell’ultimo quinquennio.

¹¹ Fonte Istat

¹² Da intendersi over 85 anni.

Figura 7: Popolazione in provincia di Bergamo (2012-2016): popolazione totale, popolazione over 65, over 75 e over 85.

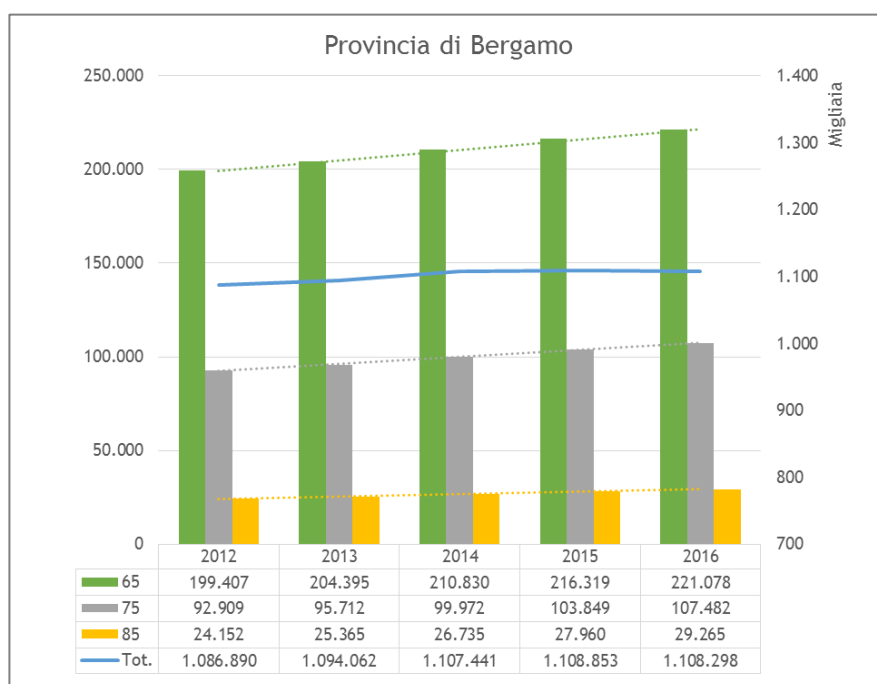
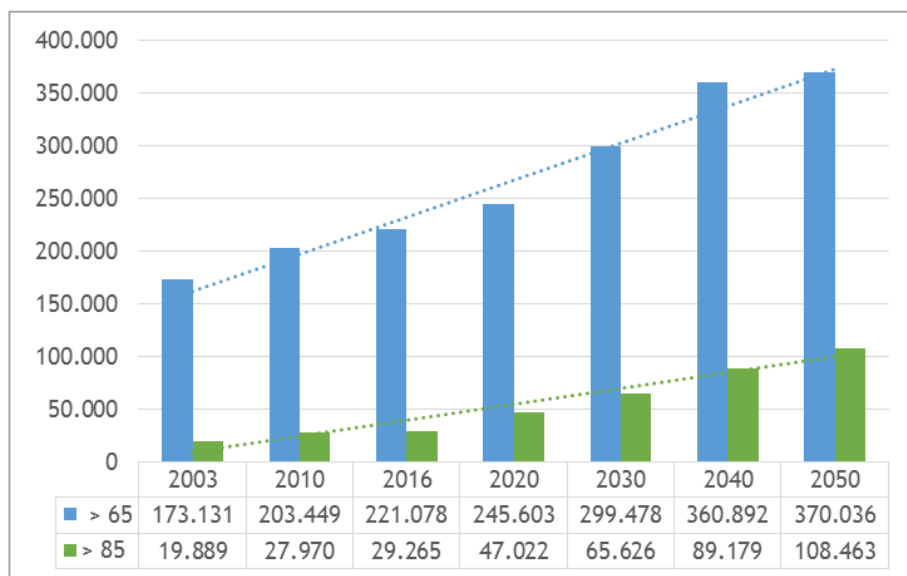


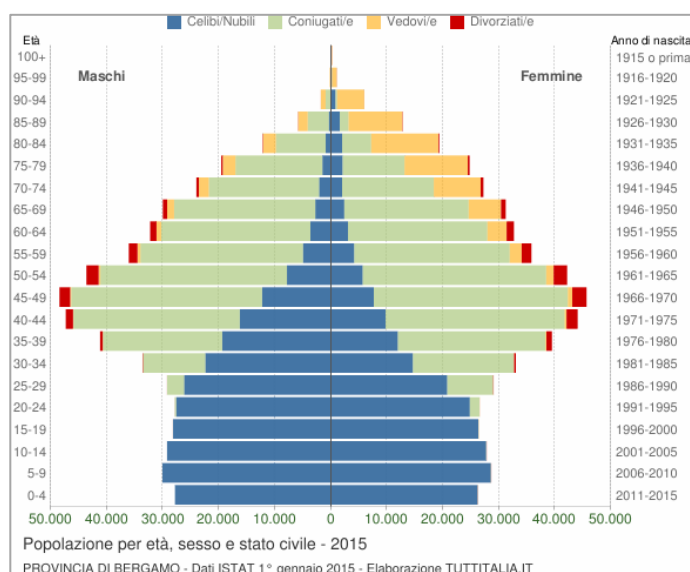
Figura 8: Popolazione over 65 e over 85 - Provincia di Bergamo



Il seguente grafico illustra – al crescere dell’età – il prevalere della componente femminile e della condizione di “mono-nuclearità” (vedovi/e).

La maggior parte dei nuclei è composta da 1-2 persone ed il trend del numero dei componenti delle famiglie bergamasche viene segnalato in costante calo.

Figura 9: Piramide maschi e femmine per età e condizione sociale - Provincia di Bergamo



Anche la popolazione della città di Bergamo, quella dell’area dei comuni dell’Ambito ¹³ e quella della cd. Grande Bergamo (Ambito ¹⁴), bacino di riferimento dei servizi della Fondazione, presenta sostanzialmente le caratteristiche di crescente invecchiamento.

Entro i prossimi anni si dovranno affrontare le necessità di una popolazione descrivibile come composta da donne di 85 anni di età con esigenze di cura e assistenza elevate e crescente diminuzione di autonomia e verosimilmente senza una rete parentale di sostegno.

Tutto ciò produce un quadro differenziato

di bisogni, in alcune situazioni di particolare complessità, che sollecita il sistema complessivo dei servizi lombardi, nella sua triplice articolazione sanitaria, sociosanitaria e sociale, a compiere uno sforzo considerevole in termini di risorse umane ed economiche.

¹³ Ambito 1: comuni di Bergamo, Gorle, Torre Boldone, Orio al Serio, Ponteranica, Sorisole

¹⁴ Ambito 2: comuni di Bergamo, Gorle, Torre Boldone, Orio al Serio, Ponteranica, Sorisole, Azzano San Paolo, Curno, Dalmine, Lallio, Mozzo, Pedrengo, Ranica, Seriate, Stezzano, Treviolo, Valbrembo

Figura 10: Popolazione nel Comune di Bergamo (2012-2016): popolazione totale, popolazione over 65, over 75 e over 85.

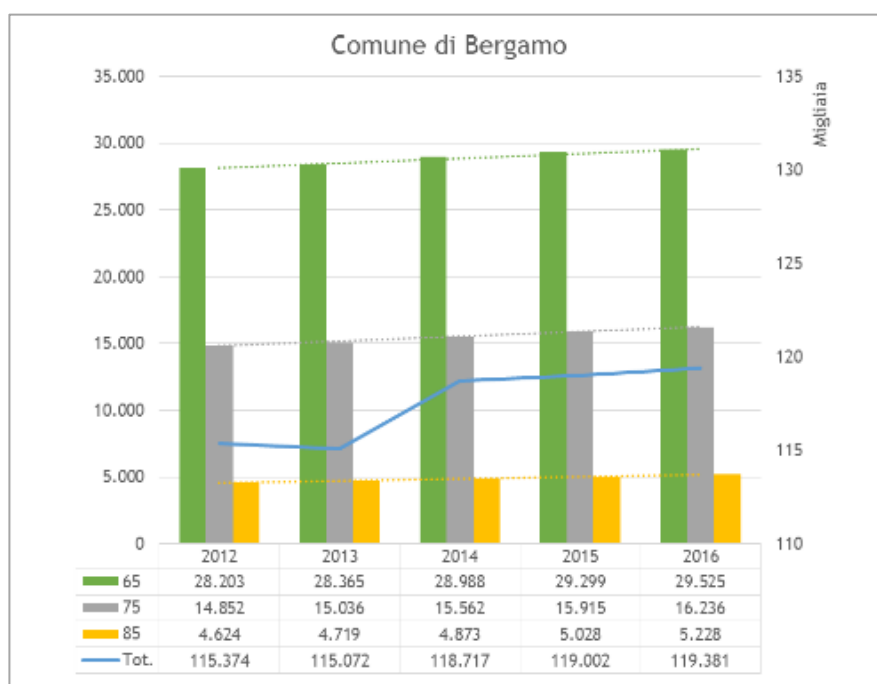
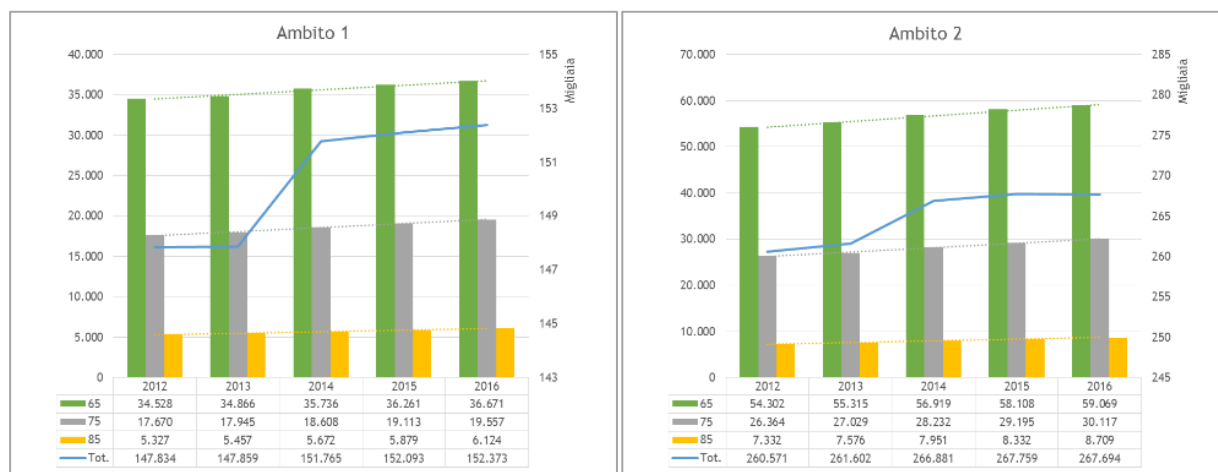


Figura 11: Popolazione nell'Ambito 1 e nell'Ambito 2 (2012-2016): popolazione totale, popolazione over 65, over 75 e over 85.



3.1.1.2 La fragilizzazione della popolazione e l'evoluzione degli indici di cronicità

Come precedentemente detto, i dati demografici ISTAT per la Lombardia indicano un aumento della popolazione residente negli ultimi dieci anni con una proiezione di ulteriore aumento nei prossimi anni e un progressivo invecchiamento della popolazione. L'indice di vecchiaia della popolazione Lombarda che attualmente è intorno al 155, supererà il 200 verso l'anno 2030.

In particolare, si osserva un aumento in termini percentuali molto più marcato per le categorie di soggetti classificati come poli-patologici.

Il numero di soggetti con una sola patologia cronica è aumentato, nel periodo 2005-2013, di circa 187.000 unità, con un incremento percentuale del 12%, mentre i soggetti poli-patologici hanno

presentato incrementi paragonabili in termini assoluti, ma molto più marcati in termini relativi: +39%, +97% e +200% per i soggetti con 2, 3, 4 o più malattie croniche rispettivamente.

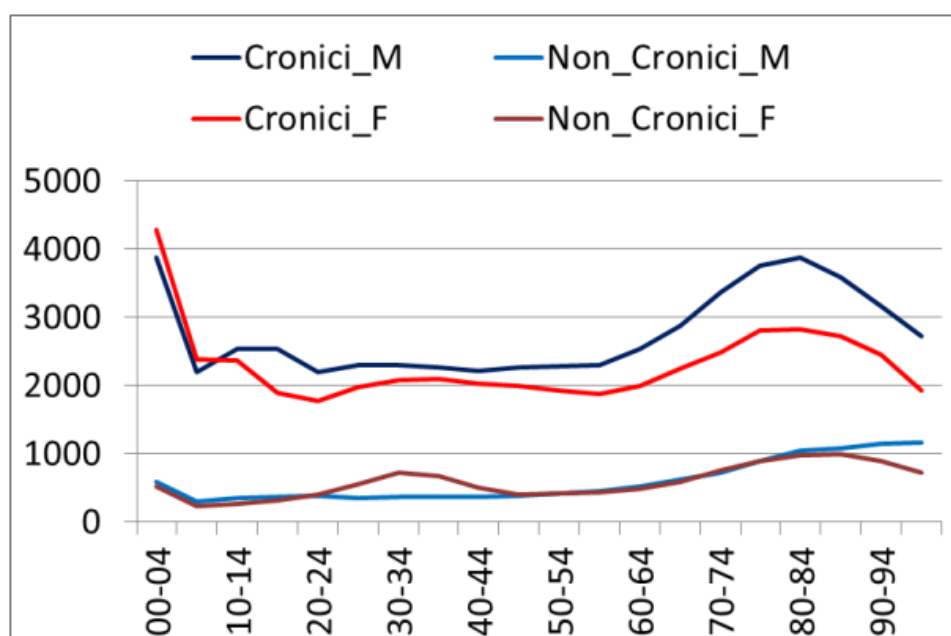
Sono, infatti, evidenti gli aspetti di progressiva fragilizzazione della popolazione: aumentano le cosiddette malattie cronico-degenerative (ad es. patologie cardiovascolari e respiratorie croniche, il diabete, ecc.), e gli aspetti di sanità pubblica ad esse correlati, quali la morbilità e l’invalidità.

In molte situazioni, ma soprattutto in quelle di persone in età avanzata, lo stato di cronicità si accompagna alla condizione di fragilità che intreccia sia gli aspetti clinici legati alla patologia, sia le risorse fisiche (aspetti funzionali delle attività corporee e della vita quotidiana), psicologiche (risorse cognitive, emotive e comportamentali) e sociali (relazioni con gli altri, apertura all’esterno, interazione con l’ambiente, adattabilità e socialità).

Attualmente, in Lombardia le persone affette da malattie croniche sono 3,5 milioni, pari a circa il 30% della popolazione, una proporzione relativamente contenuta ma destinata ad aumentare nei prossimi anni. In questo gruppo aumenta sempre più il numero delle persone in condizione di cronicità sociosanitaria (anziani non autosufficienti, persone con disabilità, persone affette da dipendenze da sostanze, ecc.), stimabili attualmente in circa 600.000. Se si considera che le malattie croniche in Lombardia incidono per più del 70% sulla spesa sanitaria globale, si comprende come il tema sia cruciale, tanto da concentrare azioni programmatiche dedicate.

I consumi sanitari pro-capite dei soggetti cronici e non cronici sono visualizzati nella figura sottostante in funzione del genere e dell’età.

Figura 12: Distribuzione per età e genere dei valori pro-capite di consumo sanitario dei soggetti cronici e non cronici (DG Salute Lombardia, dati 2012)



Mediamente, in un anno, un soggetto non cronico consuma prestazioni sanitarie per un valore di 464 € (423 € per i maschi, 501 € per le femmine) mentre un soggetto cronico ne consuma per 2.583 € (2.891 € per i maschi, 2.325 € per le femmine).

Ai consumi del cittadino cronico partecipano per 589 € le prestazioni ambulatoriali (620 € nei maschi, 564 € nelle femmine), per 772 € i consumi farmaceutici (867 € nei maschi, 694 € nelle femmine) e per 1.221 € i ricoveri ospedalieri (1.404 € nei maschi, 1.068 € nelle femmine).

In termini economici assoluti, i soggetti cronici utilizzano il 76,7% degli oltre 10 miliardi di euro di prestazioni sanitarie (79,7% tra i maschi; 73,8% tra le femmine).

A fronte di risorse economiche contenute, al fine di sostenere adeguate risposte alla progressiva domanda di servizi connessa all’invecchiamento/cronicizzazione della popolazione, la Regione Lombardia, con la Legge 23/2015, ha introdotto importanti modifiche inerenti all’organizzazione del sistema sociosanitario. In particolare, sono stati fortemente rimarcati i principi della presa in carico, della continuità assistenziale e della integrazione sociosanitaria. Risulta, quindi, necessario un “cambio di paradigma” concentrando il processo di cura e assistenza dalle singole malattie alla presa in carico della persona nel suo complesso familiare, abitativo e socioculturale.

Questi malati vanno ‘accompagnati’ secondo approcci di sanità d’iniziativa, in grado di anticipare i bisogni di salute in modo proattivo, prima che la malattia insorga o si aggravi, nonché di garantire livelli di assistenza differenziati in relazione al livello di rischio.

L’andamento storico della spesa sanitaria evidenzia una tendenza generale di incremento, che ha subito un arresto solo nel 2013, principalmente legato alla riduzione della spesa per i ricoveri ospedalieri.

In particolare, per le malattie croniche la spesa totale è incrementata nel tempo del 36% dal 2005 al 2013, con incrementi percentuali molto più marcati per i pazienti poli-patologici: +22%, +65%, +143% per i soggetti con 2, 3, 4 o più malattie rispettivamente.

È da notare che l’aumento della spesa totale è principalmente legato all’aumento del numero dei soggetti con malattia cronica, in particolare poli-patologici, dal momento che la spesa pro-capite dei malati cronici si è ridotta, come effetto della riduzione globale dei ricoveri ospedalieri di cui hanno più spesso necessità.

Figura 13: Andamento 2005-2013 della spesa sanitaria totale (farmaceutica, ambulatoriale e ospedaliera)

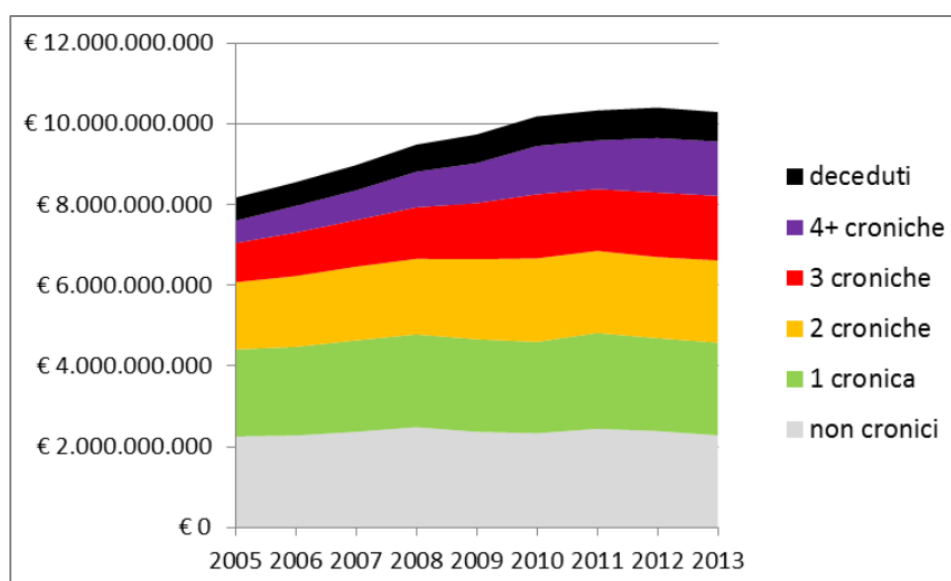
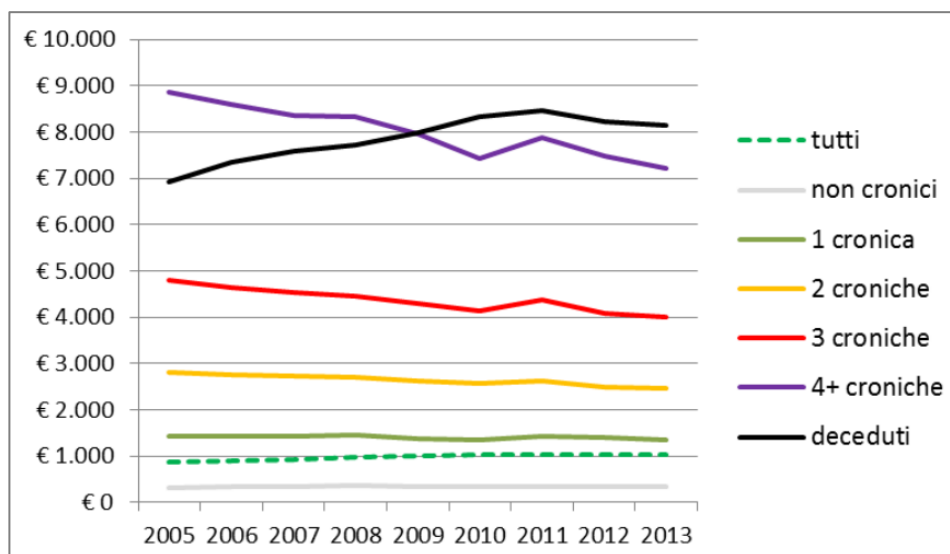


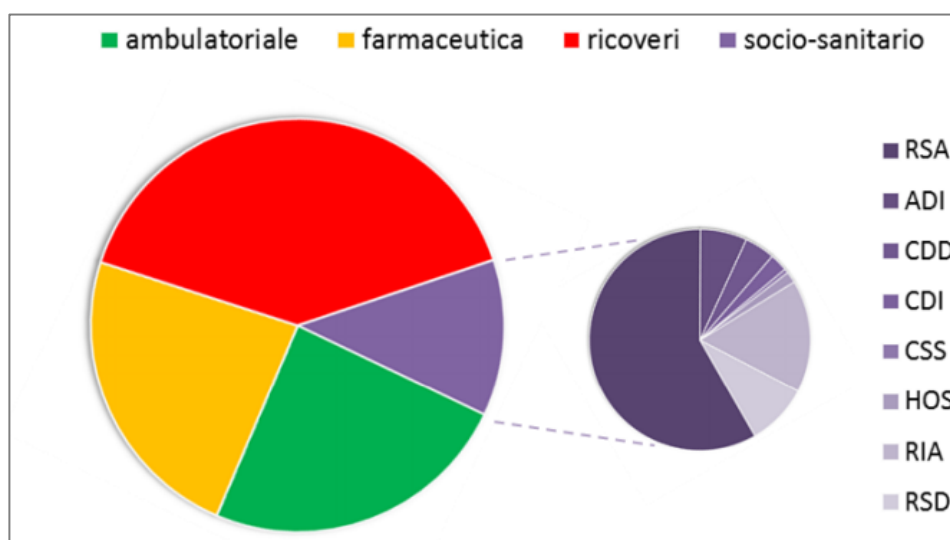
Figura 14: Andamento 2005-2013 della spesa sanitaria pro-capite (farmaceutica, ambulatoriale e ospedaliera)



In generale la spesa totale si compone di una componente sanitaria, ulteriormente scomponibile in diverse categorie di spesa (ambulatoriale, farmaceutica e per ricovero ospedaliero) e di una componente sociosanitaria, a sua volta composta da molteplici componenti.

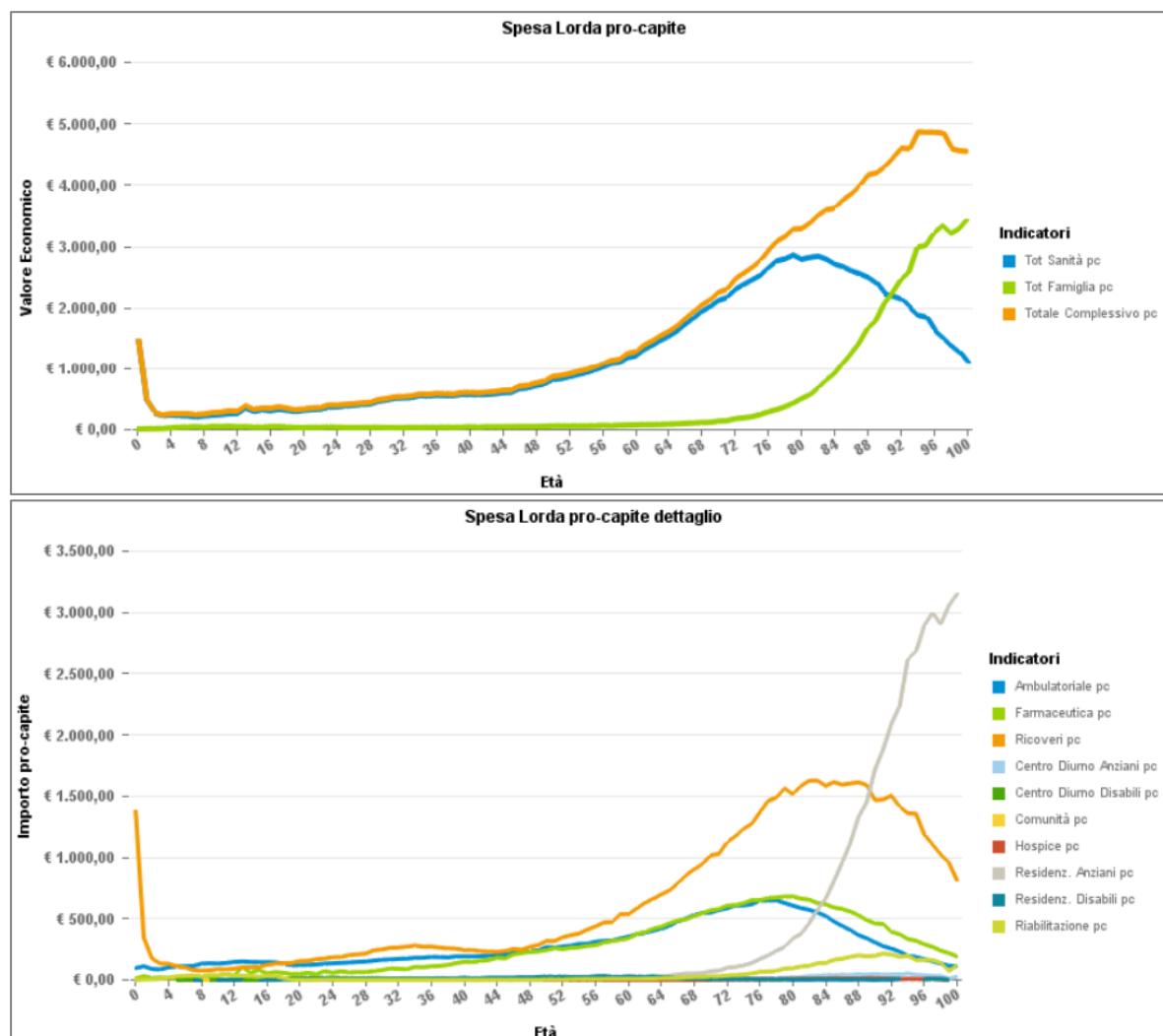
Analizzando i dati di Regione Lombardia del 2013, la spesa sociosanitaria nel suo complesso rappresenta una quota pari a circa il 12% della spesa complessiva. Nei soggetti con malattie croniche, così come nella popolazione generale, la componente principale della spesa sociosanitaria è rappresentata dalla residenzialità socioassistenziale, che assorbe più della metà delle risorse sociosanitarie.

Figura 15: Ripartizione della spesa totale (sanitaria e sociosanitaria) in Lombardia (dati 2013)



Analizzando l’andamento della spesa pro-capite in funzione dell’età emerge come la composizione della spesa vari nel tempo, e quindi come un singolo soggetto abbia molteplici bisogni che devono trovare risposta nella integrazione dei sistemi sanitario e sociosanitario.

Figura 16: Spesa sanitaria, sociosanitaria e spesa totale pro-capite per classi di età



In particolare, è evidente come esista uno spostamento della spesa dal sistema sanitario a quello sociosanitario che inizia dopo i 70 anni e che diventa prevalentemente di tipo sociosanitario dopo i 90 anni di età, principalmente per la spesa legata alla residenzialità sociosanitaria.

3.1.1.3 Gli indirizzi legislativi e/o regolamentativi

Come noto, il sistema italiano dei servizi è organizzato in due grandi sottosistemi: quello sanitario, che fa capo alle Regioni e quello dei servizi sociali, che fa capo ai Comuni. Tale distribuzione dei compiti ha reso, e rende, sempre altamente problematica la connessione fra queste due istituzioni.

La L.R. 23/15¹⁵ “Evoluzione del sistema socio sanitario lombardo” ha inteso riformare il sistema dei servizi nella Regione Lombardia disciplinando il servizio sanitario e sociosanitario regionale e la sua integrazione con quello sociale di competenza delle autonomie locali.



Nella parte sui “Principi” si possono mettere in evidenza criteri già tipici del sistema lombardo degli anni precedenti, cui si aggiungono elementi di interessante innovazione.

Viene ribadita la “scelta libera, consapevole e responsabile dei cittadini di accesso alle strutture”, ma viene evidenziato anche un fattore organizzativo particolarmente rilevante: l’orientamento alla presa in carico della persona nel suo complesso.

Viene confermato il principio della “sussidiarietà orizzontale” consistente nella parità dei diritti e dei doveri di tutti i soggetti che concorrono alla realizzazione dell’offerta.

La programmazione affronterà la classificazione delle prestazioni nelle tipologie: acute, intermedie (oggi subacute, post acute, riabilitazione, cure intermedie; domani ospedali di comunità) e lungo assistenziali, di fatto oggi rappresentate dalle cd. Udo Sociosanitarie, quali principalmente le Rsa.

Tra le “ricadute” organizzative che nel tempo si sono rilevate più critiche vi è la differente “zonizzazione” a livello territoriale bergamasco, da 14 Ambiti Territoriali a 3 macro-zone afferenti alle neoistituite Ats (Agenzie di tutela della salute) e ASST (Aziende Socio-Sanitarie Territoriali).

Anche per l’Ambito Territoriale dei servizi sociali di interesse precipuo della Fondazione, si prospetta un ampliamento territoriale che tenderà a coincidere, nel tempo, con gli ambiti delle attuali ASST.

La presenza dei Sindaci (o loro delegati) è prevista nelle assemblee di Distretto e in quelle degli Ambiti Territoriali: si tratta della architettura locale già sperimentata negli anni; tuttavia, dovrà essere rivisitata in riferimento ai nuovi assetti a seguito della certa revisione della Legge 23/2015, in corso di discussione istituzionale.

¹⁵ Covid e Organizzazione del sistema sociosanitario. L’evento pandemico recente ha acceso una articolata discussione istituzionale sull’organizzazione del sistema e sulle sue insite contraddizioni. Pertanto, la legge *de qua* oggi risulta sotto profondo esame ed è facilmente intuibile che vi saranno profonde revisioni nel breve periodo. Ciò anche in previsione dell’attuazione delle linee governative in materia di Recovery fund, in particolare nella cd. funzione salute.

Le Ats, la cui natura già in origine controversa, quali articolazioni amministrative della Regione che si

Figura 17: ATS di Bergamo



proiettano nei territori, subiranno una strutturale revisione. La legge 23 a loro aveva assegnato il compito di attuare in sede locale la programmazione definita dalla Regione, anche attraverso la regolazione dell’erogazione di prestazioni sanitarie e sociosanitarie tramite i soggetti accreditati e contrattualizzati pubblici e privati. Ciò attraverso la consolidata funzione di negoziazione e acquisto delle prestazioni sanitarie e sociosanitarie dalle strutture accreditate.

Il secondo “pezzo” del sistema territoriale è costituito dalle ASST, ossia delle strutture operative pubbliche della sanità lombarda (art. 7).

In sintesi, il sistema risulta strutturato su 3 livelli:

- centrale regionale,
- sue articolazioni amministrative (ATS),
- sue articolazioni operative (ASST).

Il cambiamento innovativo più rilevante che oggi da

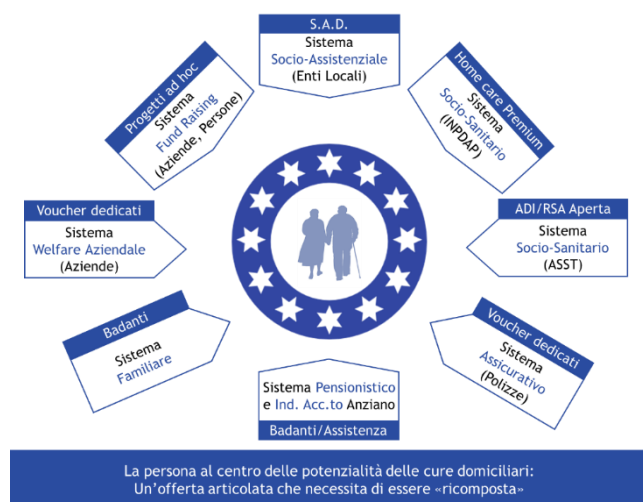
ogni parte viene chiesto è quello di potenziare l’attenzione verso il territorio; in quest’ottica, anche le costituite Aziende Socio-Sanitarie Territoriali (ASST) potrebbero subire una revisione, con la possibile attribuzione di competenze oggi in capo alle Ats, quali la regolazione dei soggetti erogatori del sistema territoriale, salvo un ripensamento sulle attività ospedaliere di alta specialità che potrebbero riprendere la loro autonomia ex legge 31/98. (AO)

E proprio nella rete territoriale – ove è prevista l’introduzione dei POT (Presidi Ospedalieri Territoriali) e dei PreSST (Presidi Socio Sanitari Territoriali) - può ipotizzarsi un ruolo per le Rsa più rappresentative come la Fondazione Carisma.

3.1.1.4 I bisogni delle famiglie caregiver

L’esperienza dell’ultimo decennio racconta della tendenza ormai consolidata a ritardare il più possibile il momento dell’istituzionalizzazione della persona anziana sia per motivi di maggior benessere della stessa, sia per l’inevitabile lievitare dei costi sociali che l’invecchiamento della popolazione sta determinando.

Le famiglie saranno così – sempre più - chiamate a rispondere alla sfida dell’invecchiamento adattandosi ai cambiamenti demografici, del sistema dei servizi e delle compatibilità economiche e ricercando nuovi equilibri al proprio interno; ciò, conciliando – spesso con fatica – i tempi di lavoro con quelli di gestione dei compiti familiari complessivi, compresi quelli di protezione e di cura.



I bisogni legati alla non autosufficienza ed al sostegno alla domiciliarità sono, quindi, i prioritari per le famiglie anche in considerazione del fatto che, spesso, nella veste di caregiver e volontari vi sono coloro che hanno un'età compresa tra i 65 e 70 anni, a volte anche oltre.

Si tenga in conto, infatti, che il bisogno di assistenza – oggi - è soddisfatto in gran parte dal ricorso alle badanti (più correttamente definite “Assistenti familiari”): già ora, il 26,7% delle persone in dipendenza vitale e circa il 20% delle persone anziane non autosufficienti

e persone con disabilità, oltre alla famiglia, sono assistite da queste figure, percentuali stimate al ribasso poiché per lo più limitate ai soli rapporti di lavoro formalizzati.

Una risposta tendenzialmente “fai da te”, spesso ai margini della legalità e della sostenibilità personale. Si delinea così la necessità per le famiglie di vedere ricomposta la frammentazione delle unità d’offerta (conoscenze, risorse, servizi) per fruire della continuità assistenziale.

Prendendo ad esempio la “domiciliarità” si può porre in evidenza come vi siano – potenzialmente – una pluralità di strumenti e di “fonti” per attuare e gestire servizi ed interventi di cura domiciliare a fianco delle famiglie caregiver.

Una pluralità che, spesso, si rivela una “complicazione” poiché frammentata su molti Enti differenti e non raccordati tra loro. Le famiglie, in molti casi, percepiscono così un senso di “disorientamento” nel muoversi all’interno delle differenti regole e procedure istituzionali, piuttosto che un sentirsi “accompagnate” all’interno di percorsi di cura

3.1.1.5 Il mercato di riferimento e l’offerta di servizi

Per rispondere in modo sempre più appropriato ai bisogni delle persone con fragilità, i servizi sociosanitari sono stati interessati negli ultimi anni da una profonda trasformazione. A livello regionale si è così costituita una ricca e articolata rete di servizi, anche a valenza domiciliare.

Inoltre, in un’ottica complessiva di rete di welfare, tra i servizi presenti per le persone fragili vanno considerati anche i servizi della rete sociale in capo ai Comuni, che nell’assistenza domiciliare, intervengono, insieme ai servizi sociosanitari, per rispondere in modo completo ai bisogni delle persone fragili.

Il modello più adeguato di risposta ai bisogni delle persone anziane fragili, anche in considerazione delle analisi sin qui presentate e dell’evoluzione del concetto di “Presa in carico”, pare essere quello di Aziende a Gestione Integrata, in grado di offrire prestazioni di “filiera” che garantiscano il più appropriato rapporto “bisogno-risposta”; aziende, la cui conformazione d’offerta sia precursore per del modello prospettato dalla rivisitazione del sistema sociosanitario lombardo, di cui alla legge 23 del 2015.

In ottica di regimi ad intensità crescenti e/o intermittenti, i servizi sociosanitari maggiormente interessati dagli obiettivi di sistema sono principalmente rappresentati da:

- l'Assistenza domiciliare integrata (ADI)
- i Centri Diurni Integrati (CDI)

- le Strutture di Riabilitazione vs cure intermedie¹⁶;
- le Residenze Sanitarie Assistenziali (Rsa) e le relative misure di residenzialità leggera, di domiciliarità e di assistenza diurna, a sostegno della famiglia e dei suoi componenti fragili (Rsa Aperta);
- Hospice e la rete delle Cure Palliative.

L'esigenza di un potenziamento e/o rimodulazione degli attuali servizi, nonché l'approntamento di altri innovativi, trova la sua ragione nella necessità di adeguare le risposte al rapido mutare dei bisogni delle persone fragili.

I servizi sociosanitari in grado di rispondere ai bisogni delle persone con patologie croniche ed in condizione di fragilità e non autosufficienza possono, altresì, essere riassumibili, in un'ottica di vision, in due macrocategorie:

- unità d'offerta codificate e “tradizionali”: ADI, Rsa, Riabilitazione e Cure Intermedie, Centri Diurni Integrati;
- nuove unità d'offerta/servizi in risposta a bisogni emergenti: residenzialità leggera/assistita, “Rsa aperta” e loro integrazione con i servizi sociali domiciliari (SAD).

Quanto alle unità d'offerta codificate e “tradizionali”, l'attuale rete strutturata sarà oggetto di una “manutenzione” costante per essere sempre più adeguata a quella fascia delle persone con cronicità che necessitano, accanto ad interventi sanitari, di prestazioni socioassistenziali e tutelari. È facilmente ipotizzabile il potenziamento delle attività di ADI, in relazione all'emergere di una domanda appropriata e al nuovo modello di valutazione del bisogno e standardizzazione dei profili assistenziali. Le Strutture di Riabilitazione ex DG Famiglia potranno essere oggetto di riconversione verso la rete delle cure intermedie; per una quota prestazioni di riabilitazione intensiva erogate questo potrà rappresentare un problema di sistema, legato al possibile disallineamento del rapporto locale tra domanda e offerta, mentre per una quota di prestazioni questo può rappresentare possibili opportunità di ri-orientamento in regimi più appropriati.

Quanto alle nuove unità di offerta, si evidenziano i servizi avviati con la Dgr 856/2013¹⁷ e destinati a sviluppi nei prossimi anni. Essi rappresentano “prototipi” di “Servizi Leggeri” e flessibili nella formula organizzativa a completamento / integrazione delle unità d'offerta già presenti. Si tratta, in particolare, di:

- residenzialità leggera/assistita, riservata a persone che presentano condizioni di fragilità e che necessitano di una soluzione abitativa con caratteristiche di protezione;
- Rsa aperta, che avvia un percorso di evoluzione degli interventi erogabili dalle Rsa in una logica di multiservizi, per una presa in carico integrata della persona al proprio domicilio. In questo

¹⁶ La rete delle Cure Intermedie rappresenta una nuova tipologia di unità d'offerta avviata nell'ambito del percorso di riordino della riabilitazione con la Dgr X/1185/2013, attraverso la trasformazione delle strutture residenziali di riabilitazione per adulti afferenti alla ex DG Famiglia e delle progettualità di assistenza post acuta realizzate ai sensi delle Dgr 3239/2012 e Dgr 499/2013. Le strutture di riabilitazione che potranno essere oggetto di trasformazione comprendono, nel territorio regionale, 36 unità d'offerta, con 2.901 posti letto, di cui 2.823 accreditati e a contratto. In questa tipologia vi sono i 65 posti letto della struttura di Riabilitazione di cui la Fondazione Carisma risulta titolare. A queste strutture, si aggiungono le unità d'offerta afferenti ai 32 progetti sperimentali di assistenza post acuta per un totale di ulteriori 512 posti.

¹⁷ Dgr 856 del 25 ottobre 2013 recante “interventi a sostegno della famiglia e dei suoi componenti fragili ai sensi della Dgr 116/2013: primo provvedimento attuativo”

modo viene ad essere spostato il “raggio d’azione” di questa unità d’offerta, ora non più limitato al solo livello residenziale, ma esteso e ampliato al territorio circostante ed a offerte alternative che vedono il domicilio il luogo principe degli interventi.

Riguardo le Rsa, il contesto regionale evidenzia l’opportunità di una revisione della distribuzione dei posti contrattualizzati tra le diverse ATS /ASST della Regione, avviata con la Dgr X/2989/2014. L’obiettivo è quello di giungere a una distribuzione dell’offerta sul territorio regionale che risponda ai bisogni della popolazione nelle varie articolazioni territoriali. Dall’elaborazione e analisi dei dati (tabella 1) emerge, infatti, che alcune ATS, tra le quali quella di Bergamo, ove l’offerta di posti contrattualizzati è inferiore al valore medio regionale, presentano la possibilità nel tempo di osservare un aumento dell’offerta contrattualizzata. Inoltre (tabella 2) si evidenzia come il fabbisogno di residenzialità programmato (7% della popolazione over 75) richieda maggiori investimenti in questo campo.

Tabella 1: Distribuzione per ATS, PL Rsa contrattualizzati, anno 2015 – Regione Lombardia

ATS	PL a contratto	PL 1.000 ab. /over 65	Media Lombardia	Δ
Montagna	3.035	41,45	1.989	-1.046
Insubria	8.743	28,39	8.366	- 377
Brianza	5.245	20,93	6.808	1.563
Bergamo	5.437	25,6	5.770	333
Brescia	6.105	26,63	6.228	123
Val Padana	6.938	41,43	4.549	-2.389
Pavia	5.292	39,78	3.614	-1.678

Fonte: elaborazione su dati Regione Lombardia e Istat (2021)

Tabella 2: Distribuzione per ATS, PL Rsa contrattualizzati e rapporto con indice 7% over 75, anno 2015 – Regione Lombardia

ATS	PL a contratto	PL indicatore 7%	Δ
Montagna	3.035	2.683	352
Insubria	8.743	11.286	-2.543
Brianza	5.245	9.184	-3.939
Bergamo	5.437	7.784	-2.347
Brescia	6.105	8.402	-2.297
Val Padana	6.938	6.137	801
Pavia	5.292	4.875	417

Fonte: elaborazione su dati Regione Lombardia e Istat (2021)

Nel territorio bergamasco, quale elemento di analisi del mercato concorrenziale di natura residenziale per la popolazione anziana, esistono 65 Rsa per un’offerta totale di 6107 posti letto, l’89% dei quali risulta accreditato e a contratto con il servizio sanitario regionale (tabella 3).

Le persone in lista di attesa per l’ingresso in Rsa nel periodo pre-covid risultano significative (450 solo nella Fondazione Carisma). Attualmente, nonostante l’anno terribilis, le liste di attesa sono ancora

molto significative e l’attività, dopo lo sblocco degli ingressi disposto dalla Dgr 3226/ 2020, è ripresa ai ritmi ordinari.

Tabella 3 – Posti letto delle Rsa: analisi in rapporto all’indice di programmazione 7% over 75anni.

	PL accreditati	PL a contratto	PL7% su over 75	Δ 7%
Regione Lombardia	61.473	57.834	81.152	-18072
Provincia Bergamo	6.107	5.437	7.905	-1691
Comune di Bergamo	958	888	1.149	-133
Distretto di Bergamo	1.615	1.508	2.129	-444
Distretto Est	2.479	2.118	2.701	-201
Distretto Ovest	2.013	1.811	3.076	-1047

Fonte: elaborazione su dati Regione Lombardia e Istat (2018)

3.1.2 Le variabili interne di contesto aziendale

3.1.2.1 Finalità statutarie e assetto di governance

La missione strategica aziendale, definita in funzione di quanto previsto dallo Statuto, è focalizzata nell’erogazione di servizi sociosanitari a favore delle persone anziane e/o disabili, con specifico riferimento ai soggetti in stato di non autosufficienza fisica e/o psichica, per garantire loro la migliore qualità di vita possibile. La Fondazione ha, altresì, lo scopo di fornire istruzione e formazione a tutti coloro che intendono sviluppare conoscenza e capacità in ambito geriatrico – riabilitativo.

Nella visione aziendale, l’erogazione dei sopraccitati servizi è orientata ad assicurare la dignità, migliorare la qualità della vita e mantenere l’autonomia delle persone che vivono in stato di disagio.

La Fondazione è di diritto privato e ha natura di organizzazione non lucrativa di utilità sociale. Una realtà che dal 1811 rappresenta un punto di riferimento per tutti gli abitanti di Bergamo e provincia e che all’inizio degli anni 2000 è stata in grado di risollevarsi da una profonda fase di crisi, attuando un serio piano di risanamento, e realizzare strutture completamente nuove e all’avanguardia, fiore all’occhiello per tutta la città.

L’assetto di governance può definirsi stabile. All’apice, se pur operativamente esterno, vi sono i Fondatori, quei soggetti che nel tempo e secondo le disposizioni statutarie, hanno acquisito il ruolo di Fondator: essi sono in prevalenza soggetti privati, società del mondo produttivo bergamasco, ma anche enti pubblici, quali il Comune e la Provincia di Bergamo. Compete a loro la nomina degli organi della Fondazione, rappresentati dal Consiglio di Amministrazione, dal Presidente, dal Collegio dei Revisori. Il Presidente è indicato dai soggetti privati così come la maggioranza dei consiglieri, a testimonianza dell’impronta manageriale che lo statuto vuole garantire alla gestione della Fondazione. Il Consiglio di Amministrazione nomina per la gestione della Fondazione il Direttore Generale, al quale spetta l’adozione di tutti gli atti finalizzati alla realizzazione delle attività aziendali stabilite dal Consiglio di Amministrazione. L’analisi dell’assetto di governance evidenzia una forte stabilità della stessa: il Presidente è in carica da 15 anni, come il direttore generale, quest’ultimo destinatario di ampie deleghe e agente in un clima di massima fiducia da parte del Cda e del Presidente.

3.1.2.2 L’assetto organizzativo e le risorse

3.1.2.2.1 La struttura organizzativa

L’attenzione alle persone fragili, ammalate e bisognose di cure, rappresenta l’anima della complessa organizzazione della Fondazione Carisma, la quale si prende cura degli anziani e delle loro famiglie che hanno bisogno di aiuto sociosanitario per fronteggiare le fragilità e mantenere una propria autonomia. Per questo motivo è attiva con servizi domiciliari, ambulatoriali, diurni e residenziali dei quali beneficiano, ogni anno, oltre 1.000 famiglie.

La configurazione organizzativa nella sua componente di produzione del servizio, quali possono essere le unità di offerta della Fondazione, può essere classificata come burocrazia professionale vista la presenza di un numero significativo di professionisti della salute, con alcuni settori, quelli tecnici e amministrativi, con tipici aspetti da burocrazia meccanica (Mintzberg 1981).

La struttura organizzativa vede all’apice la direzione generale, con una serie di funzioni in *staff* alla stessa e in *line* due direzioni: una alberghiera/ospitalità (*comfort*) e una sanitaria (*care/cure*).

La struttura organizzativa opera con l’obiettivo di perseguire le finalità statutarie e gli obiettivi assegnati nel rispetto dell’equilibrio economico. Quanto ai meccanismi di coordinamento sono presenti quelli relativi ai processi di lavoro, mentre quelli relativi agli output e quelli di tipo professionale riguardano i responsabili di struttura. Analizzando l’organizzazione, si evidenzia la *mission* delle strutture che la compongono.

Direzione Sanitaria: oltre a presidiare gli aspetti di igiene e a garantire il livello qualitativo delle attività sanitarie, gestisce e calibra gli accessi ai servizi della Fondazione. Stabilisce il flusso di utenti in entrata, considerandone la complessità e considerando la saturazione delle strutture interne di possibile collocazione. Promuove e supporta i responsabili di Riabilitazione, Rsa, CDI, ADI per l’adozione delle più opportune soluzioni organizzative riguardanti il personale sanitario. A sua volta il Sitra supporta la Direzione sanitaria per le attività, relativamente al comparto sanitario.

Unità di offerta: Riabilitazione, RSA, CDI, ADI: garantiscono direttamente il livello qualitativo delle attività sanitarie. Ottimizzano l’utilizzo delle risorse di propria competenza. Con il supporto della Direzione Sanitaria individuano e adottano le più opportune soluzioni organizzative.

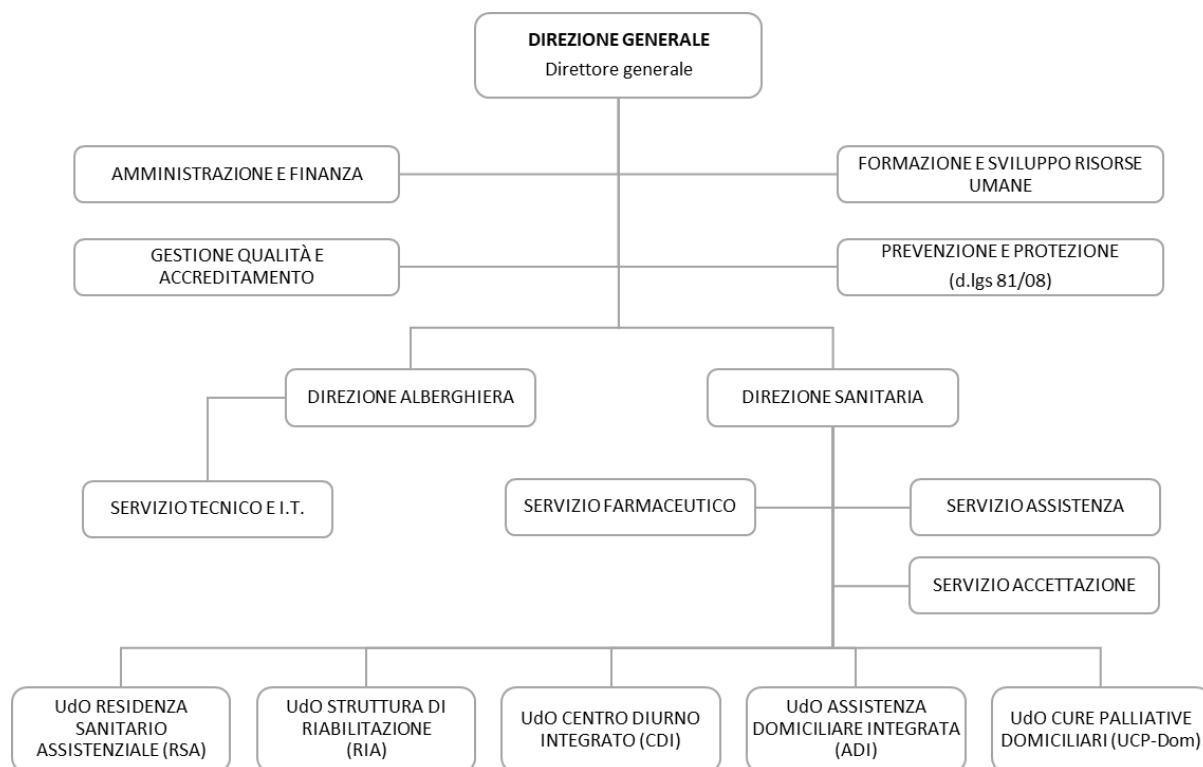
Direzione Alberghiera: garantisce direttamente il livello di qualità delle attività alberghiere e del confort. Ricerca le soluzioni organizzative, tecniche e tecnologiche più opportune per l’ottimizzazione dell’utilizzo delle risorse economiche.

Sia nel caso di servizi alberghieri esternalizzati, sia nel caso di servizi erogati da personale proprio, la Direzione alberghiera si avvale di un servizio di controllo interno. Tale servizio interagisce sia con l’URP (ad integrazione dei sistemi di feed back) sia con la funzione approvvigionamenti all’atto della stipula dei contratti di esternalizzazione dei servizi.

Le funzioni di struttura, in *staff* alla direzione generale, riaggregabili in una unica struttura denominabile Sistemi Direzionali e Amministrazione, sono quelle ritenute strategiche quali: contabilità, controllo di gestione, approvvigionamenti, flussi informativi, formazione e risorse umane, qualità e accreditamento, sicurezza ex d.lgs 81/08.

Nella figura che segue si rappresenta la struttura organizzativa della Fondazione.

Figura 18 - Organigramma



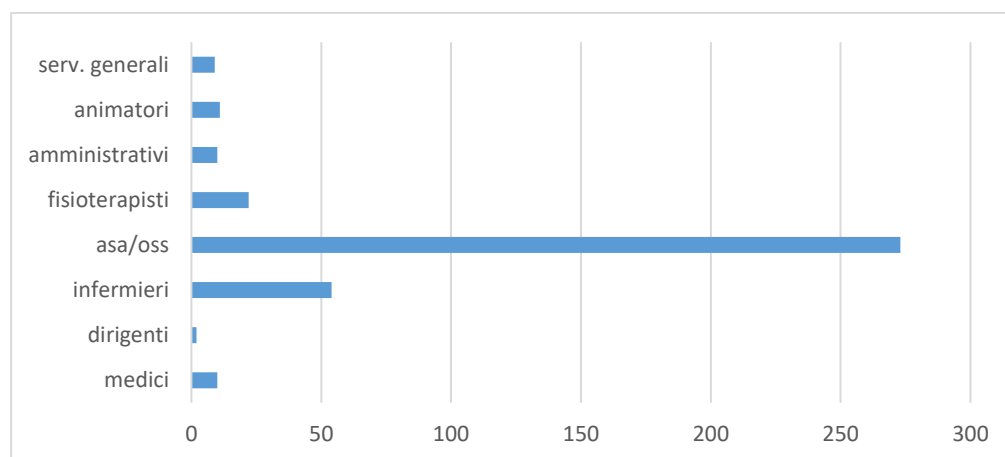
3.1.2.2.2 Le risorse

La Fondazione si avvale, per l'espletamento delle proprie attività istituzionali, di risorse umane, tecniche ed economiche, sinteticamente di seguito analizzate.

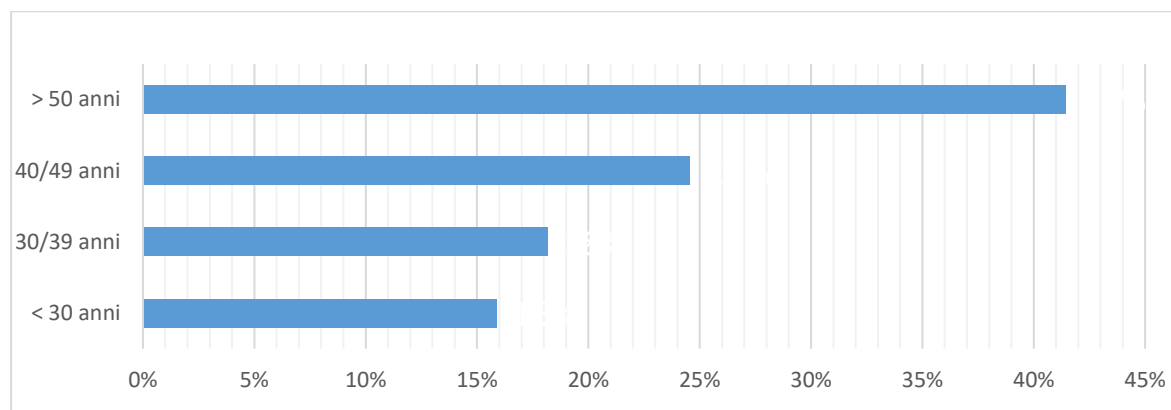
LE RISORSE UMANE

Nelle Fondazione operano mediamente 420 dipendenti per le attività *core*, oltre a mediamente 80 operatori addetti ai servizi alberghieri dipendenti del soggetto gestore

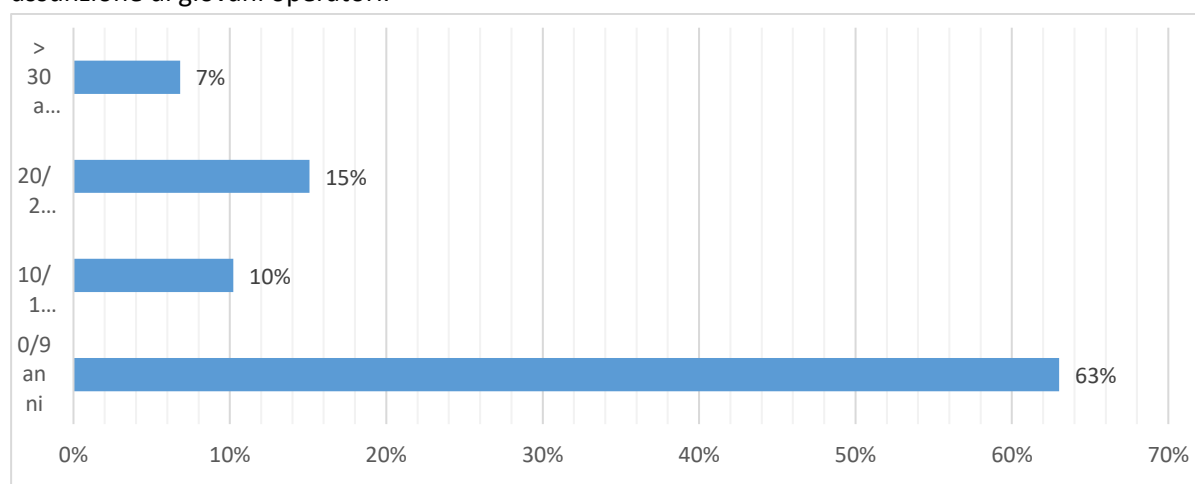
La composizione del personale dipendente per qualifica risulta la seguente:



Nell’attività assistenziale si rileva una costante prevalenza femminile che incide per l’85%. L’età media dei dipendenti risulta prevalentemente alta.



Anche l’anzianità di servizio risente del turnover dovuto al pensionamento, confermando il trend di assunzione di giovani operatori.



LE RISORSE TECNICHE

In considerazione delle caratteristiche dell’attività svolta dall’azienda, le risorse tecniche hanno un ridotto impatto nella valutazione delle variabili ad esse correlate. Ciò non toglie che anch’esse rappresentano una componente essenziale, oltre che per gli impatti sui processi di approvvigionamento, anche su quelli relativi ai processi di manutenzione/sostituzione.

Rappresentano risorse tecniche, gli impianti di qualsiasi natura, le attrezzature, gli arredi, gli ausili e presidi di assistenza.

LE RISORSE ECONOMICHE

Le risorse economiche, definite più propriamente *ricavi*, a fronte delle prestazioni rese, hanno una duplice provenienza: una componente riguarda i rimborsi regionali secondo tariffe predeterminate e budget assegnati annualmente, l’altra proviene dagli utenti che frequentano i servizi offerti dalla Fondazione sotto forma di compartecipazione alla spesa, normalmente definita *retta*.

Una terza componente, non direttamente correlata con le prestazioni rese, è legata a proventi tipici a favore del terzo settore, quali donazioni, lasciti e quant’altro possa rappresentare una fonte economica per il sostentamento aziendale.

Il settore di mercato dell’azienda può definirsi stabile: la domanda è superiore all’offerta e i contratti con il Ssr sono ancora protetti dal mercato regolato tramite l’istituto dell’accreditamento.

Le risorse economiche remunerano i fattori di produzione e consentono alla Fondazione di sostenere propri piani di sviluppo.

Di seguito una sintetica rappresentazione delle voci di CE degli ultimi due anni.

Conto economico semplificato Fondazione Carisma

RICAVI OPERATIVI	31/12/2019	31/12/2018	VARIAZIONE
Gestione caratteristica	23.015.787	22.101.547	914.240
Altri ricavi	1.049.472	1.625.859	(576.387)
TOTALE RICAVI OPERATIVI	24.065.259	23.727.406	337.853

COSTI OPERATIVI	31/12/2019	31/12/2018	VARIAZIONE
Beni per la gestione	937.085	948.582	(11.497)
Servizi residenziali	1.684.856	1.655.501	29.355
Servizi alberghieri	3.718.894	3.670.543	48.351
Altri servizi assistenziali	89.924	107.974	(18.050)
Personale	13.844.299	13.652.862	191.437
Amministrativi e generali	201.513	214.546	(13.033)
Oneri diversi di gestione	121.004	146.425	(25.421)
TOTALE COSTI OPERATIVI	20.597.575	20.396.433	201.142

RISULTATO D'ESERCIZIO	31/12/2019	31/12/2018	VARIAZIONE
Risultato operativo	3.467.684	3.330.973	136.711
Ammortamenti e leasing	(2.463.294)	(2.425.603)	(37.691)
Ricavi da raccolta fondi	482.598	555.887	(73.289)
Ricavi straordinari	21.801	499.578	(477.776)
Costi e accantonamenti non operativi	(536.301)	(420.038)	(116.263)
UTILE (PERDITA) D'ESERCIZIO	972.490	1.540.797	(568.308)

Fonte: elaborazione su dati Fondazione Carisma (2020)

3.1.3 Output dell’attività organizzativa: le unità di offerta

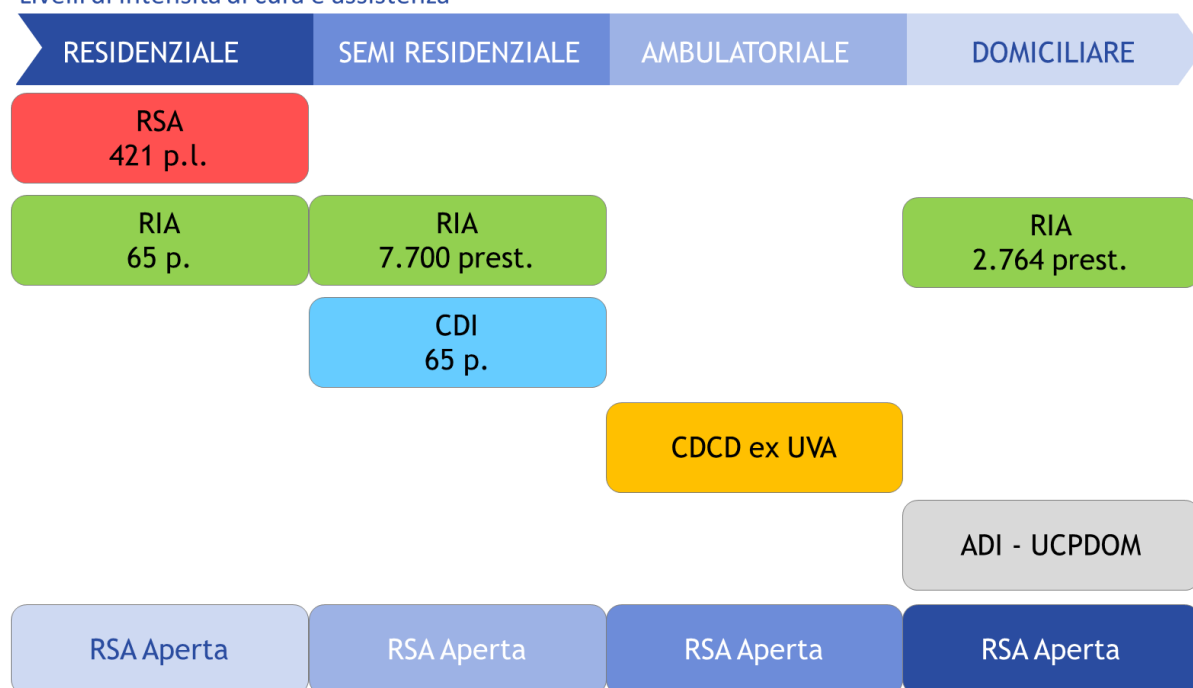
Sono state, altresì, analizzate, e qui rappresentate, le attività delle singole “Unità di offerta” aziendali, da intendersi quale output dell’attività organizzativa.

Dopo 5 anni dall’inaugurazione delle nuove strutture appare opportuno e percorribile volgere lo sguardo verso il consolidamento e lo sviluppo di un ruolo più ampio della Fondazione anche in relazione agli indici demografici ed epidemiologici, nonché alle prospettive delineate dalla L.R. 23/15 di riforma del sistema sociosanitario e delle prossime, certe, revisioni.

La Fondazione è già oggi modello rappresentativo degli obiettivi posti a base del sistema sociosanitario lombardo. L’offerta residenziale, semiresidenziale, ambulatoriale e domiciliare, accompagnata da un’attenzione all’accoglienza, quest’ultima intesa come modalità ordinaria di valutazione

multidimensionale, sono le basi per innestare sviluppi qualificanti previsti dagli obiettivi regionali. Il progetto *de quo* e le azioni ad esso conseguenti, ne sono una testimonianza.

Livelli di intensità di cura e assistenza



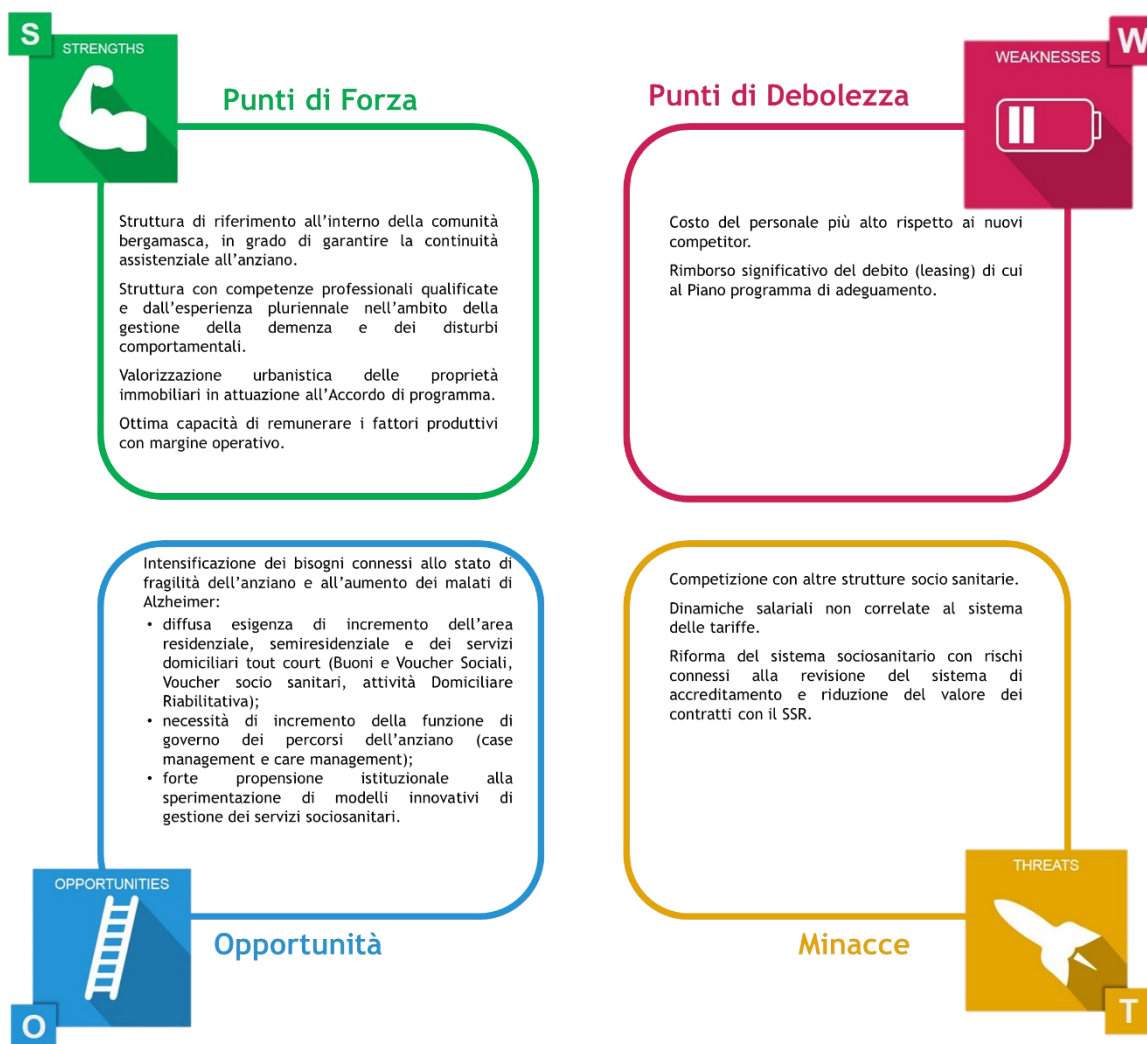
In un quadro di mutamenti osservabili e ipotizzabili come sin qui descritti, la Fondazione, quale azienda integrata di servizi alla persona anziana fragile, si pone quale principale promotore di azioni di potenziamento e /o rimodulazione del proprio ruolo e della propria offerta sociosanitaria, anche valutando l'introduzione di nuove modalità di intervento e di nuove unità d'offerta.

La Fondazione può, pertanto, candidarsi ad assumere una funzione – strategica ed operativa – di gestione dei percorsi di cura e assistenza, contribuendo a garantire – sempre più e meglio – valutazione multidimensionale, presa in carico, continuità assistenziale e integrazione per le famiglie caregiver. Tutto quello che oggi è richiesto dalla programmazione in materia di popolazione anziana fragile e vulnerabile.

L'offerta di servizi assicurata dalla Fondazione appare molto significativa per la città di Bergamo, per l'intero Ambito Territoriale 1 (comprendente i Comuni di Gorle, Torre Boldone, Ponteranica, Sorisole e Orio al Serio), nonché per tutta l'area della cd. Grande Bergamo.

3.2 Metodologia di analisi SWOT

Al fine di valutare le variabili in cui si innescano le potenziali azioni di sviluppo della Fondazione, come quelle qui rappresentate dal progetto in corso, con il seguente modello SWOT si vogliono evidenziare e valorizzare i punti di forza, contenere quelli di debolezza, in un quadro di opportunità e rischi provenienti dall'esterno.



4 DESTINATARI/BENEFICIARI DEL PROGETTO

Per comprendere appieno, in una visione sistemica, i potenziali destinatari del presente progetto, che a prima vista possono essere le persone affette da demenza, è utile riassumere quali sono gli stakeholders che di fatto rappresentano i destinatari principali dell'attività della Fondazione.

Essi, come un sistema naturale e complesso, possono essere così identificati:



Gli ospiti/utenti

Gli ospiti/utenti sono i destinatari primi a cui è rivolta la complessa attività aziendale: sono tutti coloro che usufruiscono dei servizi della Fondazione in regime residenziale, semiresidenziale ambulatoriale e domiciliare.

Il personale

Il personale rappresenta il fulcro dell'attività primaria della Fondazione. Esso costituisce l'identità stessa dell'Azienda e ricopre un ruolo chiave per il perseguimento della missione aziendale.

I volontari

Molti volontari e associazioni partecipano alla vita della Fondazione: il loro contributo è fondamentale per il miglioramento della permanenza degli ospiti nella struttura.

Le associazioni

Alcune associazioni di riferimento per il territorio bergamasco hanno stabilito la sede presso la Fondazione ampliando i riferimenti per le persone fragili e le loro famiglie.

Il comitato di partecipazione sociale

Gli interessi degli ospiti e dei volontari sono rappresentati dal comitato di partecipazione sociale che ricopre un ruolo consultivo.

I fornitori

Sono i soggetti che insieme alla Fondazione garantiscono i beni ed i servizi necessari per la gestione dell'attività aziendale.

I finanziatori e i benefattori

Sono coloro che, a vario titolo, sostengono con liberalità la realizzazione del fine istituzionale della Fondazione, contribuendo così al miglioramento della qualità della vita degli ospiti ricoverati e assistiti.

La pubblica amministrazione

La Fondazione, in quanto autorizzata e accreditata per l'erogazione di servizi socio-sanitari, riceve rimborsi per le prestazioni rese dalla Regione o da altri enti pubblici.

La Fondazione ha, inoltre, rapporti con la pubblica amministrazione in tema di imposizione diretta e indiretta.

L'ambiente

Portatore d'interesse naturale, l'ambiente costituisce per tutte le parti un interlocutore interessato da qualsiasi attività svolta.

Dopo questa generale disamina, i destinatari del progetto possono, pertanto, essere così individuati in ordine di priorità:

1. La popolazione anziana e i relativi familiari della città di Bergamo e Provincia: essi rappresentano certamente i beneficiari del progetto, ma sono il motus del progetto stesso. Essi rappresentano l'evento indice attivatore dell'idea progettuale, congiuntamente al significativo impulso proveniente dalla mission fatto proprio dalla governance;
2. Gli Enti e le Istituzioni pubbliche, quali la Ats territorialmente competente e il Comune di Bergamo. Ats quale agenzia regionale avente, in questo caso, presenta un duplice interesse:
 - a) quello correlato alla qualificazione e al potenziamento dell'offerta nell'area demenze garantita da un soggetto erogatore leader;
 - b) quello correlato alla disponibilità di posti letto, in struttura separata e autonoma, quale offerta potenziale in caso di emergenze epidemiche locali;
3. Il Comune di Bergamo principalmente, e altri comuni della cd. grande Bergamo, hanno particolare interesse in relazione al pesante impatto sociale che si accompagna alla malattia di Alzheimer e che incide sul contesto familiare
4. Il personale: alcuni dipendenti sono stati precursori dell'idea progettuale, insistendo sulla necessità di disporre di ambienti adeguati e terapeutici. Non vi è dubbio che disporre di una struttura qualificata e innovativa, nonché di una adeguata organizzazione, possa rappresentare un beneficio per tutti gli operatori coinvolti nei processi assistenziali.
5. Le associazioni e gli organismi di rappresentanza degli ospiti: l'associazione Alzheimer Bergamo, che ha sede presso la Fondazione, concretizza nel progetto alcune sue finalità istituzionali, ampliando i riferimenti per le persone fragili e le loro famiglie. L'organismo intermo di rappresentanza degli interessi degli ospiti, denominato Comitato di partecipazione sociale, concretizza anch'esso alcune sue finalità istituzionali.
6. I fornitori: in un certo senso sono beneficiari del progetto i fornitori dei servizi alberghieri, quali la ristorazione, le pulizie e la lavanderia, in quanto vedono migliorare il loro margine dovuto all'aumento dei ricavi legati all'incremento dell'attività. In questa categoria rientrano anche i costruttori, ovvero le imprese di costruzione, interessate alla fase realizzativa del progetto. Anche i finanziatori rientrano in questa categoria, in particolare istituti di credito, destinatari di richieste di finanziamento da parte della Fondazione.
7. La pubblica amministrazione: infine, in una visione sistemica, è giusto ricordare anche la componente della PA che beneficia di questo intervento: basti pensare ai contributi e al cd.

cuneo fiscale dovuto dalla Fondazione con l’incremento di risorse correlate al progetto, oltre agli oneri indotti dallo stesso in materia di imposizione diretta e indiretta.

5 DESCRIZIONE DEL PROGETTO, DELLE SUE FASI E TEMPISTICHE

L’analisi del contesto qui effettuata, rappresenta la fase preordinata, ma necessaria, alla ideazione e identificazione del progetto oggetto del presente lavoro. Essa ha consentito di assumere alla governance della Fondazione gli orientamenti che hanno portato alla identificazione, e successiva pianificazione, del progetto stesso.

In questo capitolo si procederà, pertanto, alla descrizione del progetto, rappresentando le diverse fasi di progettazione sia organizzativa, sia tecnica, dalla sua ideazione e identificazione, sino alle porte della realizzazione, coincidente con l’assegnazione dei lavori, ora prossima. Nel capitolo ad hoc, saranno poi rappresentati i costi, sia organizzativi, sia tecnico progettuali.

Nei capitoli precedenti il lettore avrà afferrato la natura del progetto. Gli elementi essenziali per comprenderlo sono stati evidenziati nell’introduzione, negli obiettivi strategici e specifici, nei destinatari.

Sarà, poi, dedicato un paragrafo agli aspetti meramente tecnici della costruenda residenza denominata “Casalzheimer”, trattandosi della realizzazione di una struttura sociosanitaria.

La progettazione dal punto di vista organizzativo, dopo una profonda analisi delle variabili ambientali e di contesto aziendale, può essere rappresentata attraverso le seguenti fasi:

1. Ideazione e identificazione del progetto;
2. Sviluppo e pianificazione/progettazione del progetto;
3. Realizzazione del progetto.

5.1 Ideazione e identificazione del progetto

Tutto ha inizio nel 2016, un anno dopo la realizzazione del cd. progetto “Nuovo Gleno” che ha visto impegnata la Fondazione, nel periodo 2006-2014, nella realizzazione e attivazione di nuove strutture, in sostituzione di quelle non più adeguate alle indicazioni normative della Dgr 7435/2001. Un progetto caratterizzato da un iter complesso, aggravato da un contestuale intervento di risanamento aziendale, strettamente connesso all’iter autorizzativo relativo alla modifica del Pgt del comune di Bergamo¹⁸.

¹⁸ Il Consiglio di Amministrazione della Fondazione, nel maggio 2005 ha valutato attentamente la necessità di adeguarsi ai requisiti strutturali previsti dalle normative regionali, decidendo di realizzare nuove strutture, quale occasione fondamentale per garantire all’intera comunità bergamasca quei servizi di alto livello necessari alla serenità ed alla dignità del nostro invecchiamento. Un progetto ambizioso, denominato “Nuovo Gleno”, finalizzato a garantirne nel medio-lungo periodo l’equilibrio economico, a suo tempo severamente compromesso. Il periodo 2006-2014 hanno visto, quindi, la Fondazione impegnata in sfide importanti sul terreno della progettualità, della promozione economica e dell’innovazione legata a nuovi modelli organizzativi ed assistenziali, principi cardine su cui fondare una programmazione integrata di interventi a favore dello sviluppo del sistema sociosanitario provinciale.

In sostanza si è previsto di abbandonare le vecchie residenze, non più adeguate alle indicazioni normative della Dgr 7435/2001 e di procedere con la realizzazione di 3 nuove residenze Rsa per un totale di 360 posti letto. Contestualmente si è proceduto alla valorizzazione urbanistica delle aree di proprietà della Fondazione, attraverso l’attivazione dello strumento urbanistico ai sensi dell’art. 34 del d.lgs. 267/2000 e delle leggi regionali

Nel 2014 la Fondazione trasferisce la sua attività nelle nuove residenze.

Stante la più che ampia conformità normativa delle stesse residenze, buona parte del personale operante presso i cd. nuclei specialistici Alzheimer, evidenzia la necessità di disporre di spazi ampi e adeguati al tipo di assistenza richiesta. Contestualmente, il rinnovamento strutturale aumenta l'indice di attrattività della Fondazione, trovandosi di fatto una domanda di ricoveri per demenza più che raddoppiata.

Questi 2 fattori possono essere definiti come *l'innescò* del progetto qui presentato.

Da una parte una spinta delle variabili interne (input), qui anche di natura individuale, dall'altra un forte stimolo proveniente da variabili ambientali esterne, rappresentate dalla domanda proveniente dal territorio. Tutto ciò, unito alle interazioni e interrelazioni con le variabili istituzionali di contesto interno all'organizzazione, ha determinato una influenza sul comportamento organizzativo, generando il progetto qui descritto.

Con deliberazione n. 20 del 21 dicembre 2016 il Consiglio di amministrazione della Fondazione, su proposta del Direttore generale, approva un documento di programmazione poliennale denominato *“Presa in carico e continuità assistenziale – Proposte per il piano di sviluppo 2017-2021”*. Con esso, tra l'altro, si conferisce ampio mandato al Presidente e al Direttore generale al fine di predisporre un progetto di massima per la realizzazione di ulteriori posti letto da dedicare alle persone affette da demenza.

Con questo provvedimento si chiude la fase della identificazione e si dà avvio, quindi, a quella dello sviluppo e pianificazione/progettazione.

5.2 Sviluppo e pianificazione/progettazione del progetto

Questa fase ha interessato il periodo 2017-2020.

Essa, per esigenze di esposizione, viene qui presentata nelle sue 3 componenti più significative:

- a) quella dei processi più propriamente interni all'organizzazione;
- b) quella dei processi più propriamente esterni all'organizzazione;
- c) quella della progettazione tecnica della struttura.

5.2.1 I processi interni all'organizzazione

In questa sezione si evidenziano i provvedimenti sequenzialmente assunti dalla direzione al fine di sostenere l'obiettivo a lui assegnato dal Consiglio di amministrazione, compresi quelli di ri-orientamento e taratura del progetto.

Sin dal gennaio 2017 la direzione attiva un gruppo multidisciplinare denominato *“Team di progetto aziendale”* composto da dipendenti e collaboratori che per esperienza e qualificazione possiedono le caratteristiche per delineare gli aspetti disciplinari per indirizzare la progettazione della struttura da

2/2003 e 11/2005. Il 28 giugno 2006 con Delibera n° E0058034, il Consiglio comunale di Bergamo approvava, quindi, l'avvio dell'“*Accordo di Programma finalizzato alla realizzazione di una nuova Rsa con annesso ldr ed alla contestuale riqualificazione urbanistica, territoriale ed ambientale delle aree ubicate in via Monte Gleno e in via Zanica di proprietà della Fondazione*”, che vede partecipanti, oltre che alla Fondazione, il Comune e la Provincia di Bergamo. L'iter autorizzativo si conclude a gennaio 2009 con la sottoscrizione dell'accordo *de quo*. La fase realizzativa si conclude a maggio del 2014.

realizzare. Il Team è composto da 9 operatori: un medico geriatra leader già responsabile delle attività aziendali rivolte alla demenza, uno neuropsicologo, due esperti di terapie non farmacologiche e ambienti che curano, il responsabile tecnico aziendale, il responsabile delle risorse umane, il responsabile dell'area alberghiera, due coordinatori dell'area infermieristica.

La direzione esplicita il mandato al gruppo multidisciplinare e nomina un coordinatore del progetto, identificandolo nella geriatra di riferimento aziendale per l'assistenza alle persone affette da demenza. Sono assegnati al gruppo due obiettivi: il primo temporalmente stringente, cioè quello di delineare le caratteristiche essenziali e ritenute indispensabili da considerare per orientare la progettazione tecnica preliminare affidata ad un team di professionisti architetti e ingegneri. Il secondo, meno stringente, è quello di accompagnare la progettazione tecnica nel suo evolversi, dal progetto preliminare, a quello definitivo, a quello esecutivo, sino alla fase finale della definizione e installazione dei particolari degli ambienti e degli arredi.

Per scelta esplicita non sono assegnati budget al team di progetto aziendale, preferendo in questa fase non condizionare le idee.

Contestualmente la direzione dà mandato **al Team di professionisti tecnici** che hanno realizzato l'intero compendio immobiliare di cui al succitato progetto “Nuovo Gleno”, sentiti gli indirizzi del “*Team di progetto aziendale*”, di predisporre una proposta preliminare, stimandone l'impatto economico.

Con deliberazione n. 2 del 06 aprile 2017 il Consiglio di amministrazione della Fondazione approva il concept progettuale della struttura, compreso il budget per la sua realizzazione stimato in 13 mln di euro oltre iva, conferendo al Direttore Generale ogni necessario potere al fine di procedere con i necessari studi urbanistici preliminari, propedeutici alla predisposizione dei successivi progetti relativi all'opera.

A seguito dell'iter modificativo dell'Adp, di cui successivamente se ne tracciano le principali tappe, con deliberazione n. 21 del 17 dicembre 2018, il Consiglio di amministrazione della Fondazione approva il *progetto preliminare* della struttura, compreso il budget per la sua realizzazione stimato in 13,5 mln di euro oltre iva. Contestualmente viene dato ampio mandato al direttore generale di attivare ogni necessario provvedimento finalizzato alla realizzazione della struttura, denominata “*Centro residenziale per la cura e l'assistenza alle persone affette da demenza*”.

Il direttore generale intensifica l'attività di coordinamento tra il *team di progetto aziendale* e il *team di professionisti* addetti alla progettazione tecnica, ottenendo l'elaborazione di un *progetto definitivo* della struttura e delle correlate opere di urbanizzazione e depositando ad agosto 2019 la richiesta per il rilascio del relativo permesso di costruire, concesso dagli organi competenti a dicembre del 2020.

Vista la finalità sociale del progetto e al fine di sostenere una adeguata campagna di sensibilizzazione finalizzata alla raccolta fondi per coprire parte dell'investimento richiesto, a dicembre 2019 la direzione ha predisposto uno specifico programma di fundraising, approvato dal Consiglio di amministrazione con deliberazione n. 21 del 4 ottobre 2019. In quest'ottica, nel dicembre 2019, lo stesso Consiglio, su proposta del presidente, con deliberazione n. 29 del 18 dicembre 2019, approva la costituzione di un “*Comitato d'Onore*” a sostegno del progetto di realizzazione della struttura. Oltre al Presidente, sono stati individuate, ed hanno dato la loro disponibilità, personalità illustri della comunità bergamasca.¹⁹

¹⁹ Il Comitato d'onore risulta composto dal Presidente della Fondazione Ing. Miro Radici, dal sindaco di Bergamo, arch. Giorgio Gori; dal vescovo di Bergamo, Mons. Francesco Beschi; dai Cavalieri del Lavoro: Emilio Zanetti,

5.2.2 I processi esterni all’organizzazione

Correlata e conseguente alla decisione della governance aziendale di realizzare l’opera, la direzione ha attivato quelli che qui vengono identificati come processi esterni alla organizzazione. Si tratta *in primis* di attivare tutte le procedure di natura urbanistica e di revisione dell’Accordo di programma in corso (Adp), sottoscritto nel gennaio 2009 tra la Fondazione il Comune e la Provincia di Bergamo finalizzato alla realizzazione di una nuova Rsa con annesso Idr ed alla contestuale riqualificazione urbanistica, territoriale ed ambientale delle aree di proprietà della Fondazione.

La revisione coinvolge 2 livelli istituzionali: quello tecnico-amministrativo rappresentato dalla segreteria tecnica dell’Adp e dal Collegio di Vigilanza dell’accordo stesso; quello politico-istituzionale rappresentato dalla giunta del comune di Bergamo e dai consigli comunale e provinciale di Bergamo, a cui competono l’approvazione delle modifiche in ambito di destinazione urbanistica.

Sul piano tecnico-amministrativo, in data 7 agosto 2017, con lettera del presidente della Fondazione indirizzata ai sottoscrittori dell’Adp, si segnala l’intenzione della Fondazione di realizzare un ulteriore intervento edilizio, non previsto dal vigente predetto strumento di pianificazione, al fine di integrare i servizi già offerti con un nuovo centro sociosanitario residenziale per persone affette da demenza.

Il Comune di Bergamo provvede a convocare il Collegio di Vigilanza in data 25 settembre 2017. In quell’occasione la direzione provvede ad illustrare la proposta di modifica dell’accordo, la ratio e gli obiettivi del progetto. Il Collegio di Vigilanza condividendone le finalità assegna mandato alla segreteria tecnica dell’Adp di approfondire i contenuti urbanistici correlati alla proposta della Fondazione, al fine di sostenere gli adempimenti necessari alla revisione dell’Adp stesso.

Contestualmente, la direzione provvede ad aggiornare il Consiglio di amministrazione della Fondazione sull’evolversi dei lavori della segreteria tecnica. Con deliberazioni n. 12 del 21 settembre 2017, n. 13 del 6 dicembre 2017, n. 3 del 29 marzo 2018 e n. 9 del 12 luglio 2018, il Consiglio approva le revisioni dell’Adp, conferma il direttore generale quale componente della relativa segreteria tecnica e autorizza il presidente, quale membro del Collegio di Vigilanza, a sottoscrivere eventuali modifiche dell’accordo stesso.

Il Collegio di Vigilanza in data 26 luglio 2018 approva i lavori della segreteria tecnica validando l’ipotesi di atto integrativo dell’Adp che risulta composta da: a) relazione dettagliata della direzione della Fondazione relativa all’attuazione della fase 1 dell’Adp; b) progetto unitario di coordinamento della Fase 2 dell’Adp; c) cronoprogramma; d) piano finanziario.

Sul piano politico-istituzionale, in data 30 luglio 2018 il presidente della provincia di Bergamo e in data 8 ottobre 2018 il Consiglio comunale di Bergamo all’unanimità, hanno approvato l’ipotesi di modifica dell’Adp proposta dalla Fondazione e finalizzata alla realizzazione di un “*Centro residenziale per la cura e l’assistenza alle persone affette da demenza*”.

Successivamente il Sindaco di Bergamo, con decreto n. 36 del 23 ottobre 2018, approva l’ipotesi *de qua* e ne dispone la pubblicazione, avvenuta sul Burl – Serie avvisi e concorsi – del 7 novembre 2018.

5.2.3 Emergenza Covid-19 e ri-orientamento progettuale

Le pandemie si verificano ad intervalli di tempo imprevedibili, e, negli ultimi 100 anni, si sono verificate nel 1918 (Spagnola, virus A, sottotipo H1N1), nel 1957 (Asiatica, virus A, sottotipo H2N2) e nel 1968 (Hong Kong, virus A, sottotipo H3N2). La più severa, nel 1918, ha provocato almeno 20 milioni di morti. L'incertezza su modalità e tempi di diffusione determina la necessità di preparare in anticipo le strategie di risposta alla eventuale pandemia, tenendo conto che tale preparazione deve considerare tempi e modi della risposta.

Il principio ispiratore del Piano pandemico è l'assunto che emergenze globali richiedono risposte coordinate e globali, dove il momento di pianificazione deve essere condiviso dai responsabili delle decisioni ed il momento dell'azione deve essere conosciuto prima del verificarsi dell'evento, in modo che ognuno sia in grado di “giocare” il suo ruolo e le sue responsabilità.

L'epidemia da Covid-19 ha messo l'Italia in ginocchio, ponendola di fronte ad una serie di sfide sanitarie, sociali, etiche ed economiche inedite. L'Italia ha registrato un numero di morti più contenuto rispetto a Stati Uniti e Regno Unito, ma è anche uno dei Paesi dell'Unione europea che si è trovato meno preparato ad affrontare la pandemia. La regione Lombardia, invero, e in particolare la provincia di Bergamo, da subito e per prime, hanno pagato il prezzo più alto: l'elevata incidenza di contagi e di mortalità, concentrata nei primi 60 giorni dell'esperienza epidemica, ha stressato il sistema sanitario come mai era successo prima, evidenziando una insufficiente dotazione di posti di terapia intensiva adeguatamente attrezzati per la ventilazione e una rete territoriale, tra l'altro, carente di strutture, a monte identificate, in grado di decongestionare il sovraccarico generatosi all'interno del sistema ospedaliero.

Gli obiettivi indicati dall'Organizzazione mondiale della sanità (OMS) e dal Piano Pandemico Nazionale (PPN) del 2006 in caso di epidemia diffusa, pare fossero disattesi.

Ciò che è successo, in particolare nella provincia di Bergamo, ha mostrato la necessità, di fronte alla diffusione di nuove infezioni, di un potenziamento generale dell'assistenza territoriale e la contestuale esigenza di disporre di strutture decentrate, e tecnicamente adeguate, in grado di contenere gli effetti sanitari di un'epidemia diffusa.

L'evento pandemico può essere considerato quale influente evento in grado di sovvertire l'equilibrio dell'ambiente ed apportare un sussulto alle relative variabili, mai vissuto dall'intero sistema organizzativo.

Già nel mese di aprile 2020, causa l'evento pandemico in corso, la direzione valuta un possibile ri-orientamento progettuale finalizzato a adeguare la costruenda residenza anche alle esigenze derivanti dalla necessità di disporre di strutture adeguate in caso di evento epidemico.

Il Consiglio di amministrazione, con deliberazione n. 8 del 23 settembre 2020, ne approva gli orientamenti.

Ne segue una revisione progettuale che esita con l'approvazione, con deliberazione n. 3 del 25 febbraio 2021 del *progetto esecutivo* riguardante la realizzazione del “*Centro residenziale per la cura e l'assistenza delle persone affette da demenza*”. Contestualmente si procede con l'analisi e l'approvazione del piano economico dell'opera, pari a 18 mln di euro oltre Iva e del piano di sostenibilità finanziaria che prevede il ricorso al finanziamento per circa 10 mln di euro.

5.2.4 La progettazione tecnica della struttura

In questo paragrafo sarà rappresentato l’aspetto più meramente tecnico, trattandosi della realizzazione di una struttura sociosanitaria.

La struttura denominata “CASAlzheimer” è stata realizzata ex DDgr 7435/2001²⁰ e 1046/2018²¹ per rispondere al meglio alle esigenze dei pazienti affetti da demenza nei diversi stadi.

Essa si svilupperà su tre piani fuori terra caratterizzati da intensità di cura diversificate e su un piano interrato destinato ai vari servizi e impianti.

I due piani superiori ospiteranno i Nuclei specialistici Alzheimer, servizio storico di Fondazione Carisma dedicato all’accoglienza delle persone in condizioni moderate e severe, divenuto in 30 anni di attività un’eccellenza riconosciuta in tutto il territorio e attualmente ospitato nella struttura esistente.

Il piano terra, con giardino esterno e interno, ospiterà il nucleo dedicato all’accoglienza e alla cura delle persone affette da demenza lieve. Il Villaggio Alzheimer.

Complessivamente il nuovo edificio permetterà di accogliere 98 ospiti in camera singola.

Una struttura concepita anche per prevenire e curare anche il diffondersi di infezioni trasmissibili. La filosofia e la metodologia adottata è quella della prevenzione delle cosiddette infezioni correlate all’assistenza (ICA), attraverso soluzioni tecnico-architettoniche che prevedono, appunto, camere singole con bagno dedicato, anticamera per vestizione/svestizione, ventilazione meccanica con ricambio d’aria primaria e impianto a muro di ossigenoterapia e aspirazione, oltre ad appropriati percorsi separati per le persone con malattia infettiva, per il personale in entrata ed in uscita e idonei percorsi “sporco-pulito”.

Sul versante demenza, l’obiettivo è creare “*Ambienti che curano*”.

Tutti gli spazi CASAlzheimer sono stati progettati appositamente per promuovere e migliorare la salute e il benessere delle persone affette da demenze, nella consapevolezza che un ambiente adatto può migliorare la qualità di vita del malato riducendo anche la possibile comparsa di disturbi psicologici e/o comportamentali dovuti agli stimoli ambientali.

Innanzitutto, le camere da letto si affacceranno su un largo corridoio disegnato per fungere da “cammino infinito” interno per gli ospiti con wandering - il vagabondaggio abbastanza comune tra i malati di Alzheimer - un percorso continuo che “scorre” tra camere e soggiorni con arredi scelti fra i più adatti a risvegliare le sensorialità degli ospiti, restituire benessere psicofisico e alleviare i disturbi del comportamento.

Dall’altra parte del corridoio, gli ospiti troveranno una serie di luminose stanze, caratterizzate da funzioni e arredi differenti, con ampio utilizzo di sistemi di stimolazione multisensoriale e moderne tecnologie domotiche.

Ogni stanza ha una caratterizzazione unica: si prevedono cinema d’epoca, giardini invernali interni, sale di culto, treni virtuali, stanze snoezelen con letto multisensoriale, palestre polivalenti, nursery per doll therapy, soft room, soggiorni in stile di periodi diversi, cucine assistite e altri. Lo scopo è duplice:

- creare punti attrattivi capaci di suscitare l’interesse della persona con deficit cognitivi, fornendo una stimolazione multisensoriale e cognitiva adeguata alle risorse residue della persona, al fine di contrastare l’apatia.

²⁰ Dgr 7435 del 14 dicembre 2001 recante “Requisiti per l’autorizzazione al funzionamento e per l’accreditamento delle residenze sanitarie assistenziali per anziani (Rsa).

²¹ Rif nota 1

- creare ambienti saturanti a livello sensoriale, ovvero capaci di rilassare la mente della persona affetta da disturbi comportamentali e affettivi, diminuendo la loro intensità e restituendo benessere psichico alla persona.

Queste stanze potranno essere utilizzate in compresenza del personale per attività educative o assistenziali; tuttavia, la maggior parte di questi luoghi sono progettati con attenzione alla massima sicurezza con l’obiettivo di renderli sempre aperti e fruibili h24 dagli ospiti con deficit cognitivo, anche in completa autonomia e persino la notte, per chi soffra di disturbi del sonno.

Particolare attenzione è stata posta alla progettazione degli spazi verdi secondo i principi dell’*Healing Garden*, ovvero giardini realizzati appositamente per favorire il benessere psicofisico degli ospiti.

In particolare, gli ospiti dei Nuclei Specialistici Alzheimer potranno godere del verde grazie ai giardini invernali interni, attraverso i quali potranno poi accedere alle terrazze esterne allestite con ambientazioni diverse (campagna provenzale, ambientazione urbana ecc.).

Gli ospiti del Villaggio Alzheimer potranno godere sia dei giardini invernali interni, sia di un ampio giardino-chiostro protetto, circondato dalla struttura, dove potranno muoversi con grande agio e sperimentare un senso di libertà difficilmente apprezzabile in un ambiente ristretto. Un ulteriore percorso circolare immerso nel verde, ricco di stimolazioni visive, tattili e olfattive.

Proprio sul giardino si affacceranno poi altri locali, quali il bar d’epoca, il negozio di vestiario/oggettistica e altri luoghi del vivere quotidiano della comunità, soprattutto anziana. Non sono spazi finti, ma realmente funzionali, gestiti da operatori qualificati pronti a interagire con gli ospiti, ispirati nella realizzazione a edifici simili contestualizzati nel territorio bergamasco, garantendo, quindi, il rispetto delle radici culturali e delle abitudini peculiari dell’ambiente di provenienza.

Gli ospiti del villaggio avranno infine la possibilità di accedere accompagnati, tramite comodo percorso dedicato, a tutti gli spazi e i servizi comuni già esistenti nel complesso della Fondazione, quali l’ampio parco verde dotato di gazebo e orto, la piazza con il percorso di stimolazione fisioterapia, la hall con il bar e il ristorante aperti, la chiesa, il laboratorio artistico, il teatro, la sala ricreativa delle foglie e i percorsi di cammino coperto.

Figura 1 – Render CASAzheimer



Segue una tabella nella quale si evidenziano alcuni indicatori.

Tabella 1: Standard strutturali

Requisiti	Accreditamento Dgr n. 7435/01	CASAlzheimer
Capacità ricettiva max	120 posti letto	98 posti letto
Camere a 1 posto letto	6	88
Camere a 2 posti letto	57	5
Camere a 1 posto letto	12 mq.	16 mq.
Camere a 2 posti letto	18 mq.	23 mq.
Soggiorno	1,5 mq./ospite	5,7 mq./ospite
Pranzo	1,5 mq./ospite	6,6 mq./ospite
Aree polivalenti	2,4 mq./ospite	13,1 mq./ospite
Servizi sanitari	0,8 mq./ospite	1,5 mq./ospite
Superficie dedicata all'assistenza	4.900 mq.	8.000 mq.
Superficie per ospite	41 mq.	81 mq.
Superficie complessiva	6.500 mq.	11.000 mq.

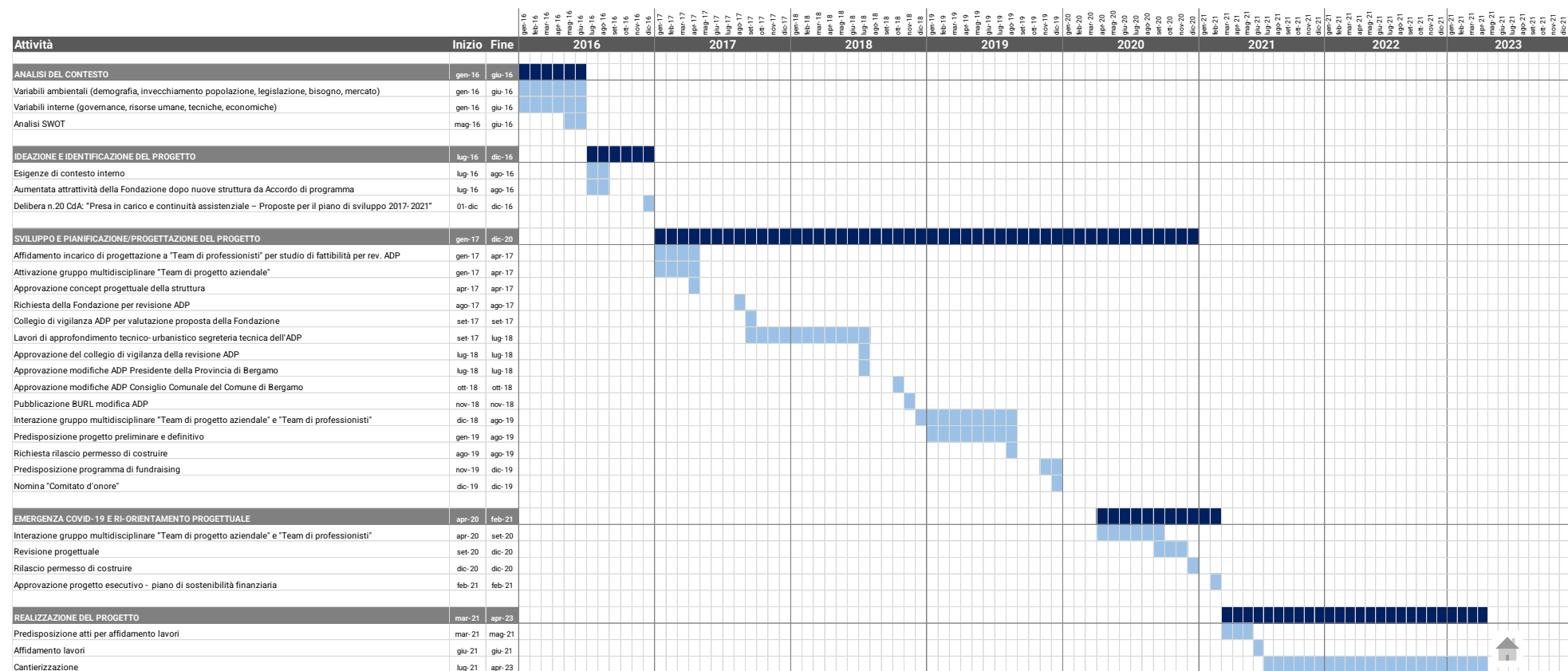
Fonte: elaborazione dati Fondazione Carisma (2021)

5.3 Realizzazione dell’opera

A seguito dell’approvazione del *progetto esecutivo* riguardante la realizzazione del “*Centro residenziale per la cura e l’assistenza delle persone affette da demenza*” avvenuta con deliberazione n. 3 del 25 febbraio 2021, il Direttore generale ha provveduto alla definizione dei criteri per l’aggiudicazione dei lavori. Attualmente il procedimento risulta in corso e l’assegnazione è prevista per la metà di giugno 2021. L’inizio dei lavori è previsto per il mese di luglio 2021 ed è stabilita una durata di 20 mesi.

Potenziamento “silente” della rete assistenziale in emergenza epidemica in provincia di Bergamo
 “La Casalzheimer” della Fondazione Carisma

Figura 2 – Gaant progetto, anni 2016-2023



Fonte: elaborazione dati Fondazione Carisma (2021)

6 COSTI DI PROGETTAZIONE E DI REALIZZAZIONE

Di seguito si riassumono i costi attribuibili al progetto.

Per una corretta rappresentazione si distinguono in:

- costi di progettazione,
- costi di realizzazione dell'opera,
- oneri finanziari.

Il presente capitolo si conclude con una rappresentazione del bilancio economico riferito alla gestione caratteristica della struttura.

6.1 Costi di progettazione

Rappresentano i costi sostenuti dalla Fondazione relativi a tutte le attività messe in atto nella fase preliminare della realizzazione. Sono principalmente i costi di analisi e di progettazione, i costi di progettazione del piano di fundraising, i costi di funzionamento del team di progetto aziendale.

Tabella 1: Costi di progettazione

Categorie di costo	Importo
Analisi	30.000
Progettazione	300.000
Fundraising	50.000
Team di progetto aziendale	20.000
Costi di progettazione	400.000
Iva (escluso team interno)	77.000
Importo totale	477.000

Fonte: elaborazione dati Fondazione Carisma (2021)

6.2 Costi di realizzazione dell'opera

Rappresentano i costi da sostenere per la realizzazione della struttura.

Tabella 2: Costi di realizzazione dell'opera

Categorie d'opera	Importo
Opere edili ed affini	9.950.000
Impianti meccanici	2.640.000
Impianti elettrici e speciali	2.155.000
Opere di urbanizzazione	450.000
Direzione lavori e collaudi	400.000
Oneri sicurezza	310.000
Arredi e opere esterne	2.000.000
Costi di realizzazione	17.905.000
Iva	1.790.500
Importo totale	19.695.500

Fonte: elaborazione dati Fondazione Carisma (2021)

6.3 Oneri finanziari

Rappresentano i costi da sostenere per eventuali finanziamenti da istituti di credito. È previsto un affidamento bancario di 10 milioni di euro da rimborsare in un periodo non inferiore a 20 anni e per un impatto annuo stimato in 200 mila euro.

Considerando che tali costi incidono sui costi annuali della gestione (tabella 3), si è preferito evidenziarli tenendoli distinti dai costi di implementazione e di realizzazione.

6.4 Gestione economica

Rappresenta i ricavi e i costi specificati nell'ambito del conto economico e il relativo risultato operativo della gestione caratteristica.

I ricavi sono caratterizzati dalle rette di ricovero a carico degli utenti e dai relativi contributi regionali previsti per i nuclei Alzheimer accreditati.

Per quanto riguarda i costi, la voce “Consumi beni e servizi sanitari” comprende i farmaci e i gas medicali, i presidi sanitari per incontinenza e altri beni sanitari, le prestazioni specialistiche e gli ausili. L’“Attività alberghiera” comprende i costi di ristorazione, lavanderia e pulizia.

L’“Attività di supporto” rappresenta i costi del personale tecnico e amministrativo, i costi degli organi istituzionali, le assicurazioni, i beni non sanitari e le piccole attrezzature (es. cancelleria, lenzuola, divise, ecc.), le consulenze, i costi della sicurezza e della formazione, le imposte dell'esercizio, gli oneri diversi di gestione e gli oneri straordinari.

Tabella 3: Gestione economica

	Importo
Ricavi	
Rette per ricoveri	2.719.000,00
Contributi regionali	1.907.000,00
Totale ricavi	4.626.000,00
Costi	
Personale addetto all'assistenza	2.417.000,00
Consumi beni e servizi sanitari	121.000,00
Attività alberghiera	677.000,00
Utenze	202.000,00
Manutenzione	88.000,00
Ammortamenti	405.000,00
Attività di supporto	406.000,00
Oneri finanziari	200.000,00
Totale costi	4.514.000,00
Risultato netto	112.000,00

Fonte: elaborazione dati Fondazione Carisma (2021)

7 RISULTATI ATTESI

Il risultato atteso è rappresentato, in estrema sintesi, dalla messa in funzione della struttura con indicatori che sono strettamente connessi alla riduzione delle liste di attesa per effetto dell’aumento dell’offerta residenziale, al miglioramento della qualità di vita attraverso la riduzione del consumo di farmaci, dei mezzi di contenzione, dello stress, dei comportamenti aggressivi e/o dell’apatia, per effetto degli spazi progettati appositamente a tali scopi.

Inoltre, sul versante “silente” gli indicatori e il correlato iter amministrativo per l’identificazione delle modalità di attivazione della struttura in caso di emergenza pandemica, rappresentano la realizzazione di alcuni obiettivi/azioni posti dall’OMS e acquisiti dal Piano Pandemico Nazionale (cfr PPN Fase 3 - Definire il piano per l’attivazione di posti letto aggiuntivi).

Non di poco conto, sono ulteriori indicatori di sistema, strettamente correlati all’offerta di posti letto, e alla **potenziale rimodulazione degli spazi disponibili conseguenti alla realizzazione del progetto**, i quali, unitamente alla configurazione dei servizi della Fondazione, ben si prestano alla soddisfazione degli obiettivi del recente **Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR)**, in particolare quelli relativi alla Missione 6 Salute – “M6C1: reti di prossimità, strutture e telemedicina per l’assistenza sanitaria territoriale”, ovvero la implementazione di:

1. Casa della comunità a valenza geriatrica (PUA, VMD, COT)
2. Degenze di comunità - Ospedale di comunità, ex Dgr 2019/2019

L’emergenza pandemica ha evidenziato, infatti, la necessità di rafforzare la capacità del SSN di fornire servizi adeguati sul territorio, luoghi unici per il governo dei percorsi, la presa in carico, la continuità assistenziale, soprattutto delle persone in condizione di fragilità e vulnerabilità, spesso affette da condizioni mono/polipatologiche complesse.

8 CONCLUSIONI

Gli spunti e le azioni proposte nel presente documento possono rappresentare un quadro di riferimento per il consolidamento, la qualificazione e lo sviluppo del ruolo istituzionale della Fondazione.

Si è certi che l'operazione oggetto del presente lavoro rappresenta elemento di qualificazione della mission della Fondazione che, ricordiamo, è quella di mettere a disposizione della persona anziana istituzionalizzata e non, una serie diversificata di servizi capaci di dare risposte articolate ai vari bisogni che la variegata popolazione anziana pone, in un dialogo continuo con le istituzioni pubbliche e con il territorio di riferimento.

Il Consiglio di Amministrazione e la Direzione della Fondazione hanno caratterizzato il proprio operato con sfide importanti sul terreno della progettualità, della promozione economica e dell'innovazione legata a nuovi modelli organizzativi ed assistenziali, principi cardine su cui fondare una programmazione integrata di interventi a favore dello sviluppo del sistema sociosanitario provinciale.

Sentirsi sfiorare dalla delicata dedizione con cui tutti gli operatori si prendono cura degli ospiti e dei loro cari, ci ricorda che il vero senso della vita è dato dalle emozioni.

Tra queste persone vi sono quelle affette da demenza, sindrome definita anche epidemia silente del terzo millennio, in considerazione degli sconcertanti dati epidemiologici. A Bergamo e provincia si stimano circa 9.000 malati, ma il dato è sicuramente in difetto, tanto che nei prossimi vent'anni è previsto il raddoppio dei casi.

La percezione del mondo da parte di queste persone cambia: cambiano il visus e il motus. La difesa della motricità e la strutturazione di un ambiente che la promuova sono obiettivi possibili ed acquistano valenza etica rilevante.

Le armi farmacologiche che la medicina ha a disposizione per la cura di questa malattia sono, infatti, alquanto smusse e la ricerca non promette soluzioni a breve termine.

La demenza, oltre a sintomi cognitivi, quali perdita di memoria e orientamento e turbe del linguaggio, porta con sé anche disturbi neuropsichiatrici: irrequietezza, aggressività, insonnia, vagabondaggio, affaccendamento, ideazioni deliranti, allucinazioni, scoppi d'ira, sono solo alcuni di tali disturbi. Tutti questi sintomi risentono positivamente ed in modo considerevole, di una buona gestione e la buona gestione non può prescindere dalla progettazione di un adeguato ambiente di vita.

È per questa ragione che la Fondazione Carisma ha deciso di realizzare una struttura dedicata a loro. Una struttura che consenta di dare loro lo spazio per azioni ed emozioni che sopravvivono alla perdita di memoria.

Luoghi belli e accessibili, studiati e disponibili ad accettare individui complessi, ma estremamente ricchi di energia.

9 RIFERIMENTI NORMATIVI

Dgr n. VII/7435 del 14 dicembre 2001

Requisiti per l'autorizzazione al funzionamento e per l'accreditamento delle residenze sanitarie assistenziali per anziani (Rsa)

Piano nazionale di preparazione e risposta ad una pandemia influenzale 2006

Dgr n. IX/3239 del 4 aprile 2012

Linee guida per l'attivazione di sperimentazioni nell'ambito delle politiche di welfare

Dgr n. X/499 del 27 luglio 2013

Determinazioni in ordine alle sperimentazioni realizzate ai sensi della Dgr 4 aprile 2012, n. 3239 "Linee guida per l'attivazione di sperimentazioni nell'ambito delle politiche di welfare": indicazioni a conclusione del periodo sperimentale.

Dgr n. X/856 del 25 ottobre 2013

Interventi a sostegno della famiglia e dei suoi componenti fragili ai sensi della Dgr 116/2013: primo provvedimento attuativo

Dgr X/1185 del 20 dicembre 2013

Determinazioni in ordine alla gestione del servizio sociosanitario regionale per l'esercizio 2014 - (di concerto con l'assessore Cantù)

Dgr n. X/2989 del 23 dicembre 2014

Determinazioni in ordine alla gestione del servizio sociosanitario regionale per l'esercizio 2015 - (di concerto con gli assessori Cantù e Melazzini)

Legge n. 23 del 11 agosto 2015 di Regione Lombardia

Evoluzione del sistema sociosanitario lombardo: modifiche al Titolo I e al Titolo II della legge regionale 30 dicembre 2009, n. 33 (Testo unico delle leggi regionali in materia di sanità).

Dgr n. X/7600 del 20 dicembre 2017

Determinazioni in ordine alla gestione del servizio sociosanitario per l'esercizio 2018 (di concerto con gli assessori Garavaglia e Brianza)

Dgr n. XI/1046 del 17 dicembre 2018

Determinazioni in ordine alla gestione del servizio sociosanitario per l'esercizio 2019 - (di concerto con gli assessori Caparini, Piani e Bolognini)

Dgr n. XI/ 3226 del 9 giugno 2020

Atto di indirizzo in ambito sociosanitario successivo alla “fase 1” dell'emergenza epidemiologica da Covid-19

Dgr n. XI/3524 del 5 agosto 2020

Aggiornamento agli atti di indirizzo ex Dgr n. 3226 del 9 giugno 2020

Dgr n. XI/3913 del 25 novembre 2020

Aggiornamento agli atti di indirizzo ex DDgr n. 3226 del 9 giugno 2020 e n. 3524 del 5 agosto 2020 - ulteriori indicazioni per la gestione dei pazienti Covid-19 nella rete territoriale

Dgr n. XI /5068 del 22 luglio 2021

Proposta di progetto di legge recante: "Modifiche al titolo I e al titolo VII della legge regionale 30 dicembre 2009, n.33 (testo unico delle leggi regionali in materia di sanità)" e relativi allegati

Dgr n. XI/4927 del 21 giugno 2021

Istituzione della rete infettivologica di Regione Lombardia e definizione del modello organizzativo

Dgr n. XI/5181 del 6 settembre 2021

Aggiornamento degli atti di indirizzo per le strutture ospedaliere e le unità d’offerta della rete territoriale in relazione alla emergenza pandemica da COVID-19 e ulteriori determinazioni

Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR) del 30 aprile 2021

Legge n. 101 del 6 luglio 2021

Conversione in legge, con modificazioni, del decreto-legge 6 maggio 2021, n. 59, recante misure urgenti relative al Fondo complementare al Piano nazionale di ripresa e resilienza e altre misure urgenti per gli investimenti (21G00111).

10 BIBLIOGRAFIA

- Bachero A. (2000), *Programmare i servizi sociali e sociosanitari*, Bologna, Ed. Il Mulino
- Caccia C., Longo F. (1994), *L'applicazione di modelli organizzativi 'evoluti' al sistema socio-sanitario pubblico*, Mecosan, n.1/1994
- Cooper, W., H. Leavitt, et al. (1964). *New perspectives in organization research*, New York, Wiley & Sons
- Fondazione CENSIS (2005), *tratto dalla ricerca "Analisi comparativa dei principali servizi per gli anziani non autosufficienti"* - Atti del Convegno, Roma
- Galbraith, J. R. (1973). *Designing complex organizations*, Addison-Wesley publ. co.
- Galbraith, J. R. (1977). *Organization Design*. Menlo Park, Calif. London Addison-Wesley Publ. Co.
- Galbraith, J. R., D. Downey, et al. (2002). *Designing dynamic organizations: a hands-on guide for leaders at all levels*, New York, AMACOM
- Hammer, M. and J. Champy (1994). *Ripensare l'azienda*, Milano, Sperling and Kupfer Editori
- Johansson, H. J., P. McHugh, et al. (1994). *Bpr riprogettazione dei processi aziendali - Presentazione di Giangiacomo Casonat, Introduzione di Giorgio Merli*, Milano, Il Sole 24 Ore Libri
- Longo F. (2005), *Governance nei network di pubblico interesse - Logiche e strumenti operativi aziendali*, Milano, Egea ed.;
- Masini, C. (1960). *L'organizzazione del lavoro nell'impresa*, Milano, A. Giuffrè-editore
- Mintzberg H. (1996), *La progettazione dell'organizzazione aziendale*, Bologna, Il Mulino
- R. Antony (1998), *Sistemi di pianificazione e controllo*, Milano, Etas libri
- Ranci C. (a cura di) (2001), *L'assistenza agli anziani in Italia e in Europa. Verso la costruzione di un mercato sociale dei servizi*, Milano, Franco Angeli
- Rogers, E. M. and R. Agarwala-Rogers (1976). *Communication in organizations*, New York, Free Press
- Rugiadini, A. (1979). *Organizzazione d'impresa*, Milano, Giuffrè
- Rugiadini, A. and Accademia italiana di economia aziendale. (1983). *L'Organizzazione nella economia aziendale*, Milano, Giuffrè
- Seiler, J. A. (1978). *Analisi dei sistemi e comportamento organizzativo*, Milano, Etas libri
- Seiler, J. A., D. R. Bunker, et al. (1967). *Systems analysis in organizational behavior*, Homewood, R.D. Irwin Inc. - The Dorsey Press
- Trabucchi M. Bricioli E. Pesaresi F. (2005), *Residenze Sanitarie per Anziani*, Bologna, Ed. Il Mulino
- Vecchiato T. (2000), *L'atto di indirizzo e coordinamento sull'integrazione sociosanitaria*, Studi Zancan

11 SITOGRAFIA

<https://www.istat.it>

<http://demo.istat.it>

<https://www.gazzettaufficiale.it>

<https://www.governo.it>

<https://www.salute.gov.it>

<https://italiadomani.gov.it>

<https://www.regione.lombardia.it>

<https://www.dati.lombardia.it>

<https://www.ats-bg.it>

<https://www.comune.bergamo.it>

<https://www.fondazionecharisma.it>

<https://it.wikipedia.org>

